

# Till statsrådet och chefen för socialdepartementet

Genom regeringsbeslut den 28 september 2000 bemyndigades statsrådet Lars Engqvist att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att göra en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m.

Den 17 november 2000 förordnades undertecknad, styrelseordföranden vid Sparbanken Nord Anders Sundström, som särskild utredare. Som sekreterare förordnades tandvårdschefen i Norrbottens läns landsting Agneta Ekman och anställdes redaktören Karin Nilsson Kelly, Ungdomsstyrelsen. Att biträda sekretariatet anställdes som expert förre tandvårdsdirektören i Stockholms läns landsting Bertil Koch.

En grupp av sakkunniga förordnades den 17 januari 2001 att ingå i utredningen. Den har bestått av avdelningschefen Bjarne Almström, Riksförsäkringsverket, kanslirådet Karin Odenkrants, Utbildningsdepartementet, departementssekreterare Helena Santesson Kurti, Socialdepartementet, medicinalrådet Hans Sundberg, Socialstyrelsen och utredaren Håkan Vestergren, Landstingsförbundet.

Jag överlämnar härmed delbetänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36). Jag ansvarar ensam för utredningens förslag och andra ställningstaganden. De sakkunniga har medverkat med sin expertis inom respektive område, lämnat viktigt underlag och givit värdefulla synpunkter under utredningsarbetets gång.

Utredningsarbetet avseende delbetänkandet är härmed slutfört.

Stockholm i april 2001

Anders Sundström

/ Agneta Ekman

Karin Nilsson Kelly

Bertil Koch

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>9</b>
<b>Författningsförslag .....</b>	<b>23</b>
<b>Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) .....</b>	<b>23</b>
<b>1 Inledning.....</b>	<b>25</b>
1.1 Uppdraget.....	25
1.2 Utredningens arbetssätt.....	26
<b>2 Bakgrund.....</b>	<b>29</b>
2.1 Tandvårdsförsäkringens syfte, tillkomst och utveckling .....	29
2.2 De nuvarande stödformerna.....	30
Den allmänna försäkringen .....	31
Landstingens ansvar .....	32
2.3 Aktuell debatt.....	33
Motioner i riksdagen år 1999–2000.....	33
Hearing med myndigheter och organisationer .....	35
<b>3 Aktuella frågor .....</b>	<b>39</b>
3.1 Bakgrund.....	39
3.2 Tandhälsa/Tandtillstånd .....	40
Tandhälsan hos vuxna .....	41
Undersökningar på riksnivå .....	42
Regionala undersökningar .....	44
Sjuka och funktionshindrade.....	47

3.3	Tandvårdsefterfrågan hos vuxna.....	48
3.4	Tandvårdsförsäkringens effekt på tandhälsa och tandvårdsefterfrågan.....	55
3.5	Prisförändringar och tandvårdskonsumtion i Sverige och andra länder.....	58
<b>4</b>	<b>Mål och principer .....</b>	<b>61</b>
4.1	Bakgrund.....	61
4.2	Samma regler för tandvårdsersättning för partiella proteser som för hela proteser.....	65
4.3	Ökat stöd för bastandvård åt äldre.....	66
4.4	Högekostnadsskydd för äldre för kronor, broar och implantat .....	67
4.5	Bettskena blir bastandvård.....	69
<b>5</b>	<b>Förslag till förbättringar samt former för stödet .....</b>	<b>71</b>
5.1	Samma regler för tandvårdsersättning för partiella proteser som för hela proteser.....	71
	Nya åtgärder inom bastandvården .....	72
	Tandvårdsersättningens storlek.....	73
	Kostnader .....	73
5.2	Ökat stöd för bastandvård åt äldre.....	74
	Åtgärder som ingår i stödet för bastandvård med dubbelt grundbelopp för åldersgruppen 75 år och äldre.....	75
	Tandvårdsersättningens storlek.....	75
	Kostnader .....	75

5.3	Högekostnadsskydd för äldre för kronor, broar och implantat .....	76
	Åtgärder som ingår i det nya stödet för åldersgruppen 75 år och äldre .....	77
	Tandvårdersättningens storlek .....	78
	Årlig reglering av tandvårdersättningen .....	79
	Prisreglering av titankomponenter – åtgärd 68.....	80
	Vad som ej ingår i det förbättrade skyddet mot höga kostnader .....	80
	Behandlingsomgång .....	80
	Förhandsprövning och det förbättrade skyddet mot höga behandlingkostnader .....	81
	Kostnader.....	81
5.4	Behandling med bettskena blir bastandvård.....	82
	Statens merkostnader för försäkringen .....	83
5.5	Genomförande .....	83
5.6	Administration .....	84
6	Priset på tandvård .....	87
6.1	Bakgrund.....	87
6.2	Riksförsäkringsverket .....	89
6.3	Konkurrensverket .....	91
6.4	Konsumentverket.....	91
6.5	Landstingsförbundet.....	92
6.6	Utredningen .....	93
	Allmänt .....	93
	Priserna åren 1998 och 1999.....	94
	Prisutvecklingen från och med år 2000 .....	104
	Landstingens prissättning.....	107
	Landstingens kostnader för privattandvård .....	110

<b>7</b>	<b>Kostnadsutveckling .....</b>	<b>113</b>
7.1	Bakgrund .....	113
7.2	Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen .....	114
7.3	Tandvårdsersättning .....	116
7.4	Överväganden .....	118
<b>Bilagor:</b>		
1	Kommittédirektiv .....	121
2	Folktandvårdens medelpriser år 2001 .....	131
3	Exempel på kostnadseffekter med utredningens förslag ....	133

# Sammanfattning

## Inledning

Utredningen *Tandvårdsöversyn 2000* har i uppdrag att göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet och lägga fram förslag om användningen av det resurstillskott som riksdagen beslutat tillföra tandvården t.o.m. år 2003. Utredningen skall se över förutsättningarna för att förbättra skyddet mot höga behandlingskostnader för i första hand de äldre, analysera prisutvecklingen för tandvården sedan reformen infördes den 1 januari 1999 samt göra en bedömning av kostnadsutvecklingen för de kommande fem åren. Utredningens analys och förslag avseende dessa delar av uppdraget redovisas i detta delbetänkande.

I nästa steg skall utredningen föreslå förändringar som främjar effektivitet och samarbete inom tandvården och verkar för en god tandhälsa hos hela befolkningen. Frågor om den framtida tandvården, tandvårdspersonalen och om tandvårdsstödet mer långsiktiga inriktning och omfattning behandlas i det slutbetänkande som lämnas till regeringen senast den 31 mars år 2002.

Utredningen leds av den särskilde utredaren Anders Sundström, styrelseordförande vid Sparbanken Nord, som ensam svarar för utredningens ställningstaganden och förslag. Sekretariatet består av huvudsekreteraren tandvårdschefen i Norrbottens läns landsting Agneta Ekman, sekreteraren Karin Nilsson Kelly och förre tandvårdsdirektören i Stockholms läns landsting Bertil Koch som ingår i sekretariatet som expert. Till utredningen är knuten en grupp av sakkunniga med representanter för Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket, Utbildningsdepartementet och Socialdepartementet.

## Bakgrund

I Sverige infördes år 1974 en allmän tandvårdsförsäkring som främst syftade till att göra tandvård ekonomiskt tillgänglig för alla medborgare. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och subventionen omfattade alla åtgärder. När tandhälsan hos befolkningen med åren väsentligt förbättrades samtidigt som statens kostnader för tandvårdsförsäkringen växte blev det så småningom nödvändigt att förändra det statliga stödet till vuxentandvården. Dessförinnan hade tandvårdsförsäkringen kraftigt urholkats och de ekonomiska villkoren för patienterna försämrats till följd av försvagade statsfinanser. Ett flertal utredningar tillsattes under åttio- och nittiotalen i syfte att förändra tandvårdsstödet.

Det reformerade tandvårdsstöd som trädde i kraft den 1 januari 1999 ger alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den s.k. bastandvården och ett visst stöd för protetiska åtgärder. Boende på sjukhem m.m. får avgiftsfritt besök av tandvårdspersonal för munhälsobedömning. Samma patienter får nödvändig tandvård för avgifter som för öppen hälso- och sjukvård, dvs. högst 900 kronor per tolv månadersperiod. Tandvård i samband med sjukdomsbehandling omfattas av samma avgiftssystem. Syftet är i första hand att ge ekonomiskt stöd för att förhindra framtida större tandvårdsbehov framför att ge stöd till behandling av redan uppkomna skador. Denna prioritering har gjorts för att tandvårdsbehovet på sikt skall minska och därmed även kostnaderna för den enskilde och för samhället.

Det statliga tandvårdsstödet för vuxna omfattar dels den tandvård som ingår i den allmänna försäkringen som administreras av försäkringskassorna, dels den tandvård som landstingen ansvarar för. Till de viktigaste förändringarna i det reformerade tandvårdsstödet hör de förbättrade villkoren för långtidssjuka och funktionshindrade samt att den statliga regleringen av arvoden för tandvård som gällt alltsedan år 1974 avskaffats och prissättningen för tandvårdstjänster blivit fri.

Det reformerade tandvårdsstödet har varit verksamt i lite mer än två år. Det är utredningens uppfattning att stödet huvudsakligen uppfattas som positivt. Det framgår bl.a. av de riksdagsmotioner som under perioden har behandlat frågan och av de kontakter utredningen har haft med representanter för olika myndigheter och organisationer. Den främsta kritiken riktas mot det särskilda

stöd som inom försäkringen utgår vid långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder och som uppges inte ha kommit patienterna tillgodo i den omfattning som ursprungligen var tänkt.

Det framhålls att stödet till grupper inom vården och omsorgen och förebyggande insatser för den övriga befolkningen har förbättrats samtidigt som vissa mer omfattande behandlingar har blivit dyrare. Det konstateras också med oro att även bastandvården har blivit dyrare trots ökade subventioner och prisutvecklingen på tandvårdstjänster anses inte stå i proportion till den allmänna prisutvecklingen. Vårdgivarnas priser beräknas ha ökat med cirka 30 procent i genomsnitt.

Även om tandhälsan i stort har förbättrats så kvarstår stora skillnader mellan olika delar av landet och mellan olika befolkningsgrupper. Uppfattningen att särskilda insatser krävs för att hitta metoder att utveckla den förebyggande vården för i första hand de mest utsatta grupperna och de äldres behov av ett utökat stöd har framförts till utredningen i flera sammanhang. Särskilt bör situationen för de äldre som inte omfattas av hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd uppmärksammas. Någon form av högkostnadsskydd för de äldre med stora tandvårdsbehov efterlyses också av de myndigheter och organisation som utredningen har varit i kontakt med.

### Aktuella frågor

Utredningen skall inledningsvis inrikta sig på att analysera hur stödet vid höga behandlingarkostnader kan förbättras i första hand för de äldre samt lämna förslag på förbättrat skydd mot höga behandlingarkostnader för denna grupp. Enligt direktiven är det viktigt att regelverket har en utformning som främjar tandhälsan.

Utvärderingar visar att det reformerade tandvårdsstödet har inneburit en förskjutning mot bastandvård vilket också var ett uttalat syfte med reformen. Oroande är emellertid att nuvarande utformning av tandvårdsstödet leder till höga kostnader för dem som har behov av omfattande protetiska åtgärder och som inte är berättigade till förhöjd tandvårdsersättning eller omfattas av hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. För att i första hand förbättra skyddet mot höga behandlingarkostnader har Riksdagen efter förslag i den ekonomiska vårpropositionen år 2000 avsatt



200 miljoner kronor för år 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor för år 2003. I budgetpropositionen för år 2001 föreslog regeringen att förbättringarna delvis skulle tidigareläggas genom att tandvårdsstödet redan för år 2001 tillförs 100 miljoner kronor av de 200 miljoner kronor som avsatts för år 2002. Riksdagen följde regeringens förslag.

Under de senare decennierna har tandhälsan i befolkningen stadigt förbättrats. Andelen personer som helt saknar egna tänder har minskat väsentligt sedan början av 1980-talet (från 17,4 till 6,4 procent i åldersgruppen 25–84 år) och generellt är tandförluster sällsynta bland yngre vuxna. I åldrarna 45 år och däröver har tuggförmågan stadigt förbättrats under den senaste tjuugoårsperioden medan tuggförmågan under senare år tycks vara på väg att försämrats för personer i åldersgruppen 16–44 år. Andelen fyllda eller kronförsedda tänder har minskat kraftigt inom åldersgruppen 20–24 år medan det har skett en tydlig ökning inom åldersgruppen 55–60 år. Nästan 75 procent av tänderna hos de äldre patienterna är försedda med fyllningar eller kronor. Dessa tänder kommer att kräva omfattande och ofta dyrbar behandling i form av reparationer, utbyte av fyllningar och protetiska rekonstruktioner för att behålla sin funktion.

Flera undersökningar visar att vuxnas munhälsa har blivit mycket bättre sedan början av åttiotalet. Om denna utveckling fortsätter är det realistiskt att räkna med att om femton år kommer så gott som ingen att bli totalt tandlös före 65 års ålder. Den stora utmaningen för tandvårdens del blir därför att upprätthålla den äldre generationens tandhälsa. En inte obetydlig del av befolkningen kommer emellertid även i framtiden att vara i behov av såväl avtagbara proteser som implantat.

Studier visar att tandhälsan hos långvårdspatienter har försämrats under den senaste tioårsperiod. Om de äldres tandhälsa skall kunna bevaras livet ut behöver tandvård med stora inslag av förebyggande vård ingå i äldreomsorgen. Flera studier belyser vikten av att de äldre redan när de är friska informeras om att behovet av kariesförebyggande åtgärder ökar med stigande ålder.

Enligt Statistiska centralbyråns undersökningar av befolkningens levnadsförhållanden (ULF) har befolkningens tandvårdskontakter blivit allt tätare sedan år 1975. En undersökning avseende tandvårdskonsumtionen åren 1998 och 1999 som genomfördes av Riksförsäkringsverket visar dock att besöksfrekvensen för personer i åldrarna 21–85 år minskade något

mellan de båda åren från 78,2 procent till 75,3 procent. De grupper som i större utsträckning än andra uppgav att de inte hade besökt tandläkare eller tandhygienist det senaste året var bl.a. ekonomiskt svaga personer och yngre vuxna i åldern 20 till 29 år. Av en intervjuundersökning i fyra län som initierats av Socialstyrelsen framgår också att åldersgruppen 20–29 år har en lägre besöksfrekvens än övriga åldersgrupper.

Det är svårt att fastställa samband mellan tandvårdsförsäkringen och den förbättrade tandhälsan hos befolkningen. Även andra faktorer såsom introduktionen av fluortandkräm har bidragit till ett förbättrat tandtillstånd. Det är emellertid väl känt att stödssystem av olika slag kan få individer att förändra sitt beteende och det är möjligt att den förändrade inriktningen av tandvårdsstödet fr.o.m. den 1 januari 1999 kan ha påverkat hur ofta man besöker tandläkaren. Det är enligt utredningens uppfattning inte entydigt att de förändrade villkoren orsakat den minskade efterfrågan på tandvård som rapporteras i många studier men det finns en uppenbar risk att särskilt utsatta grupper avstår från vård på grund av avgiftens storlek. Enligt 1999 års undersökning om hushållens inkomster, HINK, uppgav närmare 15 procent, motsvarande en miljon personer, att de avstått helt eller delvis från tandvård på grund av utgiften. Vad detta kan få för konsekvenser för deras hälsa på kort och lång sikt kan inte avgöras utan mera djupgående analyser. Det är huvudsakligen inkomstsvaga som avstår från vård och läkemedel och det finns skäl att särskilt uppmärksamma riskerna för utsatta grupper vid förändringar i avgiftssystemen.

## Mål och principer

Det övergripande målet för tandvården uttryckt i tandvårdslagen (1998:125) är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär att ingen enskild av ekonomiska, politiska, religiösa, kulturella eller andra skäl får hindras från att erhålla tandvård. Det innebär också att den som har det största behovet av tandvård skall ges företräde och att människor som behöver vård inte skall behöva avstå av ekonomiska skäl.

Utredningen är medveten om att det inte finns några undersökningar som klart visar vilka tandhälsoeffekter och därmed vilken inverkan på folkhälsan en tandvårdsförsäkring kan ha. Erfaren-

heterna från Sverige och andra länder är delvis motsägelsefulla. Förhållandena i Sverige måste dock bedömas mot den bakgrunden att det sedan år 1974 har funnits en tandvårdsförsäkring, som från början gav ett omfattande stöd till all tandvård åt alla medborgare. De försämrade villkoren för tandvårdsförsäkringen, har ofta påtalats i den allmänna debatten och det finns i dag en spridd uppfattning att tandvård i Sverige är dyr för den enskilde. Utredningen anser därför att det finns skäl att anta att utformningen av tandvårdsförsäkringen påverkar efterfrågan på tandvård och att detta på sikt kan ha betydelse för tandtillståndet hos landets befolkning.

Enligt utredningens uppfattning bör statens ekonomiska stöd till vuxnas tandvård också fortsättningsvis ha inriktningen att bidra till ett förbättrat tandtillstånd så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och därigenom också kostnaderna såväl för den enskilde som för samhället. Därutöver bör stödet inriktas på att minska kostnaderna för den enskilde för sådan tandvård som bidrar till att kunna äta/ tugga och tala obehindrat och bibehålla ett utseende utan synliga, estetiskt störande tandluckor.

Med de angivna syftena anser utredningen att stödet för tandvård även fortsättningsvis bör inriktas på grupper av personer med särskilda och omfattande tandvårdsbehov. De grupper som enligt utredningens mening nu har det största behovet av ett ökat ekonomiskt stöd för att öka efterfrågan på tandvård är åldersgruppen 20–29 år och 75 år och äldre. I direktiven till utredningen anges att ett förbättrat skydd mot höga behandlingskostnader i första hand skall inriktas på de äldre. Utredningen avser att i sitt huvudbetänkande återkomma till de yngres behov av ökat ekonomiskt stöd.

#### Förslag till förbättringar samt former för stödet

##### **Samma regler för tandvårdsersättning för partiella proteser som för hela proteser**

Utredningen föreslår att karensbeloppet om 3 500 kronor avskaffas vid behandling med partiella proteser.

När karensbeloppet avskaffades för hela proteser den 1 januari 2001 innebar det kraftigt minskade kostnader för många. Också personer i behov av partiella proteser bör få tillgång till samma förmån som den som gäller för hela proteser, anser utredningen och föreslår därför att karensbeloppet avskaffas även för partiella proteser. Det är vidare utredningens uppfattning att all avtagbar

protetik bör räknas som bastandvård och flyttas från Avdelning B Protetik och tandreglering i tandvårdstaxan (1998:1337) till Avdelning A Bastandvård.

Regeringen har anslagit 100 miljoner kronor för att förbättra stödet vid behandling med hel protes. Utredningen har uppskattat att kostnaderna väsentligt kommer att understiga det avsatta beloppet efter år 2001. Utredningen bedömer att även den ökade försäkringskostnaden för partiella proteser från och med år 2002 ryms inom de anslagna medlen.

### **Ökat stöd för bastandvård åt äldre**

Utredningen föreslår att alla som är 75 år och äldre får tandvårdsersättning med dubbelt grundbelopp för alla åtgärder inom bastandvården inklusive undersökning. Syftet med förslaget är att stimulera de äldre att hålla en regelbunden kontakt med tandvården. Avsikten är att detta skall bidra till att regelbunden tandvård efterfrågas i högre utsträckning än idag bland de äldre.

Utredningen anser att den största faran för befolkningens tandhälsa på lång sikt ligger i att efterfrågan på regelbunden tandvård minskar. Ett av de problem som utredningen vill försöka lösa är att äldre personer av kostnadsskäl avstår från regelbundna besök hos tandvården. Det är av stor vikt att den vardagliga hälsobefrämjande tandvården inte åsidosätts. Därför föreslår utredningen att personer från och med det år då de fyller 75 år skall få tandvårdsersättning med dubbelt grundbelopp för samtliga bastandvårdens åtgärder, utom för avtagbar protetik där endast ett grundbelopp finns, enligt utredningens förslag. Förslaget innefattar även ersättning för undersökning, som idag inte ersätts av försäkringen, med dubbelt grundbelopp. Ingen förhandsprövning behövs. Anledningen till att åldersgränsen 75 år väljs är dels att tandvårds efterfrågan då minskar, dels att utgiftsramen är begränsad, dels att 75-årsåldern är en brytpunkt när det gäller de äldres ekonomi. Vid en eventuell utökning av den ekonomiska ramen bör det vara en högprioriterad fråga att sänka åldersgränsen för denna stödåtgärd, anser utredningen.

Utredningen har beräknat merutgiften för försäkringen till 225 miljoner kronor.

### **Högkostnadsskydd för äldre för kronor, broar och implantat**

Utredningen föreslår att ett tak för höga behandlingskostnader införs för åldersgruppen 75 år och däröver vid behandling med kronor, broar och implantat. Kostnaden för sådana fasta protetiska ersättningar, exklusive kostnaden för material, skall under en behandlingsperiod på tolv månader högst uppgå till 7 000 kronor. Förmånen skall förhandsprövas hos försäkringskassan.

Utredningen anser att det ekonomiska stödet till tandvård också fortsättningsvis skall ha en tandhälsoinriktning. Dock får detta inte äventyra att dagens äldre, som av många skäl har ett sämre utgångsläge för att upprätthålla en god tandhälsa, skall kunna få ett bättre skydd mot höga behandlingskostnader. Ingen skall av ekonomiska skäl tvingas avstå från den vård som erfordras. Tandvårdsstödet nuvarande utformning gör att behandlingskostnaderna för fast protetik kan bli mycket höga.

Utredningen anser att i den framtida tandvården tillhör de äldre den grupp som bör prioriteras. Utgångspunkten för det nuvarande tandvårdsstödet inom tandvårdsförsäkringen är att ett stöd skall lämnas till alla medborgare för den bastandvård som är nödvändig för att uppnå och behålla en god tandhälsa och för att förhindra att större skador uppkommer i framtiden.

Tandvårdsstödet nuvarande konstruktion innebär att äldre med omfattande omsorgsbehov får all nödvändig tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, vilken för dem gör tandvård åtkomlig till en låg kostnad. För äldre utan stort behov av omsorg och service har tandvården däremot generellt blivit dyrare jämfört med försäkringens utformning före år 1999. Undersökningarna pekar på att tandvårdsutgifterna stiger med ökande ålder och att det är i åldersgruppen 75 år och däröver som den största andelen med tandvårdskostnader överstigande 5 000 kronor finns. Det är också i denna åldersgrupp man återfinner de lägsta besöksfrekvenserna.

Många av dem som, när den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes år 1974, kunde ersätta förlorade tänder med omfattande fasta protetiska konstruktioner befinner sig nu i situationen att tidigare utförda kronor och broar behöver göras om till en idag hög kostnad. I de fall där lagning inte är möjlig eller där en person av andra skäl måste ha en fast konstruktion i form av ett s.k. implantat, kan kostnaderna bli mycket höga.

Utredningen föreslår att arvodena för protetiska åtgärder för denna patientgrupp prisregleras. Utredningen anser inte att en fri prissättning kan kombineras med en hundra procentig ersättning från tandvårdsförsäkringen. En sådan modell skulle verka starkt prishöjande och leda till okontrollerbara kostnadsökningar för försäkringen. Riksförsäkringsverkets åldersindelade åtgärdsstatistik visar att omkring 15 procent av de kronor, broar och implantat som utförs avser patienter som är 75 år eller äldre. Utredningen bedömer således att en prisreglering kommer att omfatta 15 procent av all fast protetik som utförs.

Eftersom behandlingarna många gånger kan vara tekniskt komplicerade att utföra kan remiss till specialisttandläkare erfordras. Utredningen anser att när det gäller behandling hos specialist är det rimligt att ett högre arvode uttas. Dock anser utredningen inte att behandlingen med kronor, broar och implantat för patienten skall bli dyrare än föreslaget tak på 7 000 kronor. Tandvårdsersättningen vid behandling hos specialist i oral protetik kan enligt utredningen vara högre än vid behandling hos allmäntandläkare.

Utredningen har beräknat merutgiften för försäkringen till 150 miljoner kronor per år.

### **Behandling med bettskena blir bastandvård**

Utredningen föreslår slutligen att bettskenor flyttas från tandvårdstaxans Avdelning B Protetik och tandreglering till Avdelning A Bastandvård. Bettskenor görs i smärtlindrande syfte och inte som protetisk ersättning för förlorade tänder. Personer med smärta och funktionsstörningar i käksystemet bör enligt utredningens mening ha samma möjlighet att inom bastandvårdens ram erhålla behandling för sina besvär som personer som drabbas av smärta t.ex. till följd av inflammation eller infektion i en tand.

Förändringen beräknas medföra en kostnadsökning för försäkringen om 25 miljoner kronor per år.

## Priset på tandvård

I direktiven anges att vårdgivarnas prishöjningar på tandvård efter det att den statliga prisregleringen slopades varit större än väntat och att prishöjningarna till viss del kan ha varit motiverade men att de fortsatta prishöjningarna är oroväckande. Utredningen har därför fått i uppdrag att analysera utvecklingen av priserna för tandvård och bedöma om kostnadsökningarna kan anses vara motiverade. Om prisutvecklingen befinns oacceptabel skall utredningen föreslå åtgärder för att komma tillrätta med denna.

Vid tidpunkten för prisregleringens avskaffande fanns ett överskott på tandläkare i Sverige. Regeringen bedömde därför att den slopade prisregleringen inte skulle leda till oacceptabla prishöjningar eftersom vårdgivarna förväntades konkurrera om kunderna med hjälp av priserna. Man trodde också att folktandvårdens priser skulle få karaktär av riktpriiser för landet och utgick ifrån att detta skulle hålla prisstegringarna i schack eftersom folktandvårdens priser sätts genom politiska beslut. Om avregleringen av prissättningen trots allt skulle leda till oacceptabla prishöjningar på tandvård sade sig regeringen inte tveka att återinföra prisregleringen.

Överskottet av tandläkare förbyttes emellertid i ett underskott då tandläkarna åtminstone under det första året efter prisregleringens avskaffande fortsatte att flytta utomlands i stor utsträckning och någon egentlig priskonkurrens vårdgivarna emellan har inte uppkommit. Enligt Riksförsäkringsverkets uppfattning förefaller folktandvårdens priser lokalt ha styrt prisbilden, men detta har inte lett till minskade kostnader då prisökningarna inom folktandvårdens har varit tämligen kraftiga, visar Riksförsäkringsverkets granskningar.

Enligt Riksförsäkringsverket har höjningarna av tandvårdspriserna överstigit den allmänna prisutvecklingen. Den genomsnittliga prisökningen mellan 1998 och våren 1999 för folktandvårdens del var enligt verkets beräkningar 18 procent. Skillnaderna i priser mellan landstingen är stora, visar verkets granskningar. Trots att priserna inom folktandvården enligt kommunallagen högst får motsvara självkostnaden har RFV inte kunna finna någon enhetlig linje för hur landstingen sätter sina priser. Verket ställer frågan om självkostnaden för tandvård verkligen kan skilja sig mellan olika landsting i så hög grad som landstingens prislistor indikerar.

I genomsnitt för hela landet har prishöjningarna inom folktandvården enligt Landstingsförbundet varit 15,3 procent år 1999,

5,8 procent år 2000 och 6,1 procent år 2001. Förbundet framhåller emellertid att prishöjningarna varit nödvändiga för att tillföra folktandvården resurser bl.a. för att förbättra arbetsmiljön och förändra arbetsorganisationen. Enligt Landstingsförbundets beräkningar har patienternas kostnader för bastandvården i flertalet fall ökat något år 2001 jämfört med år 1998.

Utredningen konstaterar att priserna inom tandvården har höjts mer än vad som förväntades när prisregleringen släpptes. Under hela perioden 1999–2001 beräknas den genomsnittliga prishöjningen inom folktandvården enligt Landstingsförbundet uppgå till 29,4 procent. Inom privattandvården har prishöjningarna varit något högre.

Frågan om prishöjningarna varit motiverade har diskuterats inom utredningen. För det första har utredningen försökt bedöma om de högsta priser för tandvård som regeringen hade fastställt för år 1998, var tillräckliga för att vårdgivarna skulle kunna bedriva tandvård i väl anpassade lokaler, med modern utrustning, med välutbildad personal och under miljömässigt goda arbetsförhållanden. För det andra har utredningen sökt utröna om prishöjningarna efter år 1998 har lett till mera konkurrenskraftiga löner för i första hand tandläkare, förbättrad arbetsmiljö, ökade investeringar och ökad kompetensutveckling.

Utredningen har inte haft tid att göra några egna undersökningar och någon övergripande omkostnadsundersökning har inte gjorts under de senaste 15 åren. Utredningen har därför nödgats göra sina bedömningar på grundval av material, som vårdgivarorganisationerna tillhandahållit. Utgångspunkten för de jämförelser som gjorts när det gäller prisutvecklingen är de högsta tillåtna priser som enligt tandvårdstaxan gällde år 1998.

Utredningen anser att det finns fog för uppfattningen att arvodesnivån 1998 var för låg och att den inte speglade de faktiska kostnaderna inom vuxentandvården. De högsta priser för tandvård, som regeringen hade fastställt för år 1998, var inte tillräckliga för att vårdgivarna långsiktigt skulle kunna bedriva tandvård i väl anpassade lokaler med modern utrustning, med välutbildad personal och under miljömässigt goda arbetsförhållanden. För detta talar bl.a. nedgången i investeringar under början av 1990-talet, de arbetsmiljöproblem som redovisats för tandvårdspersonalen, den accelererande utflyttningen av tandläkare från landet under slutet av 1990-talet, den minskande kompetens-



utvecklingen och landstingens behov av tillskott av skattemedel för att kunna bedriva allmän vuxentandvård.

Utredningen anser därför att en prishöjning efter år 1998 var befogad men att den prishöjning som skett såväl inom folktandvården som hos de privata vårdgivarna har blivit oväntat stor. Förklaringar kan vara tandvården var mera underfinansierad än vad som tidigare förmodats och att landstingens bidrag till folktandvårdens vuxentaxor var större än förväntat. Ännu en förklaring är att någon egentlig priskonkurrens aldrig uppkom utan i stället kunde vårdgivarna höja sina priser och minska kraven på produktivitets- och effektivitetsökningar.

Prishöjningarna synes emellertid ha lett till mer konkurrenskraftiga löner för vårdpersonalen. Landstingsförbundet har beräknat löneökningarna inom folktandvården under år 1999 till 6,5 procent och år 2000 till 4,7 procent, tillsammans 11,4 procent under perioden. De olika yrkeskategorierna har då vägts ihop. De största ökningarna har skett för tandläkarna. Förbundet bedömer att löneökningarna kommer att vara i samma storleksordning i år som de närmast föregående åren.

Kompetensutvecklingen har ökat markant, visar statistik från Sveriges Tandläkarförbund och Svenska Tandläkaresällskapet och uppgifter från Landstingsförbundet visar att folktandvårdens investeringar har ökat under åren 1998 och 1999 efter att ha varit sjunkande tidigare under nittioalet.

Till viss del ser utredningen prishöjningarna efter år 1999 till den nuvarande nivån som en fortsatt återhämtning av den underfinansiering av tandvården som tidigare funnits enligt utredningens uppfattning. Utredningen delar emellertid regeringens oro för framtiden. Inte minst bekymmersamt är det enligt utredningens uppfattning att någon egentlig priskonkurrens inte existerar och att tandvårdens enligt utredningens bedömning inte utgör någon välfungerande marknad med välinformerade patienter/kunder som skapar konkurrens mellan vårdgivare och mellan leverantörer. Patienternas ställning är svag och få vill eller vågar ifrågasätta vårdgivarnas kostnadsförslag. Det behövs enligt utredningen en stark företrädare för kunderna för att granska och sprida information om vårdgivarnas priser. En sådan skulle också kunna bilda opinion för att patienterna skall bli mera prismedvetna och ifrågasätta och diskutera kostnadsförslagen. På så sätt skulle kundrollen förstärkas och en priskonkurrens uppstå mellan vårdgivarna.

De faktorer som i dag verkar återhållande på priserna är främst patienternas förmåga och vilja att betala för tandvård samt den politiska ambitionen inom landstingen att ställa krav på fortsatta produktivtets- och effektivitetsförbättringar inom folktandvården. Enligt utredningens uppfattning har landstingen ett stort ansvar för befolkningens tandvårdskostnader eftersom landstingens prissättning är normerande även för privattandvården.

Utredningen anser att såväl den allmänna prisnivån inom folktandvården som priserna på enskilda åtgärder skall bestämmas av fullmäktige och inte av någon nämnd. Landstingen har ett avgörande inflytande på tandvårdsprisernas utveckling. Detta gäller inte enbart inom den i egen regi drivna folktandvården utan för all tandvård i landet. Den genomlysning av prisfrågan och den öppna debatt som sker vid fullmäktiges möten är det enda tillfälle då patienternas/konsumenternas intressen vägs mot producenternas. Allmänhetens krav på låga tandvårdspriser och krav på rationell drift inom den offentliga tandvården kan av fullmäktige vägas mot folktandvårdens önskemål om intäktsökningar.

Direktiven tar upp ett problem som rör priserna på tandvård i samband med nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling.

Det kan ifrågasättas om det är rimligt att ett landsting betalar mer för att få tandvård utförd av privata vårdgivare än vad det kostar att utföra vården i egen regi. För att få en uppfattning om storleken på problemet har utredningen genomfört en enkät till de organisationer inom landstingen som administrerar tandvårdsstödet åt vuxna. 19 landsting har besvarat enkäten. Av svaren att döma skiljer sig generellt inte privattandvårdens priser från folktandvårdens i så stor utsträckning att en prisreglering enbart av det skälet bör införas.

Emellertid har utredningen lagt förslag om införande av ett högkostnadsskydd för protetiska åtgärder åt personer som är 75 år och äldre. I samband med detta föreslås att arvoden på fasta protetiska åtgärder för denna patientgrupp prisregleras. Utredningen finner det rimligt att samma prisreglering skall gälla när patienter som är 75 år eller äldre betalar avgift till landstinget enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler.

## Kostnadsutvecklingen

Utredningen har även i uppdrag att göra en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen i tandvården i ett femårigt perspektiv.

Statens ersättning till landstingen är för den tandvård dessa ansvarar för 405 miljoner kronor per år under åren 1999–2001.

Landstingens kostnader för år 1999 uppgick till 193 miljoner kronor och för år 2000 till 433 miljoner kronor. När det gäller de följande åren 2001 och 2002 bedömer Landstingsförbundet att kostnaderna kommer att öka till 551 respektive 670 miljoner kronor. Landstingsförbundet anser att kostnaderna för åren 2003 och 2004 är svårare att prognostisera. Förbundet har uppskattat kostnadsökningarna till sex procent per år för dessa år.

Riksförsäkringsverket hade tidigare beräknat prognosen för utfallet år 2000 inom tandvårdsförsäkringen till 1 598 miljoner kronor. I prognoserna för åren 2002 och 2003 har inräknats de förväntade resurstillskotten för att förbättra tandvårdsstödet åt främst äldre personer, som angetts i budgetpropositionen för 2001, dvs. ytterligare 100 miljoner kronor från och med år 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor från och med år 2003. I prognoserna har också antagits att kostnaderna för bastandvården fortsätter att öka. Även kostnaderna för förhöjd ersättning vid långvariga sjukdomstillstånd förväntas öka.

Utredningen har inte tillgång till annat underlag för att bedöma den framtida kostnadsutvecklingen än Landstingsförbundet och Riksförsäkringsverket. Utredningen finner inte heller skäl att bedöma kostnadsutvecklingen på annat sätt än vad förbundet och verket gjort.

# Författningsförslag

## Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

Härigenom föreskrivs att 4 § och 15 a § tandvårdslagen (1985:125) skall ha följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### 4 §

Vårdgivaren får ta ut ersättning för undersökning och tandbehandling. Ersättningen skall vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. För tandvård som avses i 8 a § gäller särskilda bestämmelser om patientavgift.

*För åtgärd för vilken hela ersättningen kan komma att betalas av staten får regeringen bestämma den högsta ersättning som vårdgivaren får ta ut. I sådant fall får regeringen också föreskriva att samma högsta ersättning skall gälla vid tandvård som avses i 8 a §.*

Innan en undersökning eller viss behandling påbörjas skall vårdgivaren upplysa patienten om kostnaden för åtgärden. Om en följd av behandlingar behövs skall vårdgivaren upplysa patienten om de beräknade sammanlagda kostnaderna för behandlingarna. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras skall patienten upplysas om detta och om anledningen till ändringen.

## 15 a § andra stycket

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § 2 och 3 får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstinget bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

*Med landstinget avses landstingsfullmäktige.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2002

# 1 Inledning

## 1.1 Uppdraget

Den 1 januari 1999 reformerades det statliga stödet till tandvård för vuxna. Syftet med det reformerade tandvårdsstödet var att på sikt förbättra tandhälsan hos hela befolkningen samt att förbättra stödet till boende på sjukhem m.m. och till personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov (Prop. 1997/98:112). Vid regeringssammanträde den 28 september 2000 beslutades tillsätta en utredning med uppdrag dels att göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet, dels att lägga fram förslag om användningen av det resurstillskott som riksdagen beslutat tillföra tandvården t.o.m. år 2003.

Utredningen, som arbetar under benämningen *Utredningen Tandvårdsöversyn 2000* (S 2000:03), skall enligt direktiven (2000:65), bilaga 1, bl.a. utreda förutsättningarna för att förbättra skyddet mot höga behandlingskostnader för i första hand de äldre. Utredningen skall vidare analysera prisutvecklingen för tandvården sedan reformens införande för att se om försäkringsersättningarna har urholkats samt göra en bedömning av kostnadsutvecklingen för de kommande fem åren. Utredningens analys och förslag rörande dessa delar av uppdraget redovisas i detta delbetänkande.

I ett vidare perspektiv skall utredningen föreslå förändringar som främjar effektivitet och samarbete inom tandvården och verkar för en god tandhälsa hos hela befolkningen. Utredningen skall bl.a. se över bestämmelserna gällande det särskilda stödet till äldre och funktionshindrade, varvid bl.a. begreppen nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling närmare skall belysas. Utredningen skall också analysera vad det beror på att så få personer har sökt förhöjd tandvårdsersättning på grund av väsentligt ökat tandvårdsbehov vid långvarig sjukdom och funktionshinder och bedöma om det finns skäl att ändra förutsättningarna för detta stöd. Vidare finns enligt direktiven ett starkt

behov av att förbättra förutsättningarna för att följa upp, utvärdera och analysera såväl tandvårdsstödet som utvecklingen av befolkningens tandhälsa. Utredningen skall därför bedöma vilka åtgärder som bör vidtas för att göra sådana uppföljningar möjliga.

Förslag rörande dessa delar av uppdraget redovisas i det slutbetänkande som skall överlämnas till regeringen senast den 31 mars 2002. Även frågor om arbetsuppgifter, kompetensfördelning och utbildningsbehov i framtidens tandvård kommer att behandlas i slutbetänkandet.

## 1.2 Utredningens arbetssätt

Till särskild utredare förordnades den 17 november 2000 styrelseordföranden vid Sparbanken Nord, Anders Sundström. Den 1 februari 2001 förordnades som huvudsekreterare tandvårdschefen i Norrbottens läns landsting Agneta Ekman och redaktören Karin Nilsson Kelly anställdes som sekreterare. Före tandvårdsdirektören i Stockholms läns landsting Bertil Koch ingår som expert i sekretariatet.

Som sakkunniga i utredningen förordnades den 17 januari 2001 medicinalrådet Hans Sundberg, Socialstyrelsen, avdelningschefen Bjarne Almström, Riksförsäkringsverket, utredaren Håkan Vestergren, Landstingsförbundet, kanslirådet Karin Odencrants, Utbildningsdepartementet och departementssekreteraren Helena Santesson Kurti, Socialdepartementet. Utredningen har under arbetet med delbetänkandet haft tre sammanträden med sakkunnigruppen. Utredningen har också träffat representanter för tandläkarorganisationerna (Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Privattandläkarförening och Tjänstetandläkarföreningen), Sveriges Tandhygienistförening, Svenska Tandsköterskeförbundet, Sveriges Tandteknikerförbund och Dentallaboratoriernas Riksförening, Pensionärernas Riksorganisation, Sveriges Pensionärsförbund, Svenska Kommunalpensionärernas Förbund, Sveriges Pensionärs Riksförbund, Riksförbundet pensionärsgemenskap, Handikappförbundens samarbetsorganisation, Tandvårdsskadeförbundet och de fackliga organisationerna SACO och TCO. Dessa organisationer har därmed getts möjlighet att redovisa sina uppfattningar om hur det nuvarande ersättningssystemet för vuxentandvården fungerar och hur stödet kan förbättras. Utredningen har också tagit emot skrivelser med synpunkter och förslag från andra

intresseorganisationer och från privatpersoner. För utredningens förslag och andra ställningstaganden svarar den särskilde utredaren ensam.



## 2 Bakgrund

### 2.1 Tandvårdsförsäkringens syfte, tillkomst och utveckling

Det främsta syftet med den allmänna tandvårdsförsäkring som infördes år 1974 var att göra tandvård ekonomiskt tillgänglig för alla medborgare. Det fanns vid denna tidpunkt ett omfattande och inte tillgodosett tandvårdsbehov hos stora delar av befolkningen och utgångspunkten för tandvårdsförsäkringen var därför att den skulle gälla alla vuxna och omfatta alla typer av behandlingar. En tandvårdstaxa infördes med reglerade arvoden för angivna åtgärder. Patientavgiften utgjorde en procentuell andel av det sammanlagda arvodet för behandlingen och subventionen gällde från den första debiterade kronan.

I takt med att tandhälsan hos befolkningen förbättrades samtidigt som statens kostnader för tandvårdsförsäkringen växte, kom behovet av att förändra det statliga stödet till vuxentandvården att framstå som alltmer angeläget. Till följd av försvagade statsfinanser urholkades tandvårdsförsäkringen med åren och de ekonomiska villkoren för patienterna försämrades. Fram till slutet av 1990-talet genomfördes emellertid endast smärre förändringar av försäkringen, såsom införande av självrisk år 1994 och en reviderad åtgärdstaxa år 1996.

I 1996 års ekonomiska vårproposition (1995/96:150) deklarerade regeringen att man avsåg att väsentligt begränsa och omstrukturera tandvårdsförsäkringen fr.o.m. år 1998. En arbetsgrupp inom Socialdepartementet tillsattes med uppdrag att omstrukturera tandvårdsförsäkringen på så sätt att samtliga subventioner avskaffades med undantag för ett ekonomiskt stöd till vissa särskilda patientgrupper som till följd av sjukdom eller funktionshinder har ett ökat tandvårdsbehov. Förslag till utformning av stödet redovisades i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling (Ds 1997:16)* år 1997.

Redan samma år aviserade emellertid regeringen i den ekonomiska vårpropositionen (1996/1997:150) att en ny inriktning på tandvårdsförsäkringen, som även omfattade övriga vuxna, skulle gälla fr.o.m. år 1999. En ny utredning tillsattes med syfte dels att införa ett bättre ekonomiskt stöd till vuxna personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov, dels att ge övriga vuxna ett ekonomiskt stöd genom en mer tandhälsorienterad utformning av tandvårdsförsäkringen. Enligt utredningsdirektiven skulle det nya stödet ha en tydlig folkhälsoprofil och vara utformat så att det stimulerade till ökat ansvarsstagande från patienternas sida för sin tandhälsa. Mål för den nya inriktningen angavs vara att förbättra patienternas möjlighet att över tid få överkomliga tandvårdskostnader samt att på sikt bättre samordna avgiftsreglerna för öppen sjukvård och tandvård (Dir.1997:86). Utredningens förslag redovisades i rapporten *Tänder hela livet – nytt ersättningsystem för vuxentandvård* (SOU1998:2) och det reformerade tandvårdsstödet trädde i kraft den 1 januari 1999 (prop. 1997/98:112,1997/98:SoU25).

## 2.2 De nuvarande stödformerna

Det statliga tandvårdsstödet för vuxna är i dag uppdelat i två delar, dels stödet för den tandvård som ingår i tandvårdsförsäkringen och som administreras av försäkringskassorna, dels stödet för den tandvård som administreras av landstingen. Den lagliga grunden för tandvårdsförsäkringen finns i 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring. Landstingens ansvar regleras i tandvårdslagen (1985:125).

Det främsta målet med det nuvarande stödet till vuxentandvården inom tandvårdsförsäkringen är att bidra till en förbättrad tandhälsa bland befolkningen så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och kostnaderna därigenom minskar både för enskilda personer och för samhället. Det reformerade tandvårdsstödet är därför inriktat på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården, s.k. bastandvård. Med bastandvård menas undersökning och rådgivning, förebyggande tandvård, de vanligaste behandlingarna såsom tandfyllning, rotbehandling och viss oralkirurgisk behandling samt akuttandvård. För mer omfattande och kostnadskrävande behandlingar med kronor, broar och avtagbara proteser samt vid tandreglering finns

ett särskilt högkostnadsskydd, dock med ett karensbelopp på 3 500 kronor när det gäller den tandvårdsersättning som kommer patienten till del.

Till de viktigaste förändringarna i det reformerade tandvårdsstödet hör att den statliga regleringen av arvoden för tandvård som gällt alltsedan år 1974 avskaffats och prissättningen för tandvårdstjänster blivit fri. Det är i dag vårdgivaren, dvs. landstingen och de privata vårdgivarna, som sätter priserna på samtliga tandvårdstjänster med den begränsningen enligt tandvårdslagen (1985:125) att ersättningen skall vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt.

### Den allmänna försäkringen

Tandvårdsförsäkringen har olika ersättningsregler för bastandvård, hela proteser, övrig protetik och tandreglering samt för ökat stöd vid långvarig sjukdom.

Stödet för bastandvård innebär att tandvårdsersättning lämnas för all tandvård, med undantag främst för undersökningar och protetiska åtgärder, med fasta krontalsbelopp per utförd åtgärd. Ersättningen motsvarar 30 procent av de högsta arvoden som enligt den tidigare gällande tandvårdstaxan (1973:638) fick tas ut år 1998. Ersättningen benämns grundbelopp. Ingen ersättning utbetalas för amalgamfyllningar. För personer i åldrarna över 29 år ersätts inte undersökningskostnaden. Som ett frivilligt alternativ inom bastandvården finns möjlighet för patienten att hos en vårdgivare teckna ett tvåårsavtal för bastandvård med fast patientavgift och med en fast ersättning till vårdgivaren från försäkringskassan.

I försäkringen finns också ett särskilt högkostnadsskydd för protetik och tandreglering. Ersättningsbeloppet motsvarar 60 procent av 1998 års taxa. Från detta ersättningsbelopp dras ett karensbelopp om 3 500 kronor. Fr.o.m. den 1 januari 2001 har karensbeloppet slopats för hela proteser och för s.k. rebasering och komplicerad lagning av hela proteser och andra avtagbara proteser.

Personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har väsentligt ökade tandvårdsbehov får ersättning för all tandvård motsvarande 60 procent av 1998 års taxa. Dessa personer skall inte heller betala ett karensbelopp för protetik och tandreglering. Stödformen är en förhandsprövad förmån. Det innebär

att karensbelopp och tandvårdsersättning utgår först efter godkänd förhandsprövning hos försäkringskassan.

### Landstingens ansvar

Landstingen ansvarar för tandvårdsstödet till äldre och funktionshindrade med stort omsorgsbehov, till personer som behöver tandvård som led i en sjukdomsbehandling samt till personer som behöver viss oralkirurgi. Landstingen ansvarar också som tidigare för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Verksamheten kan bedrivas antingen av folktandvården eller av privat vårdgivare.

Landstingens ansvar omfattar bl.a. att se till att äldre och funktionshindrade personer som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad eller får hemsjukvård erbjuds uppsökande vård som bl.a. omfattar en avgiftsfri munhälsobedömning och individuell rådgivning. I den uppsökande verksamheten ingår även handledning till personalen. För nödvändiga behandlingsinsatser betalar patienten samma avgift som gäller inom den öppna hälso- och sjukvården, dvs. som mest 900 kronor under en tolv månadersperiod.

Även för personer som har behov av särskilda behandlingsinsatser som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid och för oralkirurgi som kräver sjukhusresurser gäller samma avgiftsbestämmelser som för öppenvårdsbesök inom hälso- och sjukvården. Till tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling hör exempelvis tandvård för att uppnå infektionsfrihet inför större kirurgiska ingrepp och vid strålbehandling mot öron-näsa-hals-området. Extremt tandvårdsrädda och personer som på grund av allergiska reaktioner eller i samband med långvariga sjukdomssymtom behöver byta ut sina tandfyllningar omfattas också av hälso- och sjukvårdens avgiftsbestämmelser. I tandvårdsförordningen (1998:1338) finns de 14 patientgrupper beskrivna, som omfattas av denna stödform.

## 2.3 Aktuell debatt

### Motioner i riksdagen år 1999–2000

Sedan reformen infördes den 1 januari 1999 har ett flertal motioner i riksdagen handlat om den nya tandvårdsförsäkringen och även om övriga tandvårdsfrågor.

Generellt anses försäkringens syfte att främja tandhälsan bland befolkningen och prioritera tandvård för äldre, sjuka och funktionshindrade vara bra. Det uppfattas också som riktigt att en större andel av subventionen fördelas till bastandvård och det råder stor enighet om att barn- och ungdomstandvården även fortsättningsvis skall vara avgiftsfri.

Den del av tandvårdsstödet som rör tandvård i samband med kortare sjukdomsbehandling, uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa patientgrupper och som hanteras inom den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem anses fungera tämligen väl. I flera motioner betonas att tandvårdsreformen har inneburit klara förbättringar för många äldre och funktionshindrade samt för de patientgrupper där tandvård ingår som del i en tillfällig medicinsk behandling.

Den del av tandvårdsstödet som ligger inom den allmänna försäkringen möter mer kritik. Stödet till bastandvård anses exempelvis vara för litet och sakna fördelningsprofil. Även indelningen i bastandvård samt protetik och tandreglering kritiserar och flera motionärer menar att protetik samt behandling vid tandlossning bör räknas till den förebyggande tandvården och inkluderas i bastandvården eller föras in under hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

Reformen anses ha inneburit vissa förbättringar för personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har ett väsentligt ökat tandvårdsbehov och därmed rätt till utökat stöd. Det ifrågasätts dock om detta stöd kommer alla som är berättigade till del. Exempelvis uppges många reumatiker ha svårt att få del av stödet. Patienter som lider av exempelvis anorexi och/eller bulimi får ofta avslag på begäran om förhöjd ersättning trots att de på grund av sin sjukdom ofta har väsentligt ökade tandvårdsbehov. Detsamma gäller personer som lider av vissa mag- och tarm-sjukdomar.

Uppfattningen att tandvården på sikt bör inlemmas i hälso- och sjukvårdens avgiftssystem och jämföras med annan hälso- och sjukvård framförs i flera motioner. Att i dagsläget infoga tand-

vården inom sjukvårdens högkostnadsskydd anses dock inte vara möjligt då detta skulle leda till kraftigt ökade kostnader och till att annan sjukvård i så fall måste prioriteras bort. Konsekvenserna av att infoga tandvården i hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd bör emellertid utredas. Ytterligare satsningar bör främst stärka utsatta grupper och i form av något slags högkostnadsskydd komma de människor tillgodo som drabbas av mycket höga behandlingskostnader.

I flera motioner konstateras med oro att tandvården har blivit dyrare trots ökade subventioner. Framför allt anses den fria pris-sättningen ha medfört att patienternas kostnader ökat både inom den offentliga och inom den privata vården. Även priserna på bastandvård har ökat trots reformens intentioner att särskilt stötta den förebyggande vården. Stödet beskrivs som ett stöd till vård-givaren i stället för till patienten.

Även om tandhälsan i stort har förbättrats så kvarstår stora skillnader mellan olika delar av landet och mellan olika befolk-ningsgrupper, framhålls det i flera motioner. Särskilda insatser måste därför göras för att hitta metoder att utveckla det förebyggande arbetet för i första hand de mest utsatta grupperna. Flera motionärer betonar att det är viktigt att tandvårdsförsäkringen utformas så att alla grupper i samhället har råd att sköta sin tand-hälsa.

Den fria barn- och ungdomstandvården har lett till att barn och ungas tandhälsa väsentligt förbättrats under de senaste decennierna. Trots att tandvård för barn och ungdomar är avgiftsfri finns skillnader i ungas tandhälsa. Enligt en rapport från Socialstyrelsen har invandrarbarn och barn till arbetarklassföräldrar sämre tandhälsa än övriga grupper och en undersökning från Eastmaninstitutet i Stockholm visar att barn i områden med låg socioekonomisk status har betydligt fler hål i tänderna än barn från områden med många högutbildade. Särskilda insatser måste göras för att hitta metoder att utveckla den förebyggande vården för i första hand de mest utsatta grupperna och Socialstyrelsen bör få i uppdrag att se över vilka förebyggande insatser som krävs för att vända utvecklingen. I fortsättningen bör kontinuerliga utvärderingar göras för att följa utvecklingen när det gäller barns tand-hälsa, framhålls det.

De äldres behov av ett utökat stöd påtalas i flera motioner. En grupp som särskilt lyfts fram är de äldre som har en nedsatt fysisk och/eller ekonomisk förmåga som bor hemma och inte har så stora

behov att de omfattas av hälso- och sjukvårdens högkostnads-skydd. Regeringen bör låta utarbeta en plan för hur tandvårds-försäkringen successivt kan förbättras för äldre, föreslås i en motion. Dålig tandhälsa kan leda till dåligt näringstillstånd och dålig livskvalitet skrivs i en motion där det också framhålls att en majoritet av de låginkomstpensionärer som inte har råd med regelbundna tandläkarbesök är kvinnor.

En annan fråga som tas upp i flera motioner är patienternas möjlighet att överklaga landstingsbeslut om att inte ersätta tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem.

Motionerna har behandlats i socialutskottets betänkande (2000/01:SoU1) Utgiftsområde 9 Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Utskottet konstaterar att samtliga frågor som tagits upp i motionerna täcks av det uppdrag regeringen gett utredningen. Riksdagen föreslogs därför inte ta något initiativ med anledning av motionsyrkandena. Så skedde inte heller vid riksdagens behandling av betänkandet.

### Hearing med myndigheter och organisationer

Också de myndigheter och organisationer som utredningen varit i kontakt med uppfattar huvudsakligen reformen som bra och menar att tandhälsoinriktningen i stödet verkar fungera. Någon form av högkostnads-skydd för i första hand de äldre efterlyses dock av de flesta. Generellt anses att subventionen avseende åtgärder som främst utförs på äldre personer bör öka.

Enligt Riksförsäkringsverket står prisutvecklingen på tandvårdstjänster inte i proportion till den allmänna prisutvecklingen och man pekar också på stora och till synes omotiverade skillnader i prissättning mellan olika landsting. Enligt Riksförsäkringsverket förefaller folktandvårdens prissättning ha varit normerande för de privata vårdgivarnas prissättning inom samma län. Det tycks dock inte finnas någon enhetlig linje för hur landstingen sätter sina priser. RFV ifrågasätter om självkostnaden för tandvården kan skilja sig mellan olika landsting i så hög grad som landstingens prislistor indikerar.

Såväl Socialstyrelsen som Landstingsförbundet betonar att regel-systemet för nödvändig tandvård och tandvård som led i sjukdomsbehandling måste ses över då kriterierna för vilka som kan komma ifråga för stödet varierar mellan olika landsting och

gränserna uppfattas som diffusa och orättvisa. Flera organisationer pekar på att försäkringskassans särskilda stöd vid långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder inte har kommit patienterna tillgodo i den omfattning som ursprungligen var tänkt.

Riksförsäkringsverket anser att stödet är krångligt att administrera. Enligt RFV är också antalet personer med väsentligt ökat tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder kraftigt överskattat. Ett oväntat litet antal personer har sökt det särskilda stödet och ännu färre har beviljats stöd. Enligt patientorganisationerna beror detta främst på att formuleringen av förordningen är så restriktiv att få uppfyller kriterierna, och att tandläkare därför drar sig för att söka stödet för sina patienters räkning. Därtill kommer att patienterna själva måste betala en kostnad på upp till 500 kronor för läkarintyg och prover som krävs för att få sin ansökan om stöd bedömd.

En grupp som säger sig ha svårt att få förhöjd tandvårdsersättning vid ökat tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom och funktionshinder är reumatikerna. Reumatikerförbundet pekar bl.a. på bristande kunskap hos tjänstemän och tandläkare vid försäkringskassorna. Förbundet menar också att många tandläkare är ovilliga eller har bristande kunskaper om hur man söker förhöjd tandvårdsersättning vid ökat tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom.

Handikappförbundens Samarbetsorgan, HSO, menar att reformen har hjälpt dem som får tandvård inom hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, men inte dem som är hänvisade till den förhöjda ersättning som försäkringskassorna administrerar. HSO anser att allmänläkare ofta saknar kunskap om sambandet mellan sjukdom och ökat tandvårdsbehov, att systemet är krångligt och att informationen till läkare, tandläkare och patienter om systemet har varit dålig. Man menar också att villkoren för att komma i fråga för stödet är så restriktiva att många behövande stängs ute och att ersättningsbeloppet bör höjas och anpassas till kostnadsutvecklingen.

Inte heller Astma- och Allergiförbundet anser att personer med kronisk sjukdom har blivit gynnade som det var tänkt och föreslår att ansökningsförfarandet förenklas för både patient och tandläkare genom bl.a. standardiserade läkarintyg och tydligare allmänna råd från RFV.



Sjukhustandläkarföreningen anser att på sikt bör sjukhustandvårdens patientgrupper överföras till hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. I dagsläget är det viktigt att ersättningssystemet förenklas och i högre grad fokuseras på patienternas odontologiska och medicinska behov. En översyn av vilka ytterligare grupper som bör föras in i den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem alternativt få del av försäkringskassans stöd om dubbelt grundbelopp är också ett önskemål. Grupper som i dag ofta inte accepteras om berättigade till stöd i form av dubbelt grundbelopp är exempelvis de kroniskt psykiskt sjuka patienterna och de som lider av ätstörningar t.ex. anorexi eller bulimi.

Tandläkarorganisationerna har till utredningen framfört uppfattningen att tandvårdsstödet i huvudsak fungerar bra för både vårdgivare och patienter. Grupper med särskilda tandvårdsbehov har identifierats och fått ett särskilt stöd inom sjukvårdens högkostnadsskydd. Trots prisutvecklingen menar tandläkarorganisationerna att reformen har inneburit billigare basvård för många. Det nuvarande stödet till patienter med höga kostnader för protetik och tandreglering anses emellertid inte vara tillräckligt omfattande. Patienter med infektioner i munhålan behöver också ett bättre skydd mot höga kostnader, enligt tandläkarorganisationerna.

Det nuvarande tandvårdsstödet har enligt pensionärsorganisationerna inneburit stora försämringar för de äldre och minskningen i budgetramen för tandvården från 3,8 miljarder kronor år 1993 till 1,6 miljarder kronor år 2001 har i synnerhet drabbat de äldre. Det är framför allt angeläget med ett omfattande stöd till förebyggande tandvård för äldre som äter mediciner och lätt drabbas av muntorrhet och tandlossning, påpekar pensionärsorganisationerna. I ett vidare perspektiv bör strävan vara att integrera tandvårdsstödet med stödet till öppen hälso- och sjukvård. Från och med den 1 januari 2001 finns det inget karensbelopp om 3 500 kronor för hela proteser. Flera pensionärsorganisationer föreslår att karensbeloppet även för partiella proteser slopas och att den förändringen bör gälla fr.o.m. den 1 juli 2001.

## 3 Aktuella frågor

Som bakgrund till utredningens överväganden och förslag om hur tandvårdsförsäkringen och stödet vid höga behandling-kostnader kan förbättras för i första hand de äldre ges i detta kapitel en beskrivning av befolkningens tandhälsa. Vidare diskuteras tandvårdsförsäkringens effekt på tandhälsa och tandvårdsefterfrågan liksom prisförändringar och tandvårdskonsumtion.

### 3.1 Bakgrund

Det nya tandvårdsstödet har varit i funktion under en begränsad tid, vilket gör att det är för tidigt att bedöma generella effekter på tandhälsoutvecklingen. Effekter av det nya tandvårdsstödet måste ses i ett längre perspektiv.

I direktiven (Dir. 2000:65) anges att de rapporter och utvärderingar som hittills färdigställts avseende den del av tandvårdsstödet som administreras av försäkringskassorna ger en bild av att det inom tandvårdsförsäkringen skett en förskjutning mot bas-tandvård, en förskjutning helt i linje med intentionen att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga, hälsobefrämjande tandvården. Regeringen har emellertid också fått kännedom om vissa problem förknippade med tandvårdsstödet förändrade inriktning.

Nuvarande utformning av tandvårdsstödet leder till höga kostnader för dem som har behov av omfattande protetiska åtgärder och som inte är berättigade till förhöjd tandvårdsersättning. Konsekvensen blir att en del människor inte har råd med mer omfattande tandvård. Bland dem som hamnar i denna situation finns bl.a. många äldre med omfattande behov av fasta protetiska ersätt-

ningar i form av kronor, broar och implantatstödda s.k. käkbensförankrade broar.

För att i första hand förbättra skyddet mot höga behandlingskostnader har regeringen i den ekonomiska vårpropositionen 2000 avsatt 200 miljoner kronor för år 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor för år 2003. I budgetpropositionen för 2001 föreslog regeringen att förbättringarna skulle delvis tidigareläggas genom att tandvårdsstödet redan för år 2001 tillförs 100 miljoner kronor av de 200 miljoner kronor som avsatts för år 2002.

Den 1 januari 2001 infördes bestämmelsen om att karensbelopp inte skall tillämpas vid beräkning av ersättning för behandling enligt förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa, bilaga avdelning B åtgärd 75 ( Hel över- eller underkåksprotes, per käke) och åtgärd 76 (Rebasering och/eller komplicerad lagning av protes). Enligt Riksförsäkringsverkets beräkningar täcker de tillförda medlen den merkostnad för försäkringen som uppkommer genom avskaffandet av karensbeloppet för ifrågakvarande åtgärder.

Utredningen skall inledningsvis inrikta sig på att analysera hur stödet vid höga behandlingskostnader kan förbättras i första hand för de äldre samt lämna förslag på förbättrat skydd mot höga behandlingskostnader för denna grupp. Enligt direktiven är det viktigt att regelverket har en utformning som främjar tandhälsan.

### 3.2 Tandhälsa/Tandtillstånd

Epidemiologi är läran om sjukdomars förekomst och utbredning i befolkningen. Ett stort antal lokala epidemiologiska undersökningar som beskriver tand- och munhälsan – förekomst av tand-sjukdomar – hos delar av den svenska befolkningen har presenterats. Det finns även enstaka undersökningar som är av rikstäckande karaktär. Studierna, som beskriver tandhälsotillståndet vid olika tidpunkter, har publicerats företrädesvis under den senaste 30-årsperioden.

Utvecklingen och utbyggnaden inom hälso-, sjuk- och tandvård och därmed sammanhängande stigande kostnader ställer idag krav på effektivt resursutnyttjande och snabb utvärdering av insatta åtgärder. Kunskap om sjukdomar, deras variation och hur de påverkas av olika åtgärdsprogram är därför viktiga komponenter i en total vårdsyn. Epidemiologin intar idag en central plats inom tandvården och bör ses som ett instrument för analys, vårdplanering

och utvärdering. Epidemiologiska undersökningar bör därför kunna utgöra en plattform för framåtsyftande bedömning av tandhälsoutvecklingen i en population och därmed av den vård som kommer att krävas.

Upprepade epidemiologiska undersökningar ger en förhållandevis säker grund för en framtidsbedömning av tandhälsoutvecklingen såvida inga större förändringar i den studerade befolkningsgruppen sker t.ex. i ålderssammansättning eller att nya grupper av individer med andra tandvårdsvanor och andra attityder till tandvård och tandhälsa tillkommer.

Mot bakgrund av en förändrad ålderssammansättning av befolkningen med allt större grupper äldre, ökad kunskap om tandvårdssituationen hos kroniskt sjuka och funktionshindrade samt en omfattande invandring till Sverige måste en mera noggrann analys av dessa förhållanden göras i relation till såväl framtida vårdbehov som behov av eventuella modifieringar av tandvårdsstödet i framtiden. I perspektivet av begränsade totala resurser blir det av stort värde att den framtida tandvården planeras utifrån befolkningens behov av tandvård och att tandvården kan erbjudas på jämlika villkor för samtliga medborgare. På grund av den begränsade tid som utredningen hittills haft till förfogande måste dock sådan analys anstå till utredningens huvudbetänkande i mars år 2002.

### Tandhälsan hos vuxna

Det är betydligt svårare att beskriva tandhälsa och tandhälsoutveckling hos vuxna än hos barn och ungdomar. Det beror dels på att det inte föreligger konsensus om vilka mått eller index som är lämpliga, dels finns det få aktuella uppgifter på riksnivå.

Den orala hälsan är en produkt inte enbart av direkta sjukdomsorsaker utan också i hög grad av sociodemografiska och kulturella faktorer. Om tand- och munsjukdomar inte läker medför det att varje munhåla dokumenterar anhopade effekter av genomgångna perioder av tandohälsa. Variationerna ökar därför med ökande ålder och innebär epidemiologiska problem både när det gäller val av variabler och när det gäller tolkning av resultat från undersökningar av vuxenpopulationer.

## Undersökningar på riksnivå

Det finns ingen samlad epidemiologisk information beträffande den vuxna befolkningens orala hälsa i hela Sverige, utöver den som erhålls via de löpande undersökningarna av levnadsförhållandena (ULF) som utförs av Statistiska Centralbyrån (SCB). Dessa undersökningar är riksomfattande avseende den vuxna befolkningen över 16 år och inkluderar ett flertal frågor av odontologisk karaktär. Av ULF-undersökningarna framgår att den orala hälsan, med utgångspunkt från antalet kvarvarande tänder som ett mått på tandhälsan, genomgått stora förändringar under senare decennier. Såväl karies som parodontit kan leda till tandförluster, vilket gör att information om olika grad av betandning i en befolkning är en viktig uppgift för att bedöma det orala hälsotillståndet.

Urvalet i ULF-undersökningarna har under 1980-talet utökats med åldrar t.o.m. 84 år. Som mått på tandhälsa används avsaknad av egna tänder (tandlöshet), förekomst av enbart egna tänder, nedsatt tuggförmåga samt förekomst av tandprotes och tandimplantat (fastskruvad protes).

Andelen personer som helt saknar egna tänder har minskat med nästan två tredjedelar från 17,4 till 6,4 procent i befolkningen i åldersgruppen 25–84 år sedan början av 80-talet. Speciellt märkbar är minskningen i åldersgruppen 45–64 år, där andelen tandlösa gått ner från 18 procent till 3 procent bland kvinnorna och från 14 procent till 2 procent bland männen. Också 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 där i synnerhet de ej facklärdas arbetarna uppvisat en mycket positiv utveckling och nu ligger nära befolkningsgenomsnittet.

Av följande tabell framgår den procentuella fördelningen av variablerna i åldrarna 25–84 år. Som jämförelse kan nämnas att vid intervjuerna åren 1980–81 uppgav endast 18,4 procent i åldrarna 75–84 år att de hade "enbart egna tänder" jämfört med 25,1 procent åren 1988–89. När samma fråga ställs åren 1996–97 har andelen som anger att de har enbart egna tänder i åldersgruppen ökat till 40,1 procent.

*Tandstatus hos 25–84-åringar 1980–81, 1988–89 och 1996–97.  
Procentuell fördelning.*

Ålder	Enbart egna tänder			Lös- och egna tänder			Inga egna tänder		
	-80/81	-88/89	-96/97	-80/81	-88/89	-96/97	-80/81	-88/89	-96/97
25-44 år	94,4	97,1	98,1	4,2	2,6	1,6	1,4	0,4	0,3
45-64 år	69,9	75,3	87,0	19,5	16,8	10,3	15,6	7,9	2,7
65-74 år	30,0	43,8	58,9	25,9	27,6	25,4	44,2	28,6	15,7
75-84 år	18,4	25,1	40,1	22,1	24,9	28,4	59,5	50,5	31,5

*Källa:* SCB:s ULF-undersökningar

Förekomst av implantat är sällsynt i de lägre åldersgrupperna t.o.m. 44 år. I åldersgruppen 44–64 år uppger drygt två procent att man har någon typ av implantat medan förekomsten ökar till fem procent i åldrarna 65–84 år.

Nedsatt tuggförmåga definieras som att inte alls eller endast med svårighet kunna tugga hårda saker som hårt bröd eller äpple. Ungdomarnas tuggförmåga är liksom deras tandstatus förhållandevis god. Men resultaten från ULF visar att tuggförmågan under slutet av 90-talet tycks vara på väg att försämrats för personer i åldersgruppen 16–44 år. I åldrarna 45 år och däröver har i stället tuggförmågan stadigt förbättrats under den senaste tjugoårsperioden. De socioekonomiska skillnaderna minskar något, men var tionde ej facklärdd arbetare har nedsatt tuggförmåga jämfört med endast var tjugonde tjänsteman på mellan- och högre nivå. Förhållandet är detsamma för båda könen. Motsvarande skillnader finns också mellan den lägsta och den högsta inkomstgruppen.

Allmänt sett är tandförluster sällsynta bland yngre vuxna. År 1985 var det genomsnittliga antalet kvarvarande tänder hos 35–39-åringar 26 av 28 möjliga. Visdomständerna medräknades inte. Siffrorna härrör sig från en undersökning av Richard Håkansson år 1991 (*Tandvårdsvanor och tandstatus bland vuxna i Sverige 1974–1985. Jämförande tvärsnitts- och longitudinella undersökningar.*) Gruppen 55–60-åringar hade vid samma tidpunkt i genomsnitt 15 kvarvarande tänder. Det finns inte skäl att anta att personerna i de aktuella åldersgrupperna, som nu är 50–54 år respektive 70–74 år, har förlorat fler än enstaka tänder.

När det gäller hur stor andel av tänderna som är försedda med fyllningar eller kronor, visar Håkanssons studie procenttal enligt följande tabell.

*Genomsnittlig andel tänder med fyllning eller krona. Procent.*

Åldersgrupp	År 1974	År 1985
20-24 år	52,3	33,8
35-39 år	66,2	63,1
55-60 år	66,2	73,8

*Källa:* Håkansson, 1991.

Tabellen visar att andelen fyllda tänder har minskat kraftigt inom åldersgruppen 20–24 år under de tio år som studien omfattar. Viss minskning föreligger även inom åldersgruppen 35–39 år medan det skett en tydlig ökning inom åldersgruppen 55–60 år. Till viss del förklaras det av att skadade tänder behållits och kommit att ingå i broarbeten i stället för att som tidigare oftare ha tagits bort och ersatts med avtagbara proteser.

Nästan 75 procent av tänderna hos de äldre patienterna är försedda med fyllningar eller kronor. Dessa tänder kan sannolikt i stor utsträckning sitta kvar och fungera livet ut. Dock kommer de att kräva omfattande och ofta dyrbar behandling i form av reparationer, utbyte av fyllningar och protetiska rekonstruktioner för att behålla sin funktion. Omfattande protetiska arbeten behöver i allmänhet göras om efter 10–15 år.

### **Regionala undersökningar**

I Jönköping har Anders Hugoson och medarbetare genomfört tvärsnittsstudier med tio års mellanrum, åren 1973, 1983 och 1993 avseende tandhälsa, tandvårdsvanor och kunskap om tandsjukdomar och tandhälsa.

Antalet tandlösa individer minskade med hälften mellan åren 1973 och 1993 och uppgick då till 8 procent inom åldersgrupperna 40–70 år. Medeltalet kvarvarande tänder hade ökat och upp till 50 års ålder var samtliga individer i stort sett fullt betandade. Antalet kariesangrepp och fyllningar minskade under 20-årsperioden. En ökning av antalet fyllda tandytor registrerades efter 50 års ålder. Även den parodontala hälsan förbättrades under ifrågavarande period. Tandfästet i käkbenet hos 40-åringar var år 1993 i nivå med det hos 20-åringar år 1973.

I en studie avseende 50-åringars mun- och tandhälsa i Örebro och Östergötlands län år 1996 konstaterade Arne Halling och Lennart Unell att tandvärk fortfarande var ett hälsoproblem. Var sjunde individ hade haft tandvärk under det senaste året. Tandlöshet var mycket sällsynt och de flesta hade ett stort antal kvarvarande tänder med omfattande lagningar. Majoriteten var nöjda med sina tänder och sin tuggförmåga. Tandhälsotillståndet och upplevelsen av tandhälsan var ojämnt fördelad i befolkningen. Den var sämre för individer med låg utbildning/socialgrupp, ensamstående, invandrare, rökare och dem med nedsatt allmänhälsa.

Sedan år 1983 har Erik Uhrbom och Bo Bjerner med fem års mellanrum kartlagt vuxenbefolkningens munhälsa i Dalarna. Den senaste undersökningen genomfördes år 1998 (Epi Wux -98) och man konstaterar att utvecklingen av vuxnas munhälsa uppvisar mycket stora förbättringar sedan år 1983. Om utvecklingen under nästkommande 15-års period är likartad som under denna period anser man att det är realistiskt att räkna med att total tandlöshet inte längre föreligger på procentnivå före 65 års ålder. Även bland personer i högre åldersgrupper, 75 år och äldre, kommer andelen tandlösa att minska avsevärt och ligga under 10 procent. Prognoser visar att flertalet personer upp till pensionsåldern dessutom kommer att ha i stort sett fullbetandade bett. För tandvårdens del kommer det att innebära en verksamhetsinriktning där den stora utmaningen i allt större omfattning kommer att gälla insatser för att upprätthålla den äldre generationens tandhälsa.

I Epi Wux -98 lyfter man fram en angelägen uppgift för tandvården nämligen att få yngre icke vård sökande personer att prioritera sin munhälsa. Detta både för att ta vara på det hälsokapital som grundlagts inom den organiserade barn- och ungdomsvården och för att undvika kostsamma framtida åtgärder av reparativ karaktär.

Sammanfattningsvis redovisas munhälsoläget år 1998 för de fyra undersökta åldersgrupperna 35, 50, 65 och 75 år på följande sätt:

*35-åringen* har så gott som alla tänder i behåll. Mer än hälften har inga registrerade kariesskador. Flertalet har inga lagningar i sina framtänder och även frekvensen av fyllningar i sidopartierna är låg. Endast tio procent har en eller flera enstaka kronor. Förekomst av grav tandlossningssjukdom är låg.



Relativt stor andel personer som av ekonomiska skäl inte regelbundet söker tandvård återfinns i denna åldersgrupp *50-åringen* har nästan alla framtänder i behåll och de flesta av kindtänderna. Mer än hälften har inga registrerade karies-skador. I brettets sidopartier finns omfattande fyllningsterapi medan framtänderna inte har fyllningar i lika stor omfattning. Åtta procent har brokonstruktioner av mindre utsträckning, 2–6 led. Omfattande förlust av tandfäste återfinns hos två procent. Endast en procent är helt tandlösa. I denna åldersgrupp är det ett fåtal personer som inte söker tandvård regelbundet

*65-åringen* har de flesta framtänderna i behåll medan flera tänder förlorats i brettets sidopartier. Alltfler i denna åldersgrupp har välbetandade brett. De betandade har i genomsnitt 20 kvarvarande tänder. Tretton procent i åldersgruppen har mycket omfattande restaurationer i form av kronersättningar och/eller brokonstruktioner och omfattande fyllningsterapi förekommer hos de flesta i åldersgruppen. Åtta procent är helt tandlösa. En lika stor andel har grava förluster av tändernas stödjevävnad

*75-åringen* har i genomsnitt 14 kvarvarande tänder. Andelen välbetandade personer har ökat kraftigt sedan 1983 och uppgår nu till en tredjedel av åldersgruppen. I denna åldersgrupp har också andelen tandlösa minskat mest under den senaste 15-årsperioden. Idag är knappt 20 procent helt tandlösa. Var tionde person har mycket omfattande fasta brokonstruktioner och nästan en tredjedel har en eller flera mindre sådana konstruktioner. Grav tandlossning förekommer hos nio procent. Av de sju procent som inte regelbundet besöker tandvården är majoriteten helt tandlösa.

De senaste epidemiologiska undersökningarna avseende tandhälsan visar alltså att det skett en påtaglig förbättring bland den vuxna befolkningen. Andelen individer som helt saknar egna tänder har minskat kraftigt, vilket både studierna från Jönköping och Dalarna visar. Skillnaden i tandlöshet mellan olika delar av landet är dock stor. Total tandförlust bland 50- och 65-åringar är exempelvis betydligt vanligare i de norra delarna av Sverige.

Tvärsnittsundersökningar av munhälsan utförda i Norrbotten åren 1990–91 och i Västerbotten år 1990 visar att andelen helt tandlösa i åldersgruppen 50 år var drygt 11 procent i Norrbotten

och 10 procent i Västerbotten. Bland 65-åringarna var drygt 41 procent i avsaknad av egna tänder i Norrbotten medan förekomsten av tandlöshet var något lägre, 33 procent, i motsvarande åldersgrupp i Västerbotten. Trots att tandhälsförbättringar uppnåtts i samma utsträckning i de norra delarna av Sverige som i övriga landet så finns en inte obetydlig del av befolkningen som också framdeles kommer att vara i behov av såväl avtagbara proteser som implantat.

### **Sjuka och funktionshindrade**

Andelen äldre ökar generellt i befolkningen, vilket medför att andelen äldre bland sjuka och funktionshindrade också ökar. Allt fler individer behåller också fler tänder och fler restorationer upp i högre åldrar. Flertalet kroniska sjukdomar och funktionshinder tillstånd medför ökad risk för tand- och munsjukdomar. Vid kronisk sjukdom eller funktionshinder förändras livsbetingelserna vilket påverkar munhälsan och marginalerna för påfrestningar krymper.

I en delrapport, *Tänderna, en del av kroppen*, ingående i projektet *Äldre och Folkhälsa* utgiven av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, beskriver Gunilla Nordenram ett flertal samband mellan olika kroniska sjukdomstillstånd och försämrad oral hälsa. Sjukdomarna i sig kan medföra skador i munnen liksom medicinering eller annan behandling mot sjukdomen i fråga. Här kan nämnas sjukdomsbehandling med strålning mot huvud- och halsregionen och medicinering mot oro och depression som innebär stora risker för försämrad tandhälsa till följd av påverkan på salivsekretionen. De indirekta följderna av ett funktionshinder kan också vara betydande. Neurologiska skador och sjukdomar kan t.ex. allvarligt försämra förmågan att sköta munhygien och strokesjukdomar med ansiktsförlamning som följd kan omöjliggöra för patienten att bära och styra en helprotes. Andra sensoriska störningar som apraxi (handlingsoförmåga) kan också ge orala konsekvenser liksom depression och andra personlighetsförändringar som gör att patienten inte längre bryr sig om att sköta sina tänder. Demenssjukdomar minskar också förmågan att sköta munhygien.

Det finns förhållandevis få större undersökningar som omfattar dessa grupper. Gunilla Nordenram har genomfört en studie på åtta

långvårdssjukhus i Stockholm vid två tillfällen, åren 1988 och 1990. Antalet undersökta personer var 257 respektive 258 med en medelålder på 76,8 och 79,1 år. Antalet helt tandlösa personer var 20 respektive 24 procent. Bland de betandade fanns fler kvarvarande tänder år 1988 än år 1990, 15,2 mot 13,0 tänder. Den parodontala hälsan bedömdes som dålig. Nordenram fäster särskild uppmärksamhet vid den förändring som för närvarande pågår inom äldreomsorgen och som innebär satsning på vård och omsorg i det egna hemmet så länge som möjligt. Det är därför mycket viktigt att munnens hälsa inte förbises i detta skede. Om de äldres tandhälsa skall kunna bevaras livet ut behöver, utöver den dagliga munvården, således tandvård med stora inslag av professionellt utförd förebyggande vård ingå redan i äldrevården. När alltför äldre har egna tänder och lever allt längre med bättre livskvalitet kommer en tandhälsobevarende inriktning av äldretandvården att få en större betydelse. Annars finns risk att tandskadorna inte upptäcks förrän vård i särskilt boende blir aktuell och utvecklingen av skadorna kan ha medfört att dessa då inte går att reparera.

Fure och medarbetare har i ett flertal studier belyst vikten av att de äldre redan när de är friska informeras om att behovet av kariesförebyggande åtgärder ökar med stigande ålder. Den dominerande kariesformen hos de äldre är karies i anslutning till tidigare restaurerade tandytor, vilket också gäller för rotytorna och problemet accentueras ytterligare vid muntorrhet. Främsta orsaken till tandförluster i högre åldrar är karies och dess följder såsom upprepade restaurationer och rotfrakturer. Författarna anger att bland 85-åringar var andelen tanduttagningar till följd av karies så hög som 62 procent och poängterar att de äldre bör, innan alltför stora kariesproblem uppträder, involveras i ett individuellt avpassat förebyggande program, som förstärks allteftersom behovet ökar.

### 3.3 Tandvårdsefterfrågan hos vuxna

Enligt SCB:s undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) har, sett till ett genomsnitt för hela befolkningen i åldrarna 16–74 år, tandvårdskontakterna blivit allt tätare sedan år 1975. Kvinnorna har genomgående gjort tätare besök än männen. Utvecklingen för ungdomar i åldrarna 16–24 år har också varit tämligen jämn under hela perioden och nio av tio ungdomar har gjort något besök i tandvården under en tvåårsperiod. När det gäller åldersgruppen

25–44 år är mönstret likartat till i början av 1990-talet. Därefter syns en tydlig avtagande trend för besök vartannat år eller oftare. Att besöksfrekvensen sjunker kan naturligtvis ha flera orsaker. En trolig förklaring till besöksfrekvensens neråtgående trend är att alltfler tandläkare arbetar med individrelaterade återbesök, vilket medför att det blir vanligare att tänderna kontrolleras med glesare intervall än en gång per år.

En positiv utveckling genom hela perioden från år 1975 till år 1999 beträffande tandvårdskontakter har personer i åldrarna 45–64 år haft. De som inte besökt tandläkare under de senaste två åren blir allt färre. Mycket kraftigare positiv utveckling av tätare tandläkarbesök ses för 65–74-åringarna.

För den vuxna befolkningen i åldrarna 25–84 år framträder inte oväntat tydliga socioekonomiska och regionala skillnader beträffande tandläkarbesök och tandhälsa. 81 procent av de högre tjänstemännen men bara 68 procent av de ej facklärdade arbetarna har besökt tandvården inom en tolv månadersperiod. I synnerhet för de manliga arbetarna och för män i norra glesbygden är andelen låg. Utvecklingen har dock varit mycket positiv för manliga ej facklärdade arbetare sedan början av 1980-talet.

Några stora skillnader mellan könen har ej kunnat påvisas utom i åldersgruppen 20–29 år. Besöken hos tandläkare eller tandhygienist har här kommit att minska mer bland männen än bland kvinnorna. Tjugo procent av männen jämfört med tio procent av kvinnorna uppgav att de inte gjort något besök på minst två år.

I följande tabell från SCB:s ULF-undersökningar visas hur stor andel av befolkningen som erhållit tandvård under de senaste två åren. Undersökningen omfattar endast direktintervjuade personer med eget boende. Från år 1998 har frågan "När var du senast hos tandläkare" modifierats till "tandläkare/tandhygienist". Det är troligt att intervjupersonerna även under tidigare år medräknat besök hos tandhygienist även om frågan inte uttryckligen formulerats så.

*Procentuell andel av befolkningen med tandvård under de senaste två åren. Båda könen 25–74 år (1990, 1995) och 25–84 år (1996–98).*

	1990	1995	1996-98
25-44 år	91,8	89,6	87,6
45-64 år	88,0	92,0	92,8
65-74 år	75,6	79,5	82,5
75-84 år	-	-	68,2
Totalt	87,9	89,1	86,9

*Källa:* SCB:s ULF-undersökningar

Av tabellen framgår att det totalt sett är en mycket måttlig förändring av tandvårdsbesöken som skett. I samtliga åldersgrupper utom hos 25–44-åringar har tandvårdsbesöken ökat något.

Sedan åren 1980–81 har andelen bland 75–84-åringar som inte besökt tandläkare på fem år eller längre tid minskat från drygt 53 till drygt 22 procent. Följande tabell visar utvecklingen mellan åren 1980–81 t.o.m. åren 1996–98.

*Senaste besöket hos tandläkare för 5 år eller längre tid sedan åren 1980–81, 1988–89 och 1996–98. Båda könen. Procent.*

	1980-81	1988-89	1996-98
25-44 år	4,1	1,9	3,3
45-64 år	14,8	6,5	3,2
65-74 år	36,2	20,4	11,6
75-84 år	53,7	40,3	22,5
Totalt	16,8	9,9	6,3

*Källa:* SCB:s ULF-undersökningar

Den minskade andelen helt tandlösa i åldrarna 65–84 år kan vara en av förklaringarna till att åldersgruppen kraftigt ökat sina regelbundna tandläkarbesök. En annan förklaring kan vara förbättrade ekonomiska möjligheter att söka tandvård.

I 1996–97 års ULF-undersökning ställdes för första gången frågan om man upplevt besvär från tänderna under det senaste året med tillhörande fråga om man åtgärdat dessa besvär. I följande tabell redovisas resultatet.

*Besvär från tänderna enligt frågor i ULF-undersökningen åren 1996–97. Procent.*

	Besvär från tänderna	Därav	
	senaste 12 mån.	ej åtgärdat besv.	ej råd att åtgärda besv.
Samtliga 25-84 år	21,4	3,5	1,0
<b>ÅLDERSGRUPP</b>			
25-44 år	23,4	5,1	1,5
45-64 år	22,1	2,5	0,8
65-74 år	18,1	2,1	0,4
75-84 år	15,2	2,9	0,6
<b>NATIONALITET</b>			
Sydeuropeiska medb.	34,5	5,6	0,0
Övr. utomnord. medb.	25,3	3,0	0,5
<b>SOCIOEK. GRUPP</b>			
Förtidspens./ arbetslösa	29,7	8,3	4,4
Lägsta 1/3 inkomstgr.	23,3	5,0	1,7
Högsta 1/3 inkomstgr.	19,9	1,9	0,3

*Källa: SCB:s ULF-undersökning 1996-97.*

Det framgår av tabellen att den högsta andelen besvär från tänderna i förhållande till ålder återfinns i gruppen 25–44 år. Det är också i den åldersgruppen som den högsta andelen som inte åtgärdat besvären finns och i den gruppen finns också högsta andelen som uppgett att de ej åtgärdat besvären av ekonomiska skäl. Lägre andel besvär från tänderna än samtliga i åldersgruppen 25–84 år uppger 75–84-åringarna samtidigt som andelen som ej haft råd att åtgärda besvären är låg. Den högsta andelen med besvär från tänderna finns bland de sydeuropeiska invandrarna följda av övriga utomnordiska invandrare. Inte heller i dessa grupper har man i någon större utsträckning behövt avstå från att åtgärda besvären av ekonomiska skäl till skillnad från bland förtids-pensionärer och långtidsarbetslösa, som är den grupp som har högst andel individer med ekonomiska barriärer för att efterfråga tandvård. En klar skillnad föreligger också mellan inkomst-grupperna vad avser besvär från tänderna och om man haft råd att åtgärda besvären.

Riksförsäkringsverket genomförde enkätundersökningar avse-ende tandvårdskonsumtionen åren 1998 och 1999. Undersöknings-populationen var individer i åldrarna 21–85 år. Besöksfrekvensen

hade mellan de båda åren minskat något, från 78,2 procent år 1998 till 75,3 procent året därpå.

Följande grupper av individer uppgavs i högre utsträckning än andra inte ha besökt tandläkare/tandhygienist det senaste året:

- ekonomiskt svaga individer
- yngre vuxna i åldern 20–29 år
- utrikes födda
- män
- ensamstående med och utan hemmaboende barn
- personer med låg tandstatus dvs. de som enbart har löständer eller är tandlösa och/eller inte kan tugga hårda saker som äpple eller hårt bröd.

Enkätundersökningen visade också att det fanns grupper som i högre utsträckning än andra inte hade avstått från tandvård det senaste året. Dessa grupper är:

personer som inte saknar kontantmarginal, dvs. individer som kan skaffa fram 14 000 kronor på en vecka

personer i åldern 50–74 år

samboende och/eller gifta utan hemmaboende barn

SCB:s ULF-undersökningar och RFV:s enkätundersökningar visar i stort sett likartade resultat avseende tandvårdsefterfrågan och ekonomiska hinder för att efterfråga vård. Samstämmiga uppgifter finns också i den bearbetning av SCB:s undersökningar av hushållens inkomster och utgifter (HINK) som Socialstyrelsen låtit göra.

I resultaten från HINK 1999 framgår att av samtliga intervjuade uppger 72 procent att de besökt tandläkare under år 1999. De lägsta besöksfrekvenserna återfinns i åldersgruppen 20–29 år och i åldersgruppen 75 år och däröver, där 60 respektive 59 procent uppger att de besökt tandläkare under året. En låg besöksfrekvens återfinns också hos dem med en låg inkomststandard. Bland personer med inkomst understigande socialbidragsnormen och arbetslösa uppger 59 procent att de besökt tandläkare under år 1999 medan bland individer som haft socialbidrag under 1–9 månader, endast hälften uppger tandläkarbesök.

På frågan om utgiftens storlek för tandvård påverkat dem så att de avstått från tandvård svarar sex procent av samtliga svarande i HINK-undersökningen "Ja helt" och nio procent "Ja delvis" på

den frågan. Andelen svar för "Ja helt" eller "Ja delvis" är högst för åldersgruppen 20–29 år, där andelarna är 12 respektive 14 procent. För åldersgruppen 75 år och däröver är andelarna tre respektive fem procent. Högsta andelen "Ja helt"-svar återfinns i grupperna ensamstående kvinnor med barn, utrikes födda som vistats 5–9 år i Sverige och arbetslösa, där omkring 20 procent avstått från tandvård av ekonomiska skäl.

Bagewitz och medarbetare har nyligen genomfört en enkätundersökning avseende tandhälsa och sociala faktorer hos 50–75-åringar i region Skåne, *Social equality and dental conditions – a study of an adult population in Southern Sweden*. Statistiskt säkerställda skillnader i tandhälsa och protesförekomst fanns för ålder och utbildning. Att ha egna tänder och/eller fasta protetiska ersättningar och möjlighet att få regelbunden tandvård var mycket viktigt för majoriteten av de svarande. Också kostnaden för tandvård var mycket viktig för 52 procent, företrädesvis gällde detta för män, lågutbildade och för dem med avtagbar protes. Nio procent av de svarande upplevde ett behov av tandvård som de ej kunde få tillgodosett på grund av kostnaden och 18 procent hade en eller flera gånger avstått från tandvård av kostnadsskäl. De med avtagbara konstruktioner och lågutbildade dominerar här.

Av föreliggande studier framgår att bland påverkansfaktorer för att av kostnadsskäl avstå från behandling är inkomsten en tydlig sådan. Åldern är en annan påverkansfaktor.

Beträffande utgifter för tandvård framgår av HINK 1999 att av de intervjuade har 35 procent uppgett en utgift på högst 500 kronor. En utgift på mellan 500 och 1 000 kronor har 27 uppgett medan 36 procent har utgifter överstigande 1 000 kronor. Inga påtagliga skillnader mellan könen finns avseende tandvårdsutgifter. Däremot finns skillnader mellan de olika åldersgrupperna. Utgifter på högst 500 kronor anger 50 procent av 20–29-åringarna att de har medan andelen med tandvårdsutgifter på högst 500 kronor sjunker till 28 procent för åldersgruppen 75 år och däröver. Utgift för tandvård överstigande 5 000 kronor har sex procent av de tillfrågade. Andelen svarande med de högsta tandvårdsutgifterna stiger med ökande ålder. I åldersgruppen 75 år hade tio procent kostnader överstigande 5 000 kronor medan motsvarande andel i åldrarna 20–29 år var knappt två procent. Cirka två procent har uppgett att de inte haft någon utgift för tandvård under 1999. Högsta andelen återfinns bland 20–29-åringar, där nästan fem procent svarar att de ej haft utgifter för tandvård.



### Tandvården i fyra län

En annan undersökning som belyser tandhälsa, tandvårdsbesök, tandvårdskostnader och betalningsvillighet för tandvård är den intervjuundersökning som Socialstyrelsen gett SCB i uppdrag att genomföra i Stockholms, Hallands, Norrbottens och Kalmar län. Den första undersökningen genomfördes år 1997, dvs. innan det nya tandvårdsstödet trädde i kraft. Studien återupprepades år 1999 med användande av samma frågor till lika stor population med samma åldersfördelning, 2 000 individer i åldrarna 20–65 år, som år 1997. Någon större skillnad i besöksfrekvens mellan åren 1997 och 1999 kunde inte utläsas från denna undersökning. 70 respektive 68 procent uppgav att de besökt tandläkare för mindre än ett år sedan. Tandläkarbesök för mer än två år sedan uppgavs av 11 respektive 12 procent de båda åren. Resultatet redovisas i följande tabell.

*Fördelning av de svarande efter senaste besöket hos tandläkare med fördelning efter ålder. Uppgifter från 1999 års studie. Procent.*

	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-65 år
För < 1 år sedan	52	63	67	78	83
För 1-2 år sedan	28	24	22	14	8
För > 2 år sedan	19	13	10	8	8
Aldrig varit hos tand- läkare som vuxen	1	0	0	0	0
Vet ej/ ej svar	1	0	0	0	0

Det framgår av tabellen att tandläkarbesök för mindre än ett år sedan förekommer mera sällan i den lägsta åldersgruppen jämfört med de högre åldersgrupperna. Om besöksfrekvensen under en tvåårsperiod studeras blir skillnaderna något mindre men åldersgruppen 20–29 år får en lägre besöksfrekvens, 80 procent, jämfört med de övriga åldersgrupperna som har besöksfrekvenser mellan 87 och 92 procent.

De som varit arbetslösa under senaste året uppgav en lägre besöksfrekvens hos tandläkare än de som varit anställda på del- eller heltid. Hos personer som uppburit socialbidrag under det senaste året har också besöksfrekvensen hos tandläkare varit lägre jämfört med dem som ej haft socialbidrag. Besök hos tandläkare

ökar i frekvens med stigande hushållsinkomst. Andelen med utgift för tandvård som överstiger 1 000 kronor var 35 procent enligt 1997 års studie och 44 procent enligt 1999 års studie. Egenutgifterna för tandvård har således ökat mellan åren 1997 och 1999. Andelen svarande med mycket höga utgifter för tandvård, mer än 5 000 kronor, har ökat från fyra procent till 6–9 procent med den största andelen som har höga utgifter i Stockholms och Norrbottens län.

Svarsfrekvenserna på frågorna "Jag har inte råd att få den tandvård jag själv tycker att jag behöver" respektive "Jag har inte råd att få den tandvård tandläkaren tycker att jag behöver" redovisas i följande tabell.

*Svarsfrekvenser år 1997 respektive år 1999 på frågorna "Jag har inte råd att få den tandvård jag själv tycker att jag behöver" (egen bedömning) och "Jag har inte råd att få den tandvård som tandläkaren tycker att jag behöver" (tandläkarens bedömning). Procent.*

	Egen bedömning		Tandläkarens bedömning	
	1997	1999	1997	1999
Stämmer	23	24	17	18
Stämmer ej	75	74	76	75
Vet ej	2	1	6	6

Några större förändringar i svaren på dessa två frågor kunde inte noteras mellan åren 1997 och 1999. Detta innebär att cirka 24 procent anser att de inte har råd med den tandvård de tycker sig behöva. Ungefär 18 procent anser att de inte har råd med den tandvård som tandläkaren föreslår.

### 3.4 Tandvårdsförsäkringens effekt på tandhälsa och tandvårdsefterfrågan

Det är svårt att se tydliga samband mellan tandvårdsförsäkringen och den förbättrade tandhälsan. Man skulle kunna uttrycka det så att det övergripande politiska beslut om införandet av tandvårdsförsäkring som togs i riksdagen efter förslag från 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring (SOU 1972:81) har haft en genomgripande betydelse för att många medelålders svenskar kunnat få omfattande och dyrbara restaureringar av tänderna till överkomliga

kostnader. Med största sannolikhet har också tandvårdsförsäringen bidragit till att alltfler äldre kunnat behålla de egna tänderna. Tandvårdsförsäkringen har även möjliggjort en tandvård med hög teknisk standard.

Samtidigt måste man vara medveten om att också andra faktorer starkt bidragit till ett förbättrat tandtillstånd hos befolkningen. Introduktionen av fluortandkräm och samhällstrenden med ett ökat hälsomedvetande är naturligtvis svåra att utvärdera men kan heller inte bortses från som faktorer som haft stor betydelse för tandhälsan och för att befolkningen så regelbundet besöker tandvården. Folktandvårdens utbyggnad i glesbygd har medfört en jämnare fördelning av tillgången till tandvård, vilken också åter speglas i en mera utjämnad fördelning av tandhälsan. Även beslutet i riksdagen efter förslag från 1970 års tandvårdsutredning (SOU 1972:81) om att förlänga den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården från 16 år till och med det år då man fyller 19 år har med stor sannolikhet påverkat tandhälsoutvecklingen i en positiv riktning.

Det finns inte någon svensk forskning som kan ge svar på frågan om tandvårdsförsäkringen haft någon betydelse för tandhälsa och tandvårdsefterfrågan. I rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* (Ds 1997:16), gör professorn i samhällsodontologi vid Universitetet i Oslo, Dorthe Holst, en jämförelse mellan Norge och Sverige när det gäller tandhälsa och efterfrågan på tandvård. I Norge har man inte som i Sverige haft en allmän tandvårdsförsäkring. Holst konstaterar att det inte tycks vara någon stor skillnad i tandhälsa mellan de båda länderna, uttryckt i så grova mått som tandlöshet och antal kvarvarande tänder. Inte heller när det gäller besök hos tandvården tycks det finnas några stora skillnader mellan länderna. Av den vuxna norska befolkningen uppgav 75 procent att de besökt tandvården under det senaste året.

Dorthe Holst hänvisar också till en norsk undersökning som visar vilka samband som finns mellan den totala konsumtionen och utgifterna för tandvård. Undersökningen pekar på förklaringsfaktorer till dessa samband såsom antal tänder, ålder, familjestorlek, kön, restid till tandläkaren och hushållens inkomster. Äldre personer har högre utgifter för tandvård, vilket har sin naturliga förklaring i att reparationsbehovet ökar med stigande ålder. När man väl gått till tandläkaren syns inte hushållens inkomst ha någon betydelse för hur mycket pengar man lägger ut på tandvård.

Holst konstaterar också att inkomstskillnaderna mellan hushållen varit relativt små i Norge jämfört med andra västländer. Hon anser att från en välfärdsteoretisk synpunkt är resultatet av undersökningarna över tandvårdskonsumtionen uppmuntrande. En politik med huvudvikten lagd på att utjämna inkomstskillnaderna i befolkningen kan vara en viktig orsak till att sambandet mellan inkomster och efterfrågan och konsumtion av tandvård är så svaga.

När det gäller svensk tandvård anser Holst att det finns grund att anta att tandvårdsförsäkringen har gett tandvårdspersonalen anledning att erbjuda patienterna en reparativ tandvård med en hög teknisk standard och att befolkningen också satt värde på behandlingen. Emellertid konstaterar hon att den fråga som återstår att besvara är huruvida samhällets kostnader för tandvårdsförsäkringen svarar mot nyttan av de uppnådda hälsoreultatet.

Det är välkänt att förändringar av samhällets stödsystem av olika anledningar kan få individer att förändra sitt beteende. Det är möjligt att den förändrade inriktningen av tandvårdsstödet fr.o.m. den 1 januari 1999 påverkat beteendet med avseende på hur ofta man besöker tandläkare och vilka kostnader man väljer. Dock är det inte entydigt att de förändrade villkoren orsakat den minskade efterfrågan på tandvård som rapporteras i många studier. Som tidigare nämnts kan ett genomslag av att tandläkarbesök numera görs med individrelaterade intervall, dvs. att individens tandhälsa och behov av tandvårdande insatser är avgörande för hur ofta man besöker tandvården, mycket väl vara det som återspeglas i den minskande besöksfrekvensen. Man kan naturligtvis heller inte bortse ifrån att det finns en risk att särskilt utsatta grupper avstår från vård på grund av avgiftens storlek. Vad de avstår från och vilka konsekvenser det får för deras hälsa på kort och lång sikt kan inte avgöras utan mera djupgående analyser.

Den något minskade efterfrågan på tandvård som redovisas i ett flertal studier pekar på att de som har sämre ekonomi avstår oftare. Enligt 1999 års undersökning om hushållens inkomster, HINK, uppgav närmare 15 procent, motsvarande en miljon personer, att de avstått helt eller delvis från tandvård på grund av utgiften. Till de särskilt utsatta hör ensamstående kvinnor med barn, utrikes födda som vistats 5–9 år i Sverige, socialbidragstagare, studerande med barn, arbetslösa, låginkomsttagare, personer med sjukbidrag och familjer som har barn med vårdbidrag.

### 3.5 Prisförändringar och tandvårdskonsumtion i Sverige och andra länder

Det finns ett flertal studier från de nordiska länderna, övriga Europa och från USA som behandlar sambandet mellan patientavgifter och tandvårdsefterfrågan. Av studierna behandlar flera effekterna av genomförda förändringar i tandvårdstaxorna i respektive länder.

Även om patientavgifterna har betydelse för efterfrågan på tandvård kan man dock anta att avgifternas storlek har olika betydelse för olika grupper i befolkningen. Det är därför angeläget att ur fördelningspolitiskt perspektiv analysera hur avgifterna påverkar olika befolkningsgrupper.

Socialstyrelsen har belyst patientavgifter och vårdefterfrågan i en rapport (SoS-rapport 2000:8). Rapporten tar upp sambandet mellan patientavgifter och läkarbesök, sambandet mellan egenavgifter och läkemedelskonsumtion samt prisförändringarnas inverkan på tandvårdsbesök och tandvårdskonsumtion.

Antal besök är ett lätt tillgängligt mått på tandvårdsefterfrågan men ger en starkt schematisk bild av vårdkonsumtionen utan att ta hänsyn till vilka insatser som gjorts vid besöken. Konsumtionen av tandvård ger ett mått på omfattningen av tandvård. Men konsumtionen bestäms inte enbart av patientens egna preferenser. Den professionella gruppen har inom tandvård liksom inom övrig hälso- och sjukvård ett stort inflytande på patientens val av åtgärder.

Vad gäller sambandet mellan faktiska prisförändringar och förändringar i antalet besök inom tandvården pekar nordiska studier på ett svagt eller negativt samband. I en studie från Norge över effekterna av subventionerad tandvård för ungdomar 19–20 år konstaterar Grytten och medarbetare att ett effektivt återkallnings-system torde vara effektivare än subventionering av individens kostnader för tandvård.

Studier från England av Yule och medarbetare tyder på att produktionen av tandvård minskat efter det att kostnaderna för patienterna för dyra behandlingar ökat. I två studier från USA visar Manning och medarbetare att personer med fri tandvård efterfrågade och konsumerade betydligt mer tandvård jämfört med dem som fick betala hela kostnaden själv. Exempelvis var tandvårdskostnaden 46 procent högre för dem som hade fri tandvård än för dem som betalade 95 procent av sin tandvård själva.

Socialstyrelsen har i en rapport år 1998 redovisat bl.a. kostnader och betalningsvillighet inom vissa landsting, *Rapport från en enkätundersökning om besöksfrekvens, attityder, kostnader och betalningsvillighet avseende tandvård inom vissa landsting*. Det föreligger tydliga skillnader i priskänslighet för olika behandlingar mellan olika inkomstgrupper. Medan 78 procent av alla tillfrågade var beredda att för en årlig undersökning betala 350 kronor, vilket var det undersökningspris enligt tandvårdstaxan som gällde vid studiens genomförande, var endast 66 procent av låginkomsttagarna beredda att betala så mycket. På frågan huruvida man var beredd att betala 6 500 kronor för en brygga svarade 56 procent av samtliga tillfrågade ja. Fördelat efter hushållsinkomst svarade 68 procent nej i gruppen med den lägsta hushållsinkomsten jämfört med 46 procent i den högsta inkomstgruppen. 54 procent av höginkomsttagarna var alltså beredda att betala 6 500 kronor för en brygga medan endast 32 procent av låginkomsttagarna var beredda att göra samma uppoffring.

Av denna studie liksom av ytterligare svenska, brittiska och amerikanska studier förefaller det vara helt klart att patientavgifterna får fördelningspolitiska konsekvenser och att individer med de lägsta inkomsterna uppvisar störst priskänslighet. Undersökningarna pekar i övervägande fall på att det finns ett tydligt samband mellan pris och efterfrågan. Trots att tandvården brukar betraktas som mindre känslig för prisvariationer än allmänna konsumtionsvaror så är den sannolikt något mer priskänslig än övrig hälso- och sjukvård. Det beror med stor sannolikhet på att tandvård är ett område där det finns ett större utrymme än inom övriga områden för att anpassa eller skjuta upp vårdkonsumtion.

I beräkningar av priskänsligheten avseende tandvård brukar man ange att den ligger inom intervallet  $-0,2$  till  $-0,5$ . Det betyder att en prishöjning med 25 procent leder till en minskning av efterfrågan på tandvård i storleksordningen 5–10 procent. Priskänsligheten inom tandvården varierar också i relation till olika slags vårdinsatser. När det gäller akutvård är priskänsligheten låg medan den blir tydlig för reparativ tandvård och betydande för förebyggande tandvård. Liknande priskänslighet noteras också för läkarbesök och läkemedel.

Det finns en uppenbar risk att avgifter leder till att människor avstår från vård. Detta framgår av 1999 års undersökning om hushållens inkomster, HINK. Drygt tre procent av den vuxna befolkningen avstod helt eller delvis från sjukvård på grund av

avgiftens storlek. Närmare fyra procent angav att de av samma skäl avstått från att hämta ut läkemedel utskrivna av läkare eller sjuksköterska medan hela 15 procent, motsvarande en miljon personer, uppgav att de avstått helt eller delvis från tandvård på grund av utgiften. Eftersom det huvudsakligen är inkomstsvaga som avstår från vård och läkemedel finns det därför skäl att särskilt uppmärksamma riskerna för utsatta grupper vid förändringar i avgiftssystemen. Även om avgiftshöjningarna inte är särskilt stora kan de ha kännbara effekter i de lägre inkomstskikten.

## 4 Mål och principer

Statens ekonomiska stöd till vuxnas tandvård bör syfta till ett förbättrat tandtillstånd hos befolkningen så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och därigenom också kostnaderna såväl för den enskilde som för samhället. Därutöver bör stödet inriktas på att minska kostnaderna för den enskilde för sådan tandvård som bidrar till att kunna äta, tugga och tala obehindrat samt bibehålla ett utseende utan synliga, estetiskt störande tandluckor. Förbättringar i stödet för tandvård bör inriktas på grupper av personer med särskilda och omfattande tandvårdsbehov.

### 4.1 Bakgrund

Det statliga ekonomiska stödet till tandvård åt vuxna är inget självändamål utan är ett av flera ekonomiska medel för att uppnå det övergripande målet för tandvården. Detta mål är uttryckt i tandvårdslagen (1985:125) på följande sätt: *Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. I begreppet lika villkor ligger enligt förarbetena till lagen att t.ex. den enskilde inte av ekonomiska, politiska, religiösa, kulturella eller andra skäl får hindras från att erhålla tandvård. Det innebär bl.a. att den som har det största behovet av tandvård skall ges företräde och att människor som behöver vård inte skall behöva avstå av ekonomiska skäl.*

I proposition 1984/85:79 med förslag till tandvårdslag m.m. sägs att det ligger i sakens natur att ett mål inte beskriver dagsituationen utan ett önskvärt framtida tillstånd. Vägen till målet anges inte i propositionen, vilket innebär att det inte framgår vare sig vilken organisation som skall väljas eller vilka resurser som måste satsas för att målet skall nås. Vid dessa bedömningar får man



beakta de olika förhållanden som kan råda beträffande ekonomiska förutsättningar, skiftande förhållanden inom landet eller vid olika tidpunkter. Föreskrifterna i lagen är dock ämnade att leda utvecklingen mot det uppsatta målet.

Regeringens proposition om reformerat tandvårdsstöd (prop. 1997/98:112), i sin helhet antagen av riksdagen, medförde omfattande tillägg till tandvårdslagen. Det var enligt förslagen i nämnda proposition som vissa delar av det statliga stödet till de vuxnas tandvård överfördes till landstingens ansvar. Allt detta föreskrivs i lag (1998:554) om ändring i tandvårdslagen.

Intentionen med det nya tandvårdsstödet är att i möjligaste mån ge stöd till alla vuxna för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården, bastandvården. Syftet är i första hand att ge ekonomiskt stöd för att förhindra framtida större tandvårdsbehov framför att ge stöd till behandling av redan uppkomna skador. Denna prioritering har gjorts för att tandvårdsbehovet på sikt skall minska och därmed även kostnaderna för den enskilde och för samhället.

Sedan den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 har den reviderats ett flertal gånger. Revideringarna resulterade i att allt färre kom i åtnjutande av tandvårdsersättning. Inom det nya tandvårdsstödet gick 81 procent av försäkringsutgifterna till bastandvård och 19 procent till det särskilda högkostnadsskyddet för protetik och tandreglering under år 1999. Att tre fjärdedelar av tandvårdspatienterna erhåller ersättning från den nya försäkringen mot endast en femtedel under år 1998 överensstämmer också med intentionerna för det reformerade tandvårdsstödet.

I tabellen nedan redovisas data från en specialbearbetning av SCB:s undersökning av hushållens inkomster (HINK-undersökningen) från år 1999.

*Svar på frågan: Var du hos tandläkare någon gång under 1999?  
Procent.*

Åldersgrupp	Ja	Nej
20-29 år	60	40
30-54 år	75	25
55-64 år	82	18
65-74 år	75	25
75 år och däröver	59	41

*Källa:* Specialbearbetning av SCB:s HINK-undersökning 1999

De lägsta besöksfrekvenserna vad gäller tandvård återfinns i åldersgruppen 20–29 år och i åldersgruppen 75 år och däröver, där 60 respektive 59 procent uppger att de besökt tandläkare under året. För åldrarna mellan 30 och 75 år var den genomsnittliga besöksfrekvensen drygt 77 procent. 20–29-åringarna är också den grupp som har den högsta frekvensen jakande svar på frågan om man helt eller delvis på grund av utgiftens storlek för tandvård avstått från sådan. En låg besöksfrekvens finns också hos dem med en låg inkomststandard. Bland personer med en inkomst understigande socialbidragsnormen och arbetslösa, uppger 59 procent att de besökt tandläkare under år 1999 medan bland personer som uppburit socialbidrag under 1–9 månader uppger endast hälften att de besökt tandläkare under det senaste året. Andelen personer som har höga utgifter för tandvård, överstigande 5 000 kronor, stiger med ökande ålder. I åldersgruppen 75 år och däröver hade tio procent utgifter överstigande den summan.

I flera av de redovisade undersökningarna framgår att många under det senaste året uppgett att de varit tvungna att avstå från tandvård av ekonomiska skäl trots att de haft besvär från tänderna. ULF-undersökningen från år 1996–97 visar att den högsta andelen besvär från tänderna återfinns i gruppen 25–44 år. Det är också i den åldersgruppen den högsta andelen finns som uppgett att de inte åtgärdat besvären och i den gruppen finns också den högsta andelen som uppgett att orsaken till att man inte åtgärdat dessa är att man inte har råd. Andra grupper som uppgett ekonomiska barriärer som orsak till att man fått avstå från tandvård är förtidspensionärer och långtidsarbetslösa samt personer som ligger i den lägsta tredjedelen vad gäller inkomster. Enligt 1999 års HINK-undersökning uppgav ungefär 15 procent av de tillfrågade, motsvarande cirka en miljon av hela befolkningen, att de avstått från tandvård på grund av utgiften.

Enligt Riksförsäkringsverkets enkätundersökningar, om man räknar upp resultaten till att gälla hela befolkningen, fanns det i Sverige under 1999 omkring en halv miljon vuxna i åldrarna 20 år och däröver som avstod från att söka behandling för problem med sina tänder på grund av att de inte sade sig ha råd. Exakt vilka behandlingar människor avstår från ger inte undersökningen underlag att avgöra men RFV:s tolkning är att det rimligen gäller protetiska behandlingar som till sin natur är dyra.

I många lagar inom det socialpolitiska området, t.ex. socialtjänstlagen (1980:620), lagen om stöd och service till vissa funktions-

hindrade, LSS (1993:387), hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125) betonas helhetssynen. Kommunerna, landstingen och staten måste således samverka för att nå de mål som satts upp inom olika verksamhetsområden. Tandvårdsstödet ensamt kan inte lösa alla ekonomiska problem inom tandvårdsområdet.

Reformeringen av socialtjänstlagen år 1998 medförde att enbart akut tandvård numera ingår i försörjningsstödet. Av de uppföljningar som Socialstyrelsen och länsstyrelserna har gjort framgår att det framför allt är bistånd till tandvård som har reducerats sedan förändringen. Socialtjänstutredningen har i sitt betänkande, *Socialtjänst i utveckling* (SOU 1999:97), uttalat sig positivt om en återgång till vad som gällde före den 1 januari 1998, dvs. att den som inte själv kan tillgodose sina behov eller få dem tillgodosedda på annat sätt skall ha rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning eller sin livsföring i övrigt. Bland de poster som ingår i begreppet livsföring i övrigt återfinns tandvård. Regeringen beslutade nyligen om en proposition, *Förändringar av socialtjänstlagen* (prop. 2000/01:80), som i huvudsak följer utredningens förslag.

Utredningen är medveten om att det inte finns några undersökningar som klart visar vilka tandhälsoeffekter och därmed vilken inverkan på folkhälsan en tandvårdsförsäkring kan ha. Som redovisats i föregående kapitel är erfarenheterna från Sverige och andra länder delvis motsägelsefulla. Förhållandena i Sverige måste dock bedömas mot den bakgrunden att det sedan år 1974 har funnits en tandvårdsförsäkring, som från början gav ett omfattande stöd till all tandvård åt alla medborgare. De försämrade villkoren för tandvårdsförsäkringen, som en ekonomisk hjälp vid höga kostnader, har ofta påtalats i den allmänna debatten och det finns en spridd uppfattning att tandvård i Sverige är dyr för den enskilde. Utredningen anser därför att det finns fog för ett antagande att utformningen av tandvårdsförsäkringen påverkar efterfrågan på tandvård. Detta kan på sikt ha betydelse för tandtillståndet hos landets befolkning.

Utredningen har nu, när utgiftsramen för tandvårdsstödet utökats, getts möjlighet att föreslå förbättringar av det statliga stödet till de vuxnas tandvård. Enligt utredningens uppfattning bör statens ekonomiska stöd till vuxnas tandvård också fortsättningsvis ha inriktningen att bidra till ett förbättrat tandtillstånd så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och därigenom också kostnaderna

för såväl den enskilde som för samhället. Därutöver bör stödet inriktas på att minska kostnaderna för den enskilde för sådan tandvård som bidrar till att kunna äta, tugga och tala obehindrat samt bibehålla ett utseende utan synliga, estetiskt störande tandluckor. Personer med smärta och funktionsstörningar i käkssystemet bör enligt utredningens mening ha samma möjlighet att inom bastandvårdens ram erhålla behandling för sina besvär som personer som drabbas av smärta t.ex. till följd av inflammation eller infektion i en tand.

Med de angivna syftena bör stödet för tandvård även fortsättningsvis inriktas på grupper av personer med särskilda och omfattande tandvårdsbehov. Stödet bör inte inrikta sig på enskilda individer vilkas ekonomiska situation är sådan att de behöver stöd för den dagliga livsföringen och därigenom inte har utrymme för kostnader för tandvård.

De som enligt utredningens mening har det största behovet av ett ökat ekonomiskt stöd för att öka efterfrågan på tandvård är ungdomar i åldrarna 20–29 år och personer som är 75 år och äldre. I direktiven till utredningen anges att ett förbättrat skydd mot höga behandlingskostnader i första hand skall inriktas på de äldre. Utredningen avser att i sitt huvudbetänkande återkomma till de yngres behov av ökat ekonomiskt stöd.

Nedan redovisas ett principförslag till prioriteringar av stöd för den framtida tandvården bl. a. för äldre. I nästa kapitel lämnas förslag till utformning av de olika stöden.

#### **4.2 Samma regler för tandvårdsersättning för partiella proteser som för hela proteser**

Enligt förslag i budgetpropositionen för år 2001 tidigare lades förbättringarna i tandvårdsstödet genom att 100 miljoner kronor av de medel som avsatts för år 2002 tillfördes stödet redan år 2001. Inriktningen var att fr.o.m. den 1 januari 2001 förbättra stödet vid behandling med hel protes. Hel protes utförs på käkar som är helt tandlösa. Den summa som anslogs var 100 miljoner kronor.

I många av de kliniska undersökningar som genomförts under senare år framgår att avtagbara proteser ofta är gamla, äldre än fem år. Behovet av omfattande justeringar är stort liksom behovet av omgörning. Detta gäller inte enbart för hela proteser utan också i lika hög utsträckning för partiella proteser. Partiella proteser utförs

på käkar med kvarvarande tänder. En partiell protes kräver utan undantag regelbunden uppföljning. En dåligt passande partiell protes kan orsaka stor skada på stödtänderna.

Eftersom borttagandet av karensbeloppet den 1 januari 2001 vid behandling med hel protes innebär en stor kostnadsminskning för patienten är det rimligt att också behandling med partiell protes omfattas av samma förmån. Mot bakgrund av att förbättringarna av stödet skall tillgodose de basala funktionerna att kunna äta, tugga och tala obehindrat samt att inte behöva ha synliga, estetiskt störande tandluckor, är det viktigt att inte riskera att åstadkomma en vårdstyrning genom att enbart rikta stödet till behandling med hela proteser. Om kostnadsskillnaden mellan de båda typerna av avtagbara protetiska ersättningar är stor finns en risk att patienter av ekonomiska skäl väljer att ta bort kvarvarande tänder. I underkäken i synnerhet fungerar en partiell protes med stöd av kvarvarande tänder oftast bättre än en hel protes.

Utredningen föreslår att karensbeloppet om 3 500 kronor avskaffas även för partiella proteser. Denna förmån riktas inte mot en viss åldersgrupp utan utgår som ett generellt stöd. Åldersbaserad åtgärdsstatistik från Riksförsäkringsverket visar att stödet för såväl hela proteser som för partiella proteser ändå företrädesvis kommer personer som är 60 år och äldre till del.

#### 4.3 Ökat stöd för bastandvård åt äldre

Utredningen anser att den största faran för befolkningens tandhälsa på lång sikt ligger i att efterfrågan på regelbunden tandvård under senare år tycks ha minskat. I kapitlet *Aktuella frågor* beskrivs flera studier som visar detta. Enligt SCB:s ULF-undersökning från åren 1996–98 har exempelvis var tredje ålderspensionär och var tredje person i det lägsta inkomstskiktet inte besökt tandläkare de senaste två åren.

Som tidigare nämnts anser utredningen att i valet mellan att ge ekonomiskt stöd för att åtgärda redan uppkomna skador hos en liten del av befolkningen och att ge stöd för att förhindra uppkomsten av skador i framtiden hos hela befolkningen, bör det senare alternativet sättas främst. På detta sätt underlättas möjligheterna att få regelbunden vanlig tandvård, s.k. bastandvård, och därigenom förbättras också möjligheten att bibehålla tandtillståndet.

Tandvårdsreformen för boende på sjukhem m.m. har medfört en stor förbättring för denna grupp. Ett problem anses nu vara att tandhälsan kraftigt försämras ären innan omvårdnadsbehovet blir så stort att särskilt boende på sjukhem m.m. blir aktuellt. Besöken hos tandvården blir allt glesare i takt med att allmänsjukdomarna ökar och initiativförmågan minskar. Också belastningen av mediciner ökar. Sjuttio procent av alla över 70 år beräknas använda åtminstone ett läkemedel regelbundet. Vanliga läkemedel är sådana som används vid cirkulationssvikt, mot smärta och reumatiska besvär samt psykofarmaka, som alla kan minska salivflödet. Vid minskad saliv ökar risken för karies. Vid högre ålder ökar dessutom läkemedlens biverkningar och samverkan mellan olika läkemedel på grund av fysiologiska förändringar i kroppen.

Många betandade äldre saknar idag en kontinuerlig kontakt med tandvården varför risken är mycket stor att man kommer så sent till behandling att skadorna inte går att åtgärda. Som tidigare nämnts är ökad ålder ofta förknippad med försämrad medvetenhet och ökad användning av läkemedel. Dessa faktorer kan tillsammans med en minskad rörelseförmåga påverka möjligheterna att upprätthålla en god munhygien, vilket ökar riskerna för karies och parodontit.

För att stimulera de äldre att hålla en regelbunden kontakt med tandvården i syfte att kunna gå in i en ålderdom med ett bibehållet gott tandstatus föreslår utredningen att alla som är 75 år och äldre erhåller behandling inom bastandvården med tandvårdsersättning med dubbelt grundbelopp för alla åtgärder inklusive undersökning. De som saknar regelbunden kontakt med tandvården bör vid tandvårdsbesök erbjudas att bli kallade åter med intervall utgående från de individuella behov av tandvårdande åtgärder som finns. Särskild uppmärksamhet bör ägnas behovet av förebyggande vård. Avsikten är att detta skall bidra till att regelbunden tandvård efterfrågas i högre utsträckning än idag bland de äldre.

#### **4.4 Högkostnadsskydd för äldre för kronor, broar och implantat**

Utredningen anser som nämnts att det ekonomiska stödet till tandvård också fortsättningsvis skall ha en tandhälsoinriktning. Dock får detta inte äventyra att dagens äldre, som av många skäl har ett sämre utgångsläge för att bibehålla en god tandhälsa, skall

kunna få ett bättre skydd mot höga behandlingskostnader för att låta utföra den vård som erfordras. Tandförluster är ofta en följd av antingen en tandlossningssjukdom, som inte kunnat hejdas, eller av brist på resurser under tidigare år. Resursbristen kan ha bestått i att det inte fanns tillräckligt med tandläkare att tillgå för att kunna utföra den vård som behövdes för att tänderna skulle kunna behållas. Resursbristen kan också ha varit ekonomisk.

Den 25 maj 1938 tog riksdagen beslut om inrättande av folktandvård. Från beslutet fram till dess att folktandvården var fullt utbyggd dröjde det dock närmare fyrtio år. Det innebär att dagens äldre av många skäl har haft ett sämre utgångsläge än dagens unga vuxna och medelålders har för att behålla en god tandhälsa. Exempel på sådana skäl är:

- det fanns ingen organiserad skoltandvård
- det rådde brist på tandläkarresurser
- det var kostsamt med tandvård, framför allt reparativ vård
- kunskaperna om orsaker till tandsjukdomar var dåliga
- det utfördes inga förebyggande åtgärder
- tandlöshet var ett förväntat åldersfenomen och det var vanligt att ha protes.

Den allmänna tandvårdsförsäkringen, som infördes år 1974, subventionerade en stor del av patientens behandlingskostnad. Framför allt blev det då ekonomiskt möjligt för de allra flesta att i stället för att ersätta förlorade eller kraftigt skadade tänder med avtagbara protetiska ersättningar, få fastsittande kronor och broar. Många medelålders svenskar kom på detta sätt att få omfattande och dyrbara restaurerande åtgärder utförda och alltfler kunde behålla de egna tänderna.

Tandvårdsstödet nuvarande utformning gör att behandlingskostnaderna för patienterna kan bli mycket höga. Boende på sjukhem m.m. med omfattande omsorgsbehov erhåller uppsökande munhälsobedömning avgiftsfritt och nödvändig tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. För friskare äldre med mindre behov av omsorg och service har tandvården däremot, med nuvarande utformning av tandvårdsstödet, generellt blivit dyrare. Bland dem som enligt redovisade studier hamnar i denna situation finns bl.a. många äldre med behov av omfattande protetiska åtgärder. I vissa fall blir behandlingskostnaderna mycket höga, främst när behandling med implantat behövs. Undersökningarna pekar också på att tandvårdsutgifterna stiger

med ökande ålder och att det är i åldersgruppen 75 år och äldre som den största andelen med tandvårdskostnader överstigande 5 000 kronor finns. Det är också i denna åldersgrupp man återfinner de lägsta besöksfrekvenserna.

Det är mot denna bakgrund utredningen föreslår att ett tak för höga behandlingskostnader skall införas för åldersgruppen 75 år och äldre vid behandling med kronor, broar och implantat. Kostnaden för kronor, broar och implantat, exklusive kostnaden för material, skall under en behandlingsperiod högst uppgå till 7 000 kronor.

#### 4.5 Bettskena blir bastandvård

Bettskenor görs i smärtlindrande syfte och inte som protetisk ersättning för förlorade tänder. Bettskenorna kom vid ändringen av tandvårdsförsäkringen den 1 januari 1999 av misstag att bibehålla placeringen inom tandvårdstaxans avdelning B Protetik och tandreglering i stället för inom avdelning A Bastandvård. Inom avdelning B tillämpas karensbelopp på 3 500 kronor innan tandvårdsersättning betalas ut. Personer med smärta och funktionsstörning i käksystemet bör ha samma möjlighet att få sina besvär åtgärdade inom ramen för bastandvård som personer som har ett smärttillstånd på grund av inflammation eller infektion i t.ex. en tand. Utredningen föreslår därför att åtgärden flyttas till tandvårdstaxans avdelning A Bastandvård.



## 5 Förslag till förbättringar samt former för stödet

I det föregående kapitlet har utredningen redovisat ett principförslag till prioriteringar av stöd för den framtida tandvården i första hand för äldre. I detta kapitel lämnas förslag till utformning av de olika stöden inom den ram på 500 miljoner kronor som avsatts för förbättringar inom tandvårdsområdet under åren 2001–2003 och därefter.

### 5.1 Samma regler för tandvårdsersättning för partiella proteser som för hela proteser

**Utredningen föreslår att** karensbeloppet på 3 500 kronor tas bort vid behandling med partiell protes, att behandling med avtagbara proteser förs från avdelning B Protetik och tandreglering i tandvårdstaxan till avdelning A Bastandvård samt att samma ersättningsbelopp skall gälla för alla åldrar.

Utgångspunkten för det nuvarande tandvårdsstödet inom tandvårdsförsäkringen är att ett stöd skall lämnas till alla medborgare för den bastandvård som är nödvändig för att uppnå och behålla en god tandhälsa och för att förhindra att större skador uppkommer i framtiden. De åtgärder som för alla vuxna ingår i den stödberättigade bastandvården är de åtgärder som återfinns i förordning om tandvårdstaxa (1998:1337) bilaga, avdelning A Bastandvård. Åtgärder för att restaurera ett bett med protetiska konstruktioner ingår inte i bastandvården.

För en person som är tandlös torde det mest basala vad gäller tandvårdande åtgärder vara att återställa tuggförmågan. Utredningen har angivit att stödet bl.a. bör inriktas på att minska kostnaderna för den enskilde för sådan tandvård som bidrar till att

en person skall kunna äta, tugga och tala obehindrat samt bibehålla ett utseende utan synliga, estetiskt störande tandluckor.

När karensbeloppet för behandling med hel protes (åtgärd 75 i tandvårdstaxan) och rebasering och/eller komplicerad lagning av protes (åtgärd 76) avskaffades den 1 januari 2001 innebar det en väsentlig reduktion av kostnaderna för den enskilde. Förändringen innebär också att dessa åtgärder i princip vad gäller tandvårdsersättning likställs med bastandvård.

Utredningen anser att också personer i behov av partiella proteser bör få tillgång till samma förmån som den som införts för hela proteser. Utredningen föreslår därför att karensbeloppet avskaffas även vid behandling med partiella proteser. Utredningen föreslår dessutom att behandling med avtagbara proteser förs från avdelning B Protetik och tandreglering i tandvårdstaxan till avdelning A Bastandvård. På så sätt blir karensbeloppet avskaffat utan att särskild föreskrift om detta behövs i tandvårdstaxan. Inom bastandvården finns inget karensbelopp. Eftersom behandling med avtagbara proteser ofta syftar till att tillgodose grundläggande behov framstår det inte heller som främmande att placera dessa åtgärder inom bastandvården.

#### Nya åtgärder inom bastandvården

De åtgärder som för alla vuxna föreslås bli tillförda bastandvården är de åtgärder som idag återfinns inom åtgärdsgrupp 7 Behandling med avtagbar protes i tandvårdstaxan, bilaga avdelning B Protetik och tandreglering.

Beskrivning av åtgärderna:

Åtgärd 70: Prefabricerade tänder, per styck, material

Åtgärd 71: Partiell protes, enkel, för temporärt bruk, en till tre tänder

Åtgärd 72: Partiell protes, enkel, för temporärt bruk, fyra eller fler tänder

Åtgärd 73: Partiell protes med gjutet skelett, klammerförankrad

Åtgärd 74: Komplicerad partiell protes och alveolarbar-konstruktion eller protes med stöd av urtagskrona eller attachments

Åtgärd 75: Hel över- eller underkäksprotes, per käke

Åtgärd 76: Rebasering och/eller komplicerad lagning av protes

Åtgärd 78: Tillsättning av lossnad protestand

**Åtgärd 79: Attachments, per styck, material**

Förslag vad gäller åtgärd 77, Bettskena i hård akrylat, utförd på bettfysiologisk indikation, lämnas senare i betänkandet.

**Tandvårdsersättningens storlek**

Med hänsyn till den ekonomiska ram som står till förfogande föreslår utredningen att de tidigare fastställda grundbeloppen behålls vid överflyttning från avdelning B Protetik och tandreglering, till avdelning A Bastandvård i tandvårdstaxan. Grundbeloppen motsvarar 60 procent av arvoden i den tidigare gällande tandvårdstaxan (1973:638). Samma ersättningsbelopp kommer att gälla för alla, dvs. ingen förhöjd ersättning i form av dubbelt grundbelopp kommer att utgå.

Utredningens förslag exemplifieras i bilaga 3.

**Kostnader**

Från och med den 1 januari 2001 anslogs 100 miljoner kronor för att förbättra stödet vid behandling med hel protes. Utredningen har uppskattat att kostnaderna väsentligt kommer att understiga det avsatta beloppet efter år 2001. Som underlag för beräkningarna har främst använts material från Riksförsäkringsverket. Dessutom har också landets folktandvårdsorganisationer och Praktikertjänst AB bidragit med underlag.

Med tillgång till detta beräkningsunderlag bedömer utredningen att även den ökade försäkringskostnaden för partiella proteser ryms inom de anslagna medlen för hela proteser från och med år 2002. Redan år 2001 torde emellertid ett ekonomiskt utrymme finnas inom det årliga anslaget om 100 miljoner kronor.

## 5.2 Ökat stöd för bastandvård åt äldre

**Utredningen föreslår att** alla som är 75 år och äldre får tandvårdssättning med dubbelt grundbelopp för samtliga bastandvårdens åtgärder med undantag av de åtgärder som avser hel och partiell protes.

Utredningen har tidigare poängterat vikten av stöd till den vardagliga tandvården. I ett långsiktigt perspektiv torde en sådan satsning vara av betydelse inte bara för den enskilde rent kostnads- och tandhälsomässigt utan också för samhällsekonomin genom lägre kostnader för tandvården.

Ett av de problem som utredningen vill försöka lösa är att äldre personer av kostnadsskäl avstår från regelbundna besök hos tandvården. Det är väl omvittnat i studier över besöksfrekvens att denna är förhållandevis låg i åldersgrupperna från 75 år och däröver. Man kan förutsätta att det finns ett eftersatt vårdbehov, vilket i ett initialskede torde medföra att tandvårdskonsumtionen ökar. På längre sikt bör detta emellertid medföra att tandhälsan och vårdbehovet i denna åldersgrupp minskar och därmed vårdkonsumtionen. Av största betydelse är dock att patienter inte skall behöva komma så sent till behandling att skadorna hunnit bli irreparabla så att tänderna måste tas bort eller att omfattande reparationer med kronor, broar eller implantat behöver utföras.

Utredningen bedömer det vara av stor vikt att den vardagliga hälsobefrämjande tandvården inte åsidosätts. Förebyggande vård bör ha hög prioritet. Denna del av behandlingen bör till största delen kunna utföras av tandhygienister för att spara tandläkarresurser till den reparativa vården.

Utredningen föreslår därför att personer från och med det år då de fyller 75 år skall få tandvårdssättning med dubbelt grundbelopp för samtliga bastandvårdens åtgärder utom för avtagbar protetik, där endast ett grundbelopp finns enligt utredningens förslag. Storleken på detta grundbelopp motsvarar vad som gäller för dubbelt grundbelopp för övriga åtgärder inom bastandvården. Anledningen till att åldersgränsen 75 år väljs är dels att utgiftsramen är begränsad, dels att 75-årsåldern är en brytpunkt när det gäller de äldres ekonomi. Förmånen bör av administrativa skäl införas från och med det kalenderår en person fyller 75 år och inte från den 75:e födelsedagen. Vid en eventuell utökning av den

ekonomiska ramen anser utredningen det vara en högprioriterad fråga att sänka åldersgränsen för denna stödform.

### **Åtgärder som ingår i stödet för bastandvård med dubbelt grundbelopp för åldersgruppen 75 år och äldre**

De åtgärder som för åldersgruppen 75 år och äldre föreslås ingå i stödet är samtliga de åtgärder som finns inom tandvårdstaxans åtgärdsgrupper 1, 2, 3, 4 och 5 samt åtgärderna 91 och 93. Dessutom ingår de åtgärder som av utredningen i annat sammanhang föreslås bli överförda till bastandvården.

### **Tandvårdsersättningens storlek**

Förslaget innebär att tandvårdsersättning utgår med dubbelt grundbelopp för bastandvårdens åtgärder med undantag av de åtgärder som avser hel och partiell protes där enbart grundbelopp förekommer. Förslaget innefattar även ersättning för undersökning, som idag inte ersätts av försäkringen för andra än 20–29-åringar, med dubbelt grundbelopp. Ingen förhandsprövning behövs.

Utredningens förslag exemplifieras i bilaga 3.

### **Kostnader**

Som tidigare nämnts föreligger stora svårigheter att med närmare precision uttala sig om framtida kostnader eftersom utredningen bedömer att det initialt kommer att bli en efterfrågeökning på bastandvård. Med utgångspunkt från tillgängligt beräkningsunderlag från Riksförsäkringsverket samt landets folktandvårdsorganisationer och Praktikertjänst AB bedömer utredningen att merkostnaden för försäkringen under de första åren blir cirka 225 miljoner kronor per år.

### 5.3 Högkostnadsskydd för äldre för kronor, broar och implantat

**Utredningen föreslår att** ett tak för höga behandlingskostnader skall införas för åldersgruppen 75 år och äldre vid behandling med kronor, broar och implantat. Kostnaden för fasta protetiska ersättningar, exklusive kostnaden för bastandvård och material, skall under en behandlingsomgång högst uppgå till 7 000 kronor.

Utredningen föreslår vidare att arvoden för protetiska åtgärder, inom grupperna 6 och 8 i tandvårdstaxan, för den ifrågasvarande patientgruppen prisregleras och att tandvårdsersättningen sätts med utgångspunkt i folktandvårdens medelpris för respektive åtgärd. Regeringen skall på förslag från Landstingsförbundet och efter samråd med Riksförsäkringsverket och Sveriges Privattandläkarförening arligen fastställa ett högsta pris på de åtgärder som omfattas av prisregleringen.

Som tidigare poängterats anser utredningen att det ekonomiska stödet till tandvård också fortsättningsvis skall ha en tandhålsinriktning. Dock får detta inte äventyra att dagens äldre, som av många skäl har ett sämre utgångsläge för att bibehålla ett gott tandtillstånd, skall kunna få ett bättre skydd mot höga behandlingskostnader så att de kan låta utföra den vård som erfordras.

Fasta protetiska ersättningar i form av kronor och broar är för den enskilde sällan en permanent livslång behandling utan kräver både uppföljning och ofta av olika orsaker omgörning. Många av dem som, när den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes år 1974, kunde ersätta förlorade tänder med omfattande fasta protetiska konstruktioner, befinner sig nu i situationen att tidigare utförda kronor och broar behöver göras om till en idag hög kostnad.

Om skadorna på befintliga tänder och konstruktioner är så omfattande att de är irreparabla och behandling med implantat blir nödvändig blir behandlingskostnaderna mycket höga, ofta i storleksordningen 30 000 kronor eller mera. Implantat kan också vara den enda lösningen om en större del av käkbenet resorberats, vilket kan vara fallet om patienten sedan unga år haft en avtagbar protes eller om t.ex. en neurologisk skada gör att en person inte längre kan balansera och bära en hel protes.

Äldre med omfattande omsorgsbehov erhåller uppsökande munhälsobedömning avgiftsfritt och nödvändig tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, vilket för dem gör tandvården åtkomlig till en låg kostnad. För äldre utan stort behov av omsorg och service har tandvården däremot med nuvarande utformning av tandvårdsstödet generellt blivit dyrare jämfört med försäkringens utformning före år 1999.

Utredningen föreslår därför att ett tak skall införas från och med det år då man fyller 75 år vid behandling med kronor, broar och implantat.

Det skulle naturligtvis vara önskvärt att alla med höga behandlingskostnader oavsett ålder skulle kunna komma i åtnjutande av det utökade stödet. Anledningen till att stödet inte föreslås gälla generellt är att kostnaderna då inte skulle rymmas inom den återstående tillgängliga kostnadsramen på 175 miljoner kronor. De tandvårdsresurser som idag finns i landet skulle heller inte räcka till för att tillgodose den ökade efterfrågan på tandvård som skulle uppkomma.

Vid valet av åldersgräns har utredningen dels beaktat den tillgängliga kostnadsramen, dels också tagit fasta på att det i första hand är åldersgruppen 75 år och äldre som har den lägsta besöksfrekvensen och att höga behandlingskostnader är vanliga i den aktuella åldersgruppen. Vidare bedömer utredningen att ifrågakommande åldersgrupp haft ett sämre utgångsläge än den yngre delen av befolkningen för att bibehålla en god tandhälsa.

#### Åtgärder som ingår i det nya stödet för åldersgruppen 75 år och äldre

De åtgärder som för åldersgruppen 75 år och äldre föreslås ingå i det nya stödet är de som idag återfinns inom åtgärdsgrupperna 6 och 8, behandling med fast protes respektive övriga behandlingar inom protetik i tandvårdstaxans bilaga avdelning B Protetik och tandreglering.

Beskrivning av åtgärderna:

Åtgärd 61: Guldinlägg, laboratorieframställt kompositinlägg och maskinframställt porslinsinlägg (CAD-CAM), flera ytor.

Radikulärförankring vid overdenture

Åtgärd 62: Laboratorieframställt inlägg, flera ytor, eller krona

Åtgärd 63: Gjuten pelare

- Åtgärd 64: Klinikframställd pelare
- Åtgärd 65: Hängande broled, per led
- Åtgärd 66: Emaljretinerad konstruktion, per stöd
- Åtgärd 67: Fastsättning av lossnad krona
- Åtgärd 68: Titankomponenter, material
- Åtgärd 81: Övriga behandlingar, per timme
- Åtgärd 83: Rådgivning och diagnostik av till specialist remitterad patient
- Åtgärd 84: Operation avseende käkbensförankrade implantat, högst tre fixturer
- Åtgärd 85: Operation avseende käkbensförankrade implantat, fler än tre fixturer
- Åtgärd 86: Bro, underkäke
- Åtgärd 87: Bro, överkäke
- Åtgärd 88: Tillägg per fixtur vid delimplantat där krona eller broled utförs i ädelmetall eller titan
- Åtgärd 89: Overdenture vid implantat

### Tandvårdsersättningens storlek

Utredningen föreslår att ett högkostnadskydd införs för fasta protetiska åtgärder åt personer som är 75 år och äldre. Till fasta protetiska ersättningar räknas även åtgärd 89, overdenture vid implantat.

Förslaget innebär att tandvårdsersättningen skall uppgå till 100 procent av arvudet. Ersättning lämnas endast med den del av tandvårdsersättningen som under en behandlingsomgång överstiger ett karensbelopp om 7 000 kronor. Det bör noteras att eventuell materialkostnad, liksom idag, tillkommer.

I samband med detta föreslås att arvudena för protetiska åtgärder inom grupperna 6 och 8 i tandvårdstaxan, för den ifrågavarande patientgruppen prisregleras. Utredningen anser inte att en fri prissättning kan kombineras med en hundra procentig ersättning från tandvårdsförsäkringen. En sådan modell skulle verka kraftigt prishöjande och leda till okontrollerbara kostnadsökningar för försäkringen.

Utredningen finner det rimligt att samma prisreglering skall gälla för de protetiska åtgärder inom grupperna 6 och 8 som utförs på patienter som är 75 år eller äldre och som i sin helhet skall betalas av landstingen sedan en patientavgift på högst 900 kronor per tolv månadersperiod erlagts enligt den öppna hälso- och



sjukvårdens regler. Detta gäller enligt 8 a § tandvårdslagen (1985:125) sådan nödvändig tandvård som utförs åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling.

Eftersom behandlingarna många gånger kan vara tekniskt komplicerade att utföra kan remiss till specialisttandläkare erfordras. En särskild fråga är hur stor tandvårdsersättningen skall vara för åtgärder som utförs av tandläkare med specialistkompetens. För närvarande är prissättningen fri även för tandläkare med specialistkompetens.

Utredningen anser att när det gäller behandling hos specialist är det rimligt att ett högre arvode får uttas. Dock anser utredningen inte att behandlingen med kronor, broar och implantat för patienten skall bli dyrare än föreslaget tak på 7 000 kronor. Detta innebär att även arvoden för ifrågavarande åldersgrupp avseende behandling med kronor, broar och implantat hos specialist i oral protetik prisregleras liksom arvoden avseende kirurgisk behandling i samband med implantat hos specialist i oral kirurgi och parodontologi.

Riksförsäkringsverkets åldersindelade åtgärdsstatistik visar att omkring 15 procent av kronor, broar och implantat som utförs avser patienter som är 75 år eller äldre. Utredningen bedömer således att en prisregleringen skulle komma att omfatta cirka 15 procent av all fast protetik som utförs.

### Årlig reglering av tandvårdsersättningen

Utredningen föreslår att tandvårdsersättningen sätts med utgångspunkt i folktandvårdens i landet medelpris för respektive åtgärd enligt ovan med undantag för åtgärd 68, titankomponenter, material.

Utredningen föreslår vidare att regeringen årligen på hösten för det kommande året fastställer ett högsta pris och därmed den högsta tandvårdsersättning som skall gälla för de olika åtgärderna med utgångspunkt från folktandvårdens medelpriser på förslag från Landstingsförbundet och efter samråd med Riksförsäkringsverket och Sveriges Privattandläkarförening.

I bilaga 2 redovisas medelpriserna inom folktandvården i januari år 2001 för de åtgärder som föreslås bli prisreglerade för åldersgruppen 75 år och äldre.

### Prisreglering av titankomponenter – åtgärd 68

Tandvårdsersättningen fastställs till kostnaden för det implantatsystem som kan användas i flertalet fall enligt Socialstyrelsens uppfattning. Merkostnaden i de fall dyrare system används betalas av patienten som en materialkostnad inom åtgärd 68, Titankomponenter, material.

Utredningen föreslår att regeringen innan prisreglering genomförs ger Riksförsäkringsverket i uppdrag att dels närmare analysera marknaden avseende priser på certifierade implantatsystem, dels lämna förslag till tandvårdsersättning för det implantatsystem som kan användas i flertalet fall.

### Vad som ej ingår i det förbättrade skyddet mot höga kostnader

Stödsystemet med ett tak på 7 000 kronor är ett tandvårdsstöd för patientgruppen 75 år och däröver och fungerar som ett skydd mot höga kostnader i de fall omfattande fasta protetiska åtgärder såsom kronor, broar och implantat behöver utföras. Stödet omfattar enbart kostnaden för fast protetik. Gjutmetaller/ädelmetaller betalas liksom idag av patienten. Dessutom tillkommer eventuell merkostnad för titankomponenter.

I de fall den sammanlagda kostnaden för fast protetik ej uppgår till 7 000 kronor lämnas tandvårdsersättning för protetiska åtgärder med det grundbelopp som anges för varje sådan åtgärd. Endast den del av den totala ersättningen som överstiger ett karensbelopp om 7 000 kronor betalas ut som tandvårdsersättning under en behandlingsomgång. Bastandvård ingår ej i det förbättrade skyddet mot höga kostnader för fast protetik.

Utredningens förslag förtydligas och exemplifieras i bilaga 3.

### Behandlingsomgång

Som en behandlingsomgång räknas enligt förordningen om tandvårdstaxa (1998: 1337) en tidsperiod om högst ett år.

## Förhandsprövning och det förbättrade skyddet mot höga behandlingskostnader

Utredningen anser att behandlingsförslagen skall förhandsprövas hos försäkringskassan i samtliga fall där den sammanlagda tandvårdssättningen för fast protetik beräknas överstiga 7 000 kronor. Utredningen anser vidare att tandvårdssättning för kronor, broar och implantat, materialkostnad exkluderad, skall utgå enbart för att återställa patientens förmåga att kunna äta, tugga och tala obehindrat samt för att bibehålla ett utseende utan synliga, estetiskt störande tandluckor.

Utredningen utgår från att regeringen ger Riksförsäkringsverket i uppdrag att utforma underlag till föreskrift i tandvårdstaxan som täcker utredningens förslag.

## Kostnader

Flera undersökningar pekar mot att det finns ett tydligt samband mellan pris och efterfrågan. Studier framför allt från USA har visat att efterfrågan på och konsumtionen av tandvård stiger vid total, men även vid hög andel tredjepartsfinansiering av vården. Om resultaten är överförbara till svenska förhållanden med en ökning av tredjepartsfinansieringen till 100 procent för behandlingar där arvodet/tandvårdssättningen överstiger 7 000 kronor skulle det innebära att statens utgifter för tandvårdsstödet ökar. Utredningen räknar med att så blir fallet åtminstone de närmaste åren efter en större avgiftsminskning för den enskilde, för att sedan stabiliseras på en nivå något högre än idag. Eftersom rapporter främst under de senaste åren pekar på låg besöksfrekvens hos aktuell åldersgrupp är det rimligt att anta att det finns ett ackumulerat vårdbehov som behöver bli tillgodosett.

Konsumtionen bestäms dock inte enbart av patientens egna preferenser. Tandläkaren har ett stort inflytande på patientens val av åtgärder. Utredningen förutsätter att genomförd behandling baseras på realistiska behandlingsförslag som långsiktigt kommer att ha stor betydelse för att patienten upp genom åren skall kunna bibehålla en god tandhälsa. Detta innebär också att protetiska konstruktioner heller inte nämnvärt skall försvåra för patienten att kunna upprätthålla en adekvat munhygien när finmotoriken och synen blir sämre.

Eftersom förhandsprövning föreslås bli obligatorisk i samtliga fall där den sammanlagda tandvårdsersättningen för fast protetik beräknas överstiga 7 000 kronor bedömer utredningen inte risken för överkonsumtion av vård som oroväckande hög. Patienten skall utöver arvudet för den fasta protetiska terapin betala bl.a. kostnader för material i form av ädelmetall/gjutmetall som ingår i konstruktionerna. Vidare ingår inte kostnaden för bastandvård i detta skydd mot höga behandlingskostnader. Det är osannolikt att en patient som har behov av en större protetisk rekonstruktion av bettet inte samtidigt har behov av bastandvård, åtminstone i form av förebyggande vård. Som utredningen tidigare påpekat finns sannolikt ett ackumulerat vårdbehov som behöver bli tillgodosett, vilket kommer att medföra en konsumtionsökning av fast protetik. På längre sikt bör dock bastandvården bidra till att behovet av omfattande fast protetik minskar.

Utredningen vill understryka att det föreligger stora svårigheter att med närmare precision uttala sig om framtida kostnader. Som underlag för beräkningar har främst använts material från Riksförsäkringsverket. Dessutom har landets folktandvårdsorganisationer och Praktikertjänst AB bidragit med underlag.

Utredningen har beräknat merutgiften för försäkringen till cirka 150 miljoner kronor per år, varvid en viss konsumtionsökning medräknats.

#### 5.4 Behandling med bettskena blir bastandvård

**Utredningen föreslår att** bettskenor flyttas från tandvårdstaxans bilaga, avdelning B Protetik och tandreglering till avdelning A Bastandvård.

Bettskenor låg tidigare inom tandvårdstaxans avdelning B Protetik och tandreglering och flyttades av misstag inte till avdelning A Bastandvård när det nya tandvårdsstödet trädde i funktion den 1 januari 1999.

Bettskenor görs i smärtlindrande syfte och inte som protetisk ersättning för förlorade tänder. Utredningen anser att personer med smärta och funktionsstörning i käksystemet bör ha samma möjlighet att få sina besvär åtgärdade inom ramen för bastandvård som personer som drabbas av smärta t.ex. till följd av inflammation eller infektion i en tand.

Utredningen föreslår därför att åtgärd 77, Bettskena i hård akrylat, utförd på bettfysiologisk indikation, flyttas till tandvårdstaxans avdelning A Bastandvård. Grundbeloppet sätts till halva det belopp som gäller idag för att det skall överensstämma med nivån på övriga grundbelopp inom bastandvården, dvs. 30 procent av arvoden i den tandvårdstaxa som gällde år 1998.

Förändringen beräknas medföra en kostnadsökning för försäkringen om 25 miljoner kronor per år.

Utredningens förslag exemplifieras i bilaga 3.

### Statens merkostnader för försäkringen

*Utredningens förslag samt den årliga merkostnaden för försäkringen framgår av tabellen.*

Utredningens förslag	Merkostnad för försäkringen, mkr per år
Samma regler för tandvårdsersättning för partiella proteser som för hela proteser	100
Ökat stöd för bastandvård åt äldre	225
Högekostnadsskydd för äldre för kronor, broar och implantat	150
Bettskena blir bastandvård	25
Summa	500

Anm.: Utredningen bedömer att även merkostnaden för försäkringen för partiella proteser ryms inom de avsatta medlen för hela proteser.

## 5.5 Genomförande

Riksdagen har efter förslag i den ekonomiska vårpropositionen år 2000 avsatt 200 miljoner kronor för år 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor för år 2003 för att i första hand förbättra skyddet mot höga behandlingarkostnader. Enligt förslag i budgetpropositionen för år 2001 tidigare lades förbättringarna i tandvårdstödet genom att 100 miljoner kronor av de medel som avsatts för år 2002 tillfördes redan år 2001 för att förbättra stödet vid behandling med hel protes från och med den 1 januari 2001.

Utredningen har föreslagit att samma regler skall gälla för tandvårdsersättning för partiella proteser som för hela proteser.

Utredningen har bedömt att även den ökade försäkringskostnaden för partiella proteser från och med år 2002 ryms inom de anslagna medlen. Redan år 2001 torde emellertid ett ekonomiskt utrymme finnas inom det årliga anslaget om 100 miljoner kronor, vilka avsatts för att förbättra stödet vid behandling med hela proteser, för att kunna tidigarelägga stödet för behandling med partiella proteser. Utredningen föreslår därför att stödet för partiella proteser införs redan från och med den 1 juli 2001.

Vad gäller de övriga stödformerna har utredningen utgått från den sammanlagda ökade kostnadsramen om 400 miljoner kronor. Utredningen anser att de förbättringar avseende tandvårdsstödet med ökat stöd för bastandvård och ett högkostnadsskydd för kronor, broar och implantat för åldersgruppen 75 år och äldre är så nära sammanhängande med varandra att de bör införas vid samma tidpunkt. Även stödformen avseende bettskenor innehåller en förbättring för ifrågavarande åldersgrupp. Utredningen föreslår därför att övriga stödformer införs vid ett och samma tillfälle.

Enligt direktiven finns från och med år 2003 hela den årligt disponibla kostnadsramen om 400 miljoner kronor tillgänglig. Utredningen anser att ett tidigareläggande av övriga stödformer är önskvärd och föreslår att dessa införs från och med den 1 juli 2002.

## 5.6 Administration

Ett visst förberedelsearbete som behövs för själva genomförandet kan hänföras till främst följande områden:

- författningsarbete
- information till allmänheten
- information till vårdgivarna
- administration

*Författningsarbetet* består i att med utgångspunkt i de föreslagna lagändringarna och principerna i övrigt för ersättningssystemet omarbete dels smärre delar i den nuvarande förordningen till tandvårdstaxan, dels RFV:s föreskrifter för verkställighet av förordningen liksom allmänna råd inom försäkringens område.

*Information till allmänheten* behövs på flera nivåer, dels allmänt om förändringen i stort och de nya reglerna, dels särskilt till den aktuella åldersgruppen.

Dessutom behöver också utarbetas *information till vårdgivarna* och andra berörda organ, liksom *till berörda personalgrupper inom tandvården* men också till den personal som skall administrera de nya stödformerna.

En rad *administrativa förberedelser*, t.ex. utformning och förändring av ADB-baserade rutiner, behövs också. Detta är uppgifter för såväl försäkringsadministrationen som för vårdgivarna.

## 6 Priset på tandvård

**Utredningen föreslår att** regeringen noga följer utvecklingen av tandvårdens priser och ger Riksförsäkringsverket i uppdrag att i samråd med vårdgivarna analysera prisutvecklingen. Regeringen bör även ta upp diskussioner med Landstingsförbundet om landstingens ansvar för den framtida prisutvecklingen och även ge Konkurrensverket och Konsumentverket i uppdrag att följa prisutvecklingen på tandvården. Vidare föreslår utredningen att tandvårdslagen kompletteras så att det tydligt framgår att landstingsfullmäktige skall besluta om folktandvårdens priser och att besluten inte får delegeras till en nämnd eller styrelse.

### 6.1 Bakgrund

I direktiven anges att vårdgivarnas prishöjningar på tandvård efter det att den statliga prisregleringen slopades varit större än väntat och att prishöjningarna till viss del kan ha varit motiverade men att de fortsatta prishöjningarna är oroväckande.

Vidare berörs ett annat problem kring priserna på tandvård, som har uppkommit i samband med den tandvård för äldre och funktionshindrade som landstingen administrerar och för vilken patienten endast betalar avgift enligt de bestämmelser som gäller för besök i den öppna hälso- och sjukvården. Problemet består i att när patienten väljer en privat tandläkare, vilket han eller hon har rätt att göra, kan incitamenten för att hålla landstingens kostnader nere vara för svagt.

Utredningen har att analysera utvecklingen av priserna för tandvård. Om prisutvecklingen befinns oacceptabel, skall utredningen föreslå åtgärder för att komma till rätta med prisutvecklingen.

Av regeringens proposition 1997/98:112 framgår:



”Mot denna bakgrund anser regeringen liksom nästan samtliga remissinstanser att det finns goda skäl för att avskaffa den nuvarande prisregleringen. En sådan avreglering har varit efterfrågad av alla vårdgivarorganisationer samt av dentalbranschen i övrigt under många år. Det finns givetvis en risk för att denna avreglering inledningsvis leder till en generell prishöjning. Regeringen har emellertid gjort den bedömningen att förutsättningarna för att nu avskaffa prisregleringen utan att en prishöjning sker är mycket goda. Denna bedömning grundas på flera faktorer. Det finns ett betydande överskott på tandläkare vilket bör innebära att konkurrensen om patienterna därmed blir stor. Samtidigt är efterfrågan på tandvård begränsad hos många personer till följd av små ekonomiska resurser. Vidare gäller att folktandvårdens priser kommer att sättas genom politiska beslut och bli allmänt kända och därmed få karaktären av riktpriiser. Folktandvården är väl utbyggd i hela landet. Regeringen utgår därför från att folktandvårdens priser sätts med hänsyn till konkurrensen med privattandvården samt till kommunallagens krav på att verksamheten inte får drivas i vinstsyfte, men att priserna sätts på en sådan nivå att subventioner från andra verksamheter inom landstinget inte blir erforderliga. Det är också angeläget att för den händelse folktandvården har särskilda kostnader, t.ex. för lokalisering i glesbygd, dessa kostnader inte täcks av höjda patientavgifter utan att finansiering sker i särskild ordning av landstinget. Detta får dock inte skapa konkurrenssnedvridande effekter lokalt eller regionalt. Om, trots allt, avregleringen av prissättningen leder till oacceptabla prishöjningar på tandvård kommer regeringen inte att tveka om att återinföra prisregleringen. Regeringen utgår från att Konkurrensverket, Konsumentverket och Riksförsäkringsverket nog följer utvecklingen av den slojade prisregleringen och fortlöpande informerar regeringen om effekterna härav.”

I socialutskottets betänkande (1997/98:SoU25) med anledning av propositionen behandlades vissa konkurrensfrågor. Mot bakgrund av att det från olika håll gjorts gällande att vuxentandvården subventionerades med skattemedel till barn- och ungdomstandvården förutsatte utskottet att regeringen snarast skulle ta initiativ till att frågan om särredovisning av olika verksamhetsgrenar inom folktandvården gavs en tillfredsställande lösning. Detta borde lämpligen ske i samverkan med Landstingsförbundet. När det gällde mervärdesskatten framhöll utskottet att landstingen själva

hade möjlighet att rätta till den obalans som rådde mellan offentlig och privat tandvård. Utskottet ansåg att regeringen borde ta initiativ till att frågan löstes i alla landsting.

## 6.2 Riksförsäkringsverket

Riksförsäkringsverket har regeringens uppdrag att följa utvecklingen av den nya tandvårdsförsäkringen. Verket har därför i två omgångar studerat alla landstings folktandvårdsorganisationers och privattandvårdens prislistor för att få en bild av den nya situationen.

I rapporten *Landstingens tandvårdstaxor från januari 1999 – en jämförelse* (RFV REDOVISAR 1999:3) konstateras att alla landsting höjt den genomsnittliga prisnivån i förhållande till tandvårdsförsäkringens taxa år 1998. Några hade gjort samma procentuella höjningar på alla åtgärder medan de flesta hade varierat prisändringarna. Några landsting hade sänkt priset på vissa åtgärder. Den genomsnittliga prisökningen mellan 1998 och varen 1999 var enligt Riksförsäkringsverkets beräkningar 18 procent.

De åtgärder som höjts minst var undersökningar och en del förebyggande vård. Även för protetiska åtgärder och implantat hade höjningarna varit lägre än för andra åtgärder. De åtgärder som höjts mest var fyllningar och akutbesök. Även tanduttagningar och rotfyllningar var åtgärder där priserna höjts kraftigt inom vissa landsting. Flera av höjningarna var större än tandvårdsförsäkringens bidrag till betalning av åtgärderna. Vid vissa kombinationer av åtgärder, t.ex. då en person biter av en tand och behöver både rotfyllning och en eller ett par kronor, kunde patienten få högre kostnader än före reformen.

I rapporten redovisas ett antal ofta förekommande kombinationer av behandlingsåtgärder. I allmänhet hade, räknat på den genomsnittliga prisnivån, bastandvården trots prishöjningarna blivit billigare för patienterna till följd av den ändrade inriktningen på stödet. Protetiska åtgärder hade emellertid blivit dyrare. Detta var också i enlighet med intentionerna för reformen, som var att det ekonomiska stödet i ökad utsträckning skulle gå till bastandvård och i minskad utsträckning till protetik.

I rapporten *Landstingens tandvårdstaxor den 1 maj 2000* (RFV REDOVISAR 2000:8) gjordes en undersökning av prisutvecklingen från den 1 januari 1999. Resultatet var att alla landsting

utom ett hade höjt eller fattat beslut om höjning av sina priser för tandvård fram till den 1 juli 2000. Höjningarna översteg den allmänna prisutvecklingen. De skillnader mellan priserna för en och samma åtgärd som i den första undersökningen konstaterats mellan landstingen, hade i den andra undersökningen ökat.

Riksförsäkringsverket har också vid två tillfällen undersökt privattandvårdens priser. Resultatet av den första undersökningen återges i rapporten *Privattandvårdens tandvårdstaxor första halvåret 1999* (RFV REDOVISAR 1999:9). Samtliga vårdgivare ombads i mars 1999 att sända in sina prislistor. Bortfallet blev emellertid stort – i storstadsområdena kring hälften, i övriga områden mellan 0 och 20 procent. Huruvida de ej insända prislistorna avviker från de studerade, gick inte att bedöma.

En del privata vårdgivare hade gjort generella höjningar för samtliga åtgärder i förhållande till tandvårdsförsäkringens taxa år 1998, andra hade varierat höjningarna mellan åtgärderna. Inte så få hade följt landstingens taxehöjningar i de landsting där de var verksamma. I de kassaområden där landstingen hade höjt mer än andra landsting, hade de privata vårdgivarna också höjt mer än på andra håll. Landstingen förfaller således, enligt Riksförsäkringsverkets uppfattning, att lokalt ha styrt prisbildningen.

Resultatet av den andra undersökningen av privattandvårdens priser har ännu inte publicerats.

Riksförsäkringsverket har i en rapport till regeringen i mars år 2000 (RFV ANSER 2000:3) redovisat sina dittillsvarande samlade erfarenheter av det reformerade tandvårdsstödet. Utöver prisfrågan redovisades där statistik och analyser som beskriver tandvårds-konsumtionen samt vissa nya inslag i reformen såsom abonnemangstaxor och de nya reglerna för anslutning till försäkringen samt vissa frågor kring implantat. Verket framför även vissa förslag till förändringar m.m.

Beträffande prisfrågan konstaterar Riksförsäkringsverket att det inte kunnat finna någon enhetlig linje för hur landstingen satt sina priser, trots att priserna inom folktandvården enligt kommunallagen högst får motsvara självkostnaden och att regeringen i propositionen (1997/98:112) som föregick reformen, utgick från att priserna inte heller skulle sättas så lågt att subventioner från andra verksamheter inom landstingen skulle bli erforderliga. RFV ställer frågan om självkostnaden för tandvård verkligen kunde skilja sig mellan olika landsting i så hög grad som landstingens prislistor indikerade och om detta är i enlighet med kommunal-

lagens krav på att avgifter enbart får tas ut för att täcka självkostnader. RFV anser därför att regeringen bör initiera en analys av folktandvårdens prissättning utifrån detta perspektiv.

I regeringens regleringsbrev för budgetåret 2001 avseende Riksförsäkringsverket har verket fått i uppdrag att i samråd med utredningen analysera den kostnadsutvecklingen som blivit följden av de förändringar i tandvårdstaxan som genomförts fr.o.m. den 1 januari 2001. Uppdraget skall redovisas till regeringen senast den 1 oktober 2001.

### 6.3 Konkurrensverket

Konkurrensverket har i rapporten *Konkurrensen i Sverige under 90-talet – problem och förslag* (Konkurrensverkets rapportserie 2000:1) kortfattat berört konkurrensförhållandena inom tandvården. Verket drar bl.a. slutsatsen att subventioner till folktandvårdens vuxentandvård inverkar negativt på konkurrensneutraliteten mellan folktandvården och den tandvård som bedrivs av privatpraktiserande tandläkare.

Konkurrensverket har inte fått i uppdrag av regeringen att efter tandvårdsreformen följa utvecklingen inom tandvården. Verket har inte heller tagit något eget initiativ i frågan.

### 6.4 Konsumentverket

Sveriges Privattandläkarförening har en s.k. branschöverenskommelse med Konsumentverket. Den gäller samtliga medlemmar och innehåller bl.a. regler för marknadsföring, prisinformation och avtal om tandvård. Överenskommelsen tydliggör bl.a. vad som anges i tandvårdslagen (1985:125), tandvårdsförordningen (1998:1338) och förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa när det gäller relationen mellan vårdgivare och patient.

När det gäller information om priser och betalningsvillkor skall medlemmen bl.a. ha en prislista anslagen på en för patienterna väl synlig plats i mottagningen. Av prislistan skall framgå priset för olika åtgärder eller hur detta beräknas samt hur eventuell tandvårdsersättning från försäkringskassan avräknas. Om materialkostnaden tillkommer skall detta anges på prislistan.

Innan en behandling påbörjas skall patienten få upplysning om den planerade vården och om kostnaden för denna. Medlemmen

skall lämna ett fast pris, om det inte föreligger särskilda svårigheter att bedöma behandlingens omfattning.

Regeringen har inte givit något uppdrag till Konsumentverket att följa prisutvecklingen inom tandvården. Verket har heller inte tagit något eget initiativ i frågan.

## 6.5 Landstingsförbundet

Landstingsförbundet har vid tre tillfällen undersökt priserna i folktandvården, den 1 januari 1999, 2000 och 2001. Resultaten har redovisats i tre rapporter, den senaste från januari år 2001.

Metoden har i stort sett varit densamma som den Riksförsäkringsverket tillämpat, men mätningarna har här skett vid samma tidpunkt varje år. Resultaten är i stort sett desamma som i verkets undersökningar. Prishöjningarna varierar mellan landstingen och prisskillnaderna för en och samma åtgärd kan vara stora mellan landstingen. Landstingen har valt olika strategier för prishöjningarna. I vissa landsting har åtgärderna i den statliga tandvårdstaxan från 1998 räknats upp med en ett enhetligt procenttal. Andra landsting har försökt värdera tidsåtgången för att utföra de olika åtgärderna och satt priserna efter denna. Många har velat lägga en folkhälsoprofil på sin prissättning genom att hålla nere priserna på undersökningar och förebyggande åtgärder och i gengäld ta ut ett högre pris för t.ex. fyllningar. Genom detta har man velat stimulera till regelbundna undersökningar och förebyggande vård för att förhindra att skador uppkommer. Vissa har också hållit nere priserna för personer som tidigare förlorat sina tänder och nu behöver avtagbara proteser.

I genomsnitt för hela landet har prishöjningarna inom folktandvården enligt Landstingsförbundet varit 15,3 procent år 1999, 5,8 procent år 2000 och 6,1 procent år 2001.

Landstingsförbundet har också studerat hur de höjda priserna påverkat patientens kostnader för tandvården efter det att tandvårdsförsäkringens stöd räknats bort. Förbundet har därvid använt samma kombination av vanliga behandlingsåtgärder som Riksförsäkringsverket. Nettoeffekten för patienterna år 2001 är att deras kostnader för bastandvården fortfarande i något fall är lägre än 1998 men att den i flertalet fall har ökat något. Protetiska åtgärder i form av kronor och broar, som utförs vid redan

uppkomna skador, har blivit påtagligt dyrare jämfört med vad som gällde före tandvårdsreformen år 1999.

Landstingsförbundet framhåller i rapporterna att prishöjningarna varit nödvändiga för att tillföra folktandvården resurser bl.a. för att förbättra arbetsmiljön och förändra arbetsorganisationen. Belastningsskador är ett stort problem inom tandvården. Lönerna för framför allt tandläkare har ökat och ökar fortfarande kraftigt på grund av konkurrensen från utlandet om nyexaminerade tandläkare. Inom flertalet landsting får folktandvården inte längre tillgodoräkna sig återbetalningen från staten av den ingående mervärdesskatten.

## 6.6 Utredningen

### Allmänt

När utredningen i fortsättningen använder uttrycket "priser" avses det arvode som vårdgivaren tar ut. Den kostnad som patienten har för vården – patientavgiften – är vad som återstår för patienten att betala sedan ersättningen från tandvårdsförsäkringen dragits från arvodet.

Priserna inom tandvården har höjts mer än vad som förväntades när prisregleringen släpptes. I ett första steg höjdes priserna inom folktandvården år 1999 med 15–18 procent. Skillnaderna mellan Landstingsförbundets och Riksförsäkringsverkets bedömningar av prisutvecklingen kan förklaras av att vägningarna av hur priserna på olika åtgärder påverkar den samlade prisbilden har skett på olika sätt. Den genomsnittliga prishöjningen har därefter uppgått till ca 6 procent år 2000 och år 2001. Under hela perioden 1999–2001 har den genomsnittliga prishöjningen inom folktandvården enligt Landstingsförbundet beräknats uppgå till 29,4 procent. Inom privattandvården har prishöjningarna varit något högre.

Innan prisregleringen togs bort antog man att ett betydande överskott på tandläkare skulle hålla priserna på en relativt låg nivå. Nu kan man konstatera att den fria arbetsmarknaden för tandläkare inom EES medfört en så stor utvandring att det snarare uppstått ett underskott på tandläkare.

Frågan om prishöjningarna varit motiverade har diskuterats inom utredningen. För att kunna svara på frågan hade det varit önskvärt att utredningen haft tid att göra egna undersökningar om t.ex. kostnaderna inom tandvården. Någon övergripande omkost-

nadsundersökning har inte gjorts under de senaste 15 åren. Utredningen har därför nödgats göra sina bedömningar på grundval av material, som vårdgivarorganisationerna tillhandahållit. Detta har inte varit framtaget på ett systematiskt sätt för att belysa omkostnadernas förändring i ett längre perspektiv. Materialet får därför mera betraktas som exempel, som kan belysa den ekonomiska situationen inom tandvården.

För det första har utredningen försökt bedöma om de högsta priser för tandvård som regeringen hade fastställt för år 1998, var tillräckliga för att vårdgivarna skulle kunna bedriva tandvård i väl anpassade lokaler, med modern utrustning, med välutbildad personal och under miljömässigt goda arbetsförhållanden. För det andra har utredningen sökt utröna om prishöjningarna efter år 1998 har lett till mera konkurrenskraftiga löner för i första hand tandläkare, förbättrad arbetsmiljö, ökade investeringar och ökad kompetensutveckling.

### Priserna åren 1998 och 1999

Utgångspunkten för de jämförelser som gjorts när det gäller prisutvecklingen efter tandvårdsreformens genomförande är de högsta tillåtna priser som enligt tandvårdstaxan gällde år 1998. Taxan fastställdes av regeringen i oktober år 1997 efter förslag från Riksförsäkringsverket. RFV hade som underlag för sitt förslag en kalkylmodell för kostnadsberäkningar, som ursprungligen grundades på en omkostnadsundersökning från år 1985. Uppräkningar skedde i stort sett årligen efter bedömningar av den allmänna pris- och löneutvecklingen samt med beaktande av de produktivitetsökningar, som kunnat förväntas.

Såväl Landstingsförbundet som Sveriges Privattandläkarförening hade i många sammanhang framfört att arvodesnivån var för låg och att den inte speglade de faktiska kostnaderna i verksamheten för löner, kompetensutveckling, arbetsmiljöförbättrande åtgärder, investeringar m.m. Riksförsäkringsverket delade inte denna uppfattning och i allmänhet inte heller regeringen som mestadels följde verkets förslag när de högsta tillåtna arvodena i tandvårdstaxan fastställdes.

I betänkandet *Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvård* (SOU 1998:2) anges att det inte gick att helt klarlägga vilka konsekvenser som den gällande arvodesnivån fört

med sig. Minskade investeringar, ökad arbetsintensitet med psykisk press på personalen och minskade satsningar på fortbildning och kompetensutveckling hade angetts vara följder av den minskade lönsamheten inom tandvården. Vidare angavs att flera folktandvårdsorganisationer öppet redovisade ett underskott inom den allmänna vuxentandvården. Detta hade inte kunnat kompenseras med ökad vårdproduktion, eftersom man tillämpade som verksamhetsidé att satsa på förebyggande vård och försöka minska den reparativa vården för att därigenom minska kostnaderna för de enskilda patienterna och tandvårdsförsäkringen. En form av subvention bestod i att folktandvården genom det interkommunala ersättningssystemet för mervärdesskatt fick tillbaka den ingående mervärdesskatt som betalats för inköpta varor och tjänster. I vissa fall var landstingens ersättning till folktandvården för barn- och ungdomstandvården generöst beräknad så att ett underskott i vuxentandvården kunde finansieras.

### **Tandvårdspersonalens psykosociala arbetsmiljö**

I Socialstyrelsens rapport från december år 1999 *Framtida kompetensfördelning och utbildningskapacitet för olika yrkeskategorier inom tandvården* behandlas bl.a. frågan om tandvårdspersonalens psykosociala arbetsmiljö.

I rapporten konstateras att tandvårdspersonalen är utsatt för vissa risker i yrkeslivet. Statisk belastning med risk för problem framför allt i nacke och skuldror, risk för stick- och skärskador, buller, kemiska risker, blodsmitta och vibrationer är några exempel på detta.

Ett antal olika undersökningar av tandvårdspersonalens arbetsmiljö har genomförts inom flera landsting. Vissa av undersökningarna redovisas i rapporten. Resultaten tyder på att både den fysiska och den psykosociala arbetsmiljön inom tandvården i allmänhet upplevs som påfrestande. I och för sig upplevs arbetsituationen inom många yrken som påfrestande men det finns studier som tyder på att problemen är särskilt stora inom tandvården.

Enligt Arbetarskyddsstyrelsen rapport *Arbets-skador i tandvården 1993* var den relativa arbetssjukdomsfrekvensen i näringsgren "Tandvård" för kvinnor 39 fall per 1 000 förvärvsarbetande med ett



genomsnitt på 19 för alla branscher och för män 40 fall per 1 000 förvärvsarbetande med ett genomsnitt på 17 för alla branscher.

I en akademisk avhandling av Eva Bejerot (*Tandvård på ackord. En undersökning av den psykosociala arbetsmiljön inom tandvården*. Institutet för stressforskning, Stockholm, 1998) analyserades bl.a. ledningsstrategier inom olika yrkesområden. Slutsatsen var att den tillämpade ledningsstrategin inom folktandvården varit effektiv när det gäller att öka produktiviteten men att den lett till en problematisk arbetssituation för tandläkarna. Tandläkarna i folktandvården rapporterade i högre utsträckning än andra akademiker i den offentliga sektorn en markant ökning i verksamhetens effektivitet. I den avslutande studien i avhandlingen analyserades sambanden mellan typ av arbete, kontrollsystem och arbetsvillkor. Akademikerna delades in i två grupper efter sin kunskapsbas, "ting/data" eller "liv". För tandläkarna i folktandvården var balansen mellan ansträngning och belöning sämre än för yrkena inom sektorn "liv" som helhet.

### **Flyttning till utlandet**

Statistiska Centralbyrån har uppgifter om in- och utflyttning bland tandläkare. Under åren 1991–1998 utflyttade totalt 979 tandläkare samtidigt som 406 flyttade till Sverige. Nettoförlusten uppgick således till 573 under de åtta åren. Omkring 600 svenska tandläkare är registrerade hos British Dental Council, hos vilket en årlig registrering är nödvändig för att få arbeta som tandläkare i Storbritannien.

Utflyttningen förefaller inte att ha upphört. År 1998 ansökte 53 svenska tandläkare om legitimation i Norge och år 1999 ansökte 29.

Hösten 1998 gjordes en enkätstudie riktad till svenska tandläkare med svensk legitimation bosatta i Storbritannien (Adl-Soltani, N och Versali, M: *Framtidsplaner och arbetsförhållanden för svenska tandläkare i Storbritannien*. Karolinska institutet, Odontologiska fakulteten, 1998). Avsikten med undersökningen var bl.a. att få veta orsakerna till att man valt att arbeta utomlands, om man var nöjd med att arbeta i Storbritannien och vilka framtidsplaner man hade. Totalt sändes enkäten till 475 tandläkare varav 249 svar kom tillbaka.

En av huvudorsakerna till att man valt att arbeta utomlands var arbetslöshet i Sverige för drygt 30 procent av dem med svensk bakgrund och för drygt 50 procent av dem med utländsk bakgrund. Under perioden som undersökningen avsåg, rådde förbud mot nyetablering av tandläkare inom tandvårdsförsäkringen. Omkring 30 procent angav "bättre inkomst" som skäl, något fler med svensk bakgrund än med utländsk.

Högre lön, lägre skatter och högre status var en återkommande kommentar från de svarande.

### **Tandvårdspersonalens löneutveckling**

Landstingsförbundet uppger att 70–75 procent av folktandvårdens kostnader hänför sig till löner. Omkring hälften av lönekostnaderna hänför sig till tandläkarna.

SACO har lönestatistik för sina medlemsförbund där bl.a. löneutvecklingen framgår liksom jämförelser mellan förbunden. Snittlönen för tandläkare ökade med 19,0 procent mellan åren 1993 och 1998. För medlemsförbunden tillsammans var genomsnittsökningen under samma tid 15,0 procent. Endast under ett av åren var höjningen för tandläkarna lägre än genomsnittet. Medellönen för tandläkare var 26 148 kronor per månad år 1998. För SACO-grupperna som helhet var medellönen 22 843 kronor. Högst medellön hade läkarna, 34 501 kronor.

Landstingsförbundet har beräknat löneökningarna inom folktandvården under år 1999 till 6,5 procent och år 2000 till 4,7 procent, tillsammans 11,4 procent under perioden. De olika yrkeskategorierna har då vägts ihop. De största ökningarna har skett för tandläkarna, 7,1 procent år 1999 och 6,2 procent år 2000, tillsammans 13,8 procent för perioden. Landstingsförbundet bedömer att löneökningarna år 2001 kommer att vara i samma storleksordning som de närmast föregående åren. De höjda ingångslönerna som måste betalas till nyexaminerade tandläkare leder till nivåhöjningar inom hela tandläkarkollektivet.

### Tandvårdspriser i övriga Norden

Jämförelser av priserna på tandvård i de nordiska länderna försvåras bl.a. dels av att det inte i alla länder finns nationellt giltiga prislistor, dels av att åtgärderna till sitt innehåll varierar mellan länderna, dels av att hänsyn också måste tas till levnadskostnader, skattesystem m.m. för att jämförelserna skall bli riktiga. Utredningen har dock samlat uppgifter från Danmark, Finland och Norge för att ge en viss uppfattning om vårdgivarnas priser och patienternas kostnader.

#### *Danmark*

Systemet för vuxentandvård administreras av amterna som via Amträdsföreningen samarbetar med Dansk Tandlaegeføreling. Vuxna personer erhåller sin tandvård huvudsakligen hos privatpraktiserande tandläkare. Avtagbar protetik utförs dock till stor del hos kliniska tandtekniker. De flesta vanliga tandbehandlingar berättigar till ersättningar men subventionsnivåerna varierar mellan olika typer av behandlingar. Ersättningsystemet omfattar undersökning och diagnostik, förebyggande åtgärder, tandlossningsbehandling och rotbehandling. Tandreglering, kron- och broterapi, bettfysiologi samt behandling med avtagbara proteser står utanför systemet och patienten betalar hela behandlingens kostnad.

För den ersättningsberättigade tandvården finns en taxa som fastställs i förhandlingar mellan Amträdsførelingen (Sygesikringens Forhandlingsudvalg) och Dansk Tandlaeføreling. Förhandlingarna är mycket detaljerade och innefattar också en kalkyl av utfallet för tandläkarna. Det senaste avtalet är från juni år 1999. Den danska sjukförsäkringstaxan har en helt annan uppbyggnad än den svenska tandvårdstaxan varför direkta jämförelser är svåra att jämföra. Här skall dock några exempel nämnas. Priserna är uttryckta i svenska kronor.

Regelbunden diagnostisk undersökning	205 kr
Glasjonomerfyllning	408 kr
Tanduttagning, en tand	223 kr

I Danmark finns också kliniska tandtekniker som har rätt att utföra avtagbara proteser direkt på patient. Landsførelingen of

Kliniske Tandtekniker ger ut en vägledning avseende de arvoden som medlemmar i föreningen bör debitera patienten. Några exempel från denna prislista återges i det följande.

Helprotes i över- och underkäke	9 414 kr
Hel över- eller underkäksprotes	5 049 kr
Omfattande reparation av protes	720 kr

Slutligen skall nämnas att det finns en överenskommelse mellan Dansk Tandlaegeforening och Köpenhamn kommun, Bellerup kommun och Odense kommun om arvoden som skall tillämpas när privattandläkare arbetar inom den kommunala omsorgstandvården. Denna rekommenderade taxa innehåller i första hand arvoden för avtagbara proteser. Några exempel återges här.

Partiell protes i akrylat, inklusive klamrar	3 578 kr
Partiell protes med gjutet skelett	7 453 kr
Hel över- eller underkäksprotes	6 665 kr

### *Finland*

I Finland ges subventioner till tandvård åt personer födda 1956 eller senare. Taxesättningen är fri för privattandläkare. Ersättningen baseras på en återbärings taxa som inte justerats på många år. Folkpensionsanstalten ersätter 60 procent av denna taxa men eftersom prissättningen är fri, är subventionsgraden för närvarande ca 40 procent för dem som behandlas av privatpraktiserande tandläkare. Ingen ersättning lämnas för tandreglering eller protetiska åtgärder. I den kommunala tandvården vid hälsocentralerna finns en centralt fastställd taxa, som är lägre än de priser som tillämpas inom privattandvården. Enligt uppgift täcker taxan ca 30 procent av kostnaderna för tandvården. Taxan i Finland avviker till sin uppbyggnad avsevärt gentemot den svenska. Som exempel debiteras besöksavgifter och särskilda avgifter för bedövning. Jämförelser är därför svåra att göra. Som exempel kan dock nämnas att en fyllning på tre eller flera ytor utförd under bedövning i Finland kostar 293 kronor jämfört med folktandvårdens medelpris 694 kronor. Med hänsyn till att taxan endast täcker ca 30 procent av kostnaden för att utföra fyllningen, skulle kostnaden kunna uppskattas till 977 kronor.

*Norge*

Över 90 procent av de vuxna i Norge får sin tandvård hos privatpraktiserande tandläkare utan subventioner med skattemedel. Tidigare fanns en vägledande tandvårdstaxa, som förhandlades fram mellan staten och den norska tandläkarföreningen. För år 1996 kunde ingen överenskommelse nås. Det norska socialdepartementet fastställde då ensidigt en taxa, som gällde för den offentliga tandvården från och med år 1996. Taxan har sedan räknats upp flera gånger, senast per den 1 januari 2000.

På grund av olika konstruktioner av taxorna i Norge och Sverige är det svårt att göra direkta jämförelser.

I följande tabell lämnas några exempel med prisjämförelser.

*Jämförelse mellan priser för viss tandvård i Norge och Sverige år 2000. Priserna angivna i svenska kronor.*

Åtgärd	Pris i Norge*	Pris i Sverige**
Undersökning av akutpatient	746 kr/tim.	417 kr
Tanduttagning, en tand	266 kr	432 kr
Kompositfyllning, två ytor	544 kr	375 – 694 kr
Övriga tidsdebiterade åtgärder	879 kr/tim.	950 kr
Hel över- eller underkåksprotes	Ca 3 625 kr***	3 658 kr

\* Socialdepartementets taxa för offentlig tandvård

\*\* Folk tandvårdens medelpriser

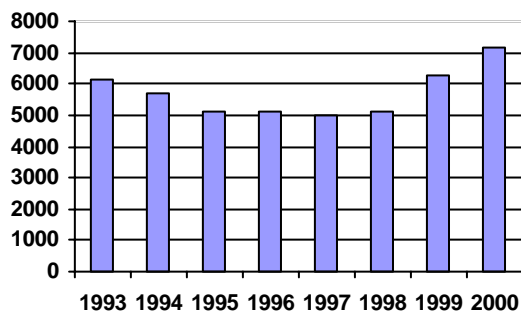
\*\*\* Varierar med priset för det tandtekniska arbetet

**Kompetensutvecklingen**

Sveriges Tandläkarförbund/Svenska Tandläkare-Sällskapet är landets största anordnare av efterutbildning för tandvårdspersonal. Årligen anordnas omkring 200 kurser med begränsat deltagarantal och den Odontologiska Riksstämman för det stora antalet deltagare.

Ett mått på omfattningen av kompetensutvecklingen inom tandvården är antalet anmälningar till kurserna. I diagram 0 återges utvecklingen när det gäller antalet kursanmälningar.

*Antalet anmälningar till Sveriges Tandläkarförbunds kurser åren 1993–2000*



År 1993 uppgick antalet anmälda till 6 146 för att därefter successivt minska till ett lägsta antal 5 002 år 1997. År 1998 uppgick antalet anmälda till 5 141 för att därefter kraftigt öka till 6 272 år 1999 och 7 183 år 2000.

Samma trend har konstaterats när det gäller deltagandet i Odontologiska Riksstämmans vetenskapliga program. Deltagarantalet var sjunkande under 1990-talet fram till år 1998, då en ökning tog vid.

Praktikertjänst AB uppger att kursavgifterna för ansvarig tandläkare och medarbetare ökade med 19 procent år 1998 och med 35 procent år 1999 jämfört med föregående år. Ökningen hänförs sig nästan helt till en ökad volym. Kursavgifterna har under perioden endast ökat marginellt.

Landstingsförbundet har gjort en begränsad undersökning omfattande fyra landsting. I dessa hade resursinsatserna för kompetensutveckling mätt både som antal timmar och som direkta och indirekta kostnader ökat med det dubbla från åren 1997–1998 till år 2000.

### **Investeringarna**

Landstingsförbundet har lämnat uppgifter om folktandvårdens investeringar under åren 1994–1999. Uppgifterna redovisas i följande tabell.

*Landstingens investeringar för tandvård åren 1990–1999. 1994 års prisnivå.*

År	Miljoner kronor
1994	123
1995	149
1996	127
1997	96
1998	134
1999	190

Tabellen visar att investeringarna sjönk under åren 1995–1997 till ett lägsta värde år 1997. Under åren 1998 och 1999 ökade investeringarna åter.

Praktikertjänst AB uppger att investeringarna år 1998 ökade med 30 procent och år 1999 med 22 procent jämfört med föregående år.

### **Mervärdesskatten**

För kommuner och landsting gäller särskilda regler enligt lag (1995:1518) om mervärdesskattekonton för kommuner och landsting. För reglering av dessas kostnader för viss mervärdesskatt, gör varje kommun och landsting årligen en schablonberäknad inbetalning till respektive mervärdesskattekonto hos Riksgäldskontoret. Kommuner och landsting har sedan rätt att från dessa konton få ersättning för ingående mervärdesskatt som betalats till leverantörer av varor och tjänster oavsett ändamålet med förvärvet. Detta innebär att landstinget även får ersättning för ingående mervärdesskatt för varor och tjänster som anskaffats för tandvård trots att någon mervärdesskatt inte skall tas ut på arvodet för tandvården.

Den ingående mervärdesskatten har uppskattats till 4–5 procent av de totala kostnaderna för vuxentandvården.

De olika regler för mervärdesskatt som gäller för offentlig och privat tandvård har lett till konkurrensfördelar för folktandvården. Som tidigare nämnts har riksdagen uttalat att denna obalans borde rättas till inom landstingen (1997/98:SoU25). Landstingsförbundet har uppgett att vid ingången av år 2001 hade detta skett inom alla

landsting utom fem. Effekten av detta har blivit att folktandvården i sin prissättning nu i allmänhet har fått beakta de ökade kostnaderna till följd av att ersättningen från mervärdesskatteskottot behålls centralt inom landstingen och inte längre tillfaller folktandvården.

## Överväganden

Utredningen anser att det finns fog för uppfattningen att arvodesnivån 1998 var för låg och att den inte speglade de faktiska kostnaderna inom vuxentandvården. De högsta priser för tandvård, som regeringen hade fastställt för år 1998, var inte tillräckliga för att vårdgivarna långsiktigt skulle kunna bedriva tandvård i väl anpassade lokaler med modern utrustning, med välutbildad personal och under miljömässigt goda arbetsförhållanden. För detta talar bl.a. nedgången i investeringar under början av 1990-talet, de arbetsmiljöproblem som redovisats för tandvårdspersonalen, den accelererande utflyttningen av tandläkare från landet under slutet av 1990-talet, den minskande kompetensutvecklingen och landstingens behov av tillskott av skattemedel för att kunna bedriva allmän vuxentandvård. Vid jämförelse med prisnivån på tandvård i övriga nordiska länder framstår den inte som hög i Sverige.

Den prishöjning på 15–18 procent, som skedde år 1999, när prisregleringen upphörde, var trots allt oväntat stor. Det kan finnas flera förklaringar till detta. En kan vara att tandvården var mera underfinansierad än vad som förmodades och att en ekonomisk upphämtning genom prishöjningar var nödvändig för att långsiktigt garantera tillgången på personal, vårdens kvalitet, en tillfredsställande arbetsmiljö m.m. En annan förklaring kan vara att landstingens bidrag till folktandvårdens vuxentandvård var större än förväntat, t.ex. genom tillämpningen av mervärdesskatte- eller olika former av subventioner och att dessa obalanser kunnat rättas till genom prisökningar inom vuxentandvården. En tredje förklaring kan vara att den priskonkurrens som förväntades uppstå till följd av ett tandläkaröverskott aldrig uppkom genom utflyttningen till andra länder. I stället kunde vårdgivarna höja sina priser och minska kraven på produktivitets- och effektivitetsökningar.



Det fanns efter år 1998 enligt utredningens mening ett uppdämt behov av resurstillskott till tandvården. Även vid en fortsatt prisreglering efter år 1998 hade det varit nödvändigt att i en inte obetydlig utsträckning höja de högsta arvoden som fick tas ut för att på sikt inte äventyra tandvårdens tillgänglighet och kvalitet och för att inte snedvrída konkurrensen mellan offentlig och privat vård.

Utredningen anser att en prishöjning efter år 1998 var befogad, även om den blev oväntat stor inom såväl folktandvården som hos de privata vårdgivarna.

Folktandvårdens priser har blivit normerande för privattandvården inom respektive landsting. Någon priskonkurrens på annat sätt mellan olika vårdgivare har inte uppstått t.ex. genom att ett stort antal tandläkare erbjudit sina tjänster på en marknad. Utredningen är tveksam till om det samband mellan tillgången på tandläkare och nivån på arvoden, som förutsattes i propositionen (1997/98:112) är så tydligt att man kan förvänta en prispress vid god tandläkartillgång. Det finns ingen internationell studie som visar att så är fallet. Någon möjlighet att pröva hypotesen i Sverige uppstod inte heller genom att tandläkarna i stor utsträckning valde att flytta utomlands i stället för att arbeta i Sverige. Däremot påverkar tillgången på tandläkare de löner som folktandvården måste betala för att kunna rekrytera och behålla tandläkare.

## Prisutvecklingen från och med år 2000

### **Kostnadsutvecklingen**

De genomsnittliga prishöjningarna inom folktandvården var 5,8 procent år 2000 och 6,1 procent år 2001 enligt uppgifter från Landstingsförbundet. Detta styrks av de undersökningar som Riksförsäkringsverket genomfört.

De största kostnaderna inom tandvården utgör lönerna och då i första hand tandläkarnas. Landstingsförbundet uppger att 70–75 procent av omkostnaderna hänför sig till löner. Under år 1999 ökade lönerna totalt med 6,5 procent och år 2000 med 4,7 procent inom folktandvården. Tandläkarnas löner, som motsvarar omkring hälften av lönekostnaderna, ökade under dessa år med 7,1 respektive 6,2 procent. På grund av den svåra rekryterings-situationen bedömer Landstingsförbundet att löneökningarna för

tandläkarna blir i samma storleksordning under år 2001 och att detta beaktats när detta års priser fastställts.

Konkurrensen från utlandet när det gäller tandläkare har inte minskat. Fortfarande flyttar en stor del av de nyexaminerade tandläkarna utomlands. De som stannar kvar i landet har allt högre löneanspråk, vilka folktandvården i många fall måste tillmötesgå för att fylla vakanserna. De högre ingångslönerna medför en press uppåt på lönerna även för de tidigare anställda.

## Överväganden

Utredningen anser att det fanns skäl för prishöjningar även efter år 1999. De ökade lönekostnaderna, fortsatt avveckling av folktandvårdens fördelar av mervärdesskatten, ökade investeringar i utrustning, inte minst för informationsteknologi samt förbättring av arbetsmiljö och kompetensutveckling förklarar kostnadsökningarna och prishöjningarna. Till viss del ser utredningen prishöjningarna till den nuvarande nivån som en fortsatt återhämtning av den underfinansiering av tandvården som tidigare funnits enligt utredningens uppfattning.

Utredningen delar emellertid regeringens oro för framtiden. Som tidigare nämnts har det inte uppstått någon konkurrens inom tandvården med hjälp av priserna. Tandvården utgör inte en väl fungerande marknad med välinformerade patienter/kunder som skapar konkurrens mellan vårdgivare/leverantörer. Patienternas ställning är svag och få vill eller vågar ifrågasätta vårdgivarnas kostnadsförslag. En stark företrädare för kunderna behövs för att granska och sprida information om vårdgivarnas priser. En sådan skulle också kunna bilda opinion för att patienterna skall bli mera prismedvetna och ifrågasätta och diskutera kostnadsförslagen. På så sätt skulle kundrollen förstärkas och en priskonkurrens uppstå mellan vårdgivarna.

De faktorer som i dag verkar återhållande på priserna är främst patienternas förmåga och vilja att betala för tandvård samt den politiska ambitionen inom landstingen att ställa krav på fortsatta produktivtets- och effektivitetsförbättringar inom folktandvården. Det är också av stor betydelse att landstingen inte utnyttjar möjligheterna att höja priserna inom vuxentandvården för att minska sina bidrag till sådan tandvård som skall finansieras med landstingsmedel, t.ex. barn- och ungdomstandvård. Enligt vad

utredningen erfarit har inom flera landsting inte bidragen till barn- och ungdomstandvården höjts i samma utsträckning som priserna inom vuxentandvården. Löneökningar och ökade kostnader för investeringar, arbetsmiljö m.m. bör ha effekt på dessa bidrag likväl som på priserna inom vuxentandvården även om den förbättrade tandhälsan hos barn och ungdomar medfört att fortsatta rationaliseringar har kunnat göras inom denna vård.

Utredningen kan inte bedöma om och när det finns förutsättningar för en dämpad prisökningstakt inom tandvården till vad som gäller för jämförbara tjänster i landet. De drygt två år som gått sedan prisregleringen avskaffades är för kort tid för att ge underslag för en sådan bedömning.

Regeringen föreslås noga följa utvecklingen av tandvårdens priser genom uppdrag till Riksförsäkringsverket att i samråd med vårdgivarna analysera prisutvecklingen. Regeringens tidigare uttryckta intention att även Konkurrensverket och Konsumentverket skall följa prisutvecklingen bör ta sig uttryck i konkreta uppdrag även åt dessa verk. Regeringen föreslås också ta upp diskussioner med Landstingsförbundet om landstingens ansvar för att prishöjningarna i framtiden inte blir högre än vad som är absolut nödvändigt för en god utveckling av tandvården. Folktandvårdens andel av den totala vuxentandvården i landet kan uppskattas till 30–35 procent när det gäller allmäntandvård. För specialisttandvård är andelen högre. Genom att landstingens prissättning är normerande även för privattandvården, har de ett större ansvar för befolkningens tandvårdskostnader än vad som motsvaras av folktandvårdens andel av vuxentandvården.

Landstingen får å andra sidan inte subventionera vuxentandvården. I så fall kan det uppstå en snedvriden konkurrens gentemot de privata vårdgivarna. Historiskt sett har detta emellertid varit nödvändigt med hänsyn till att den statligt reglerade tandvårdstaxan inte gav täckning för de kostnader som landstingen hade för att bedriva vuxentandvård. Enligt uppgift från Landstingsförbundet pågår en utveckling mot att tydligare definiera och avgränsa folktandvårdens olika uppdrag och verksamheter. Vidare planeras ett arbete tillsammans med landstingen med att beräkna kostnaderna för folktandvårdens olika verksamheter. Genom detta bör socialutskottets önskemål om särskiljande av kostnaderna för olika verksamheter inom folktandvården kunna bli uppfyllt.

I de fall landstinget önskar få en viss verksamhet utförd, bör det ges en särskild ersättning till denna enbart om den inte är

konkurrensutsatt och inte skall finansieras med avgifter och försäkringsersättningar. Ett exempel på en uppgift som måste finansieras med en sådan särskild ersättning är att tillhandahålla tandvård i glesbygd där patientunderlaget är för litet för att tandvården skall kunna bedrivas på samma rationella sätt och till samma kostnader som på mera tätbefolkade orter och där det inte finns tillgång till någon privatpraktiserande tandläkare. Ett annat exempel på ökade kostnader, som kan finansieras med bidrag, är vad som är förenat med handikappanpassning av utrustning och lokaler för att möjliggöra mottagandet av rörelsehindrade och i vissa fall sängbundna patienter.

Tydliggörandet av folktandvårdens olika uppgifter och särskiljandet av vad som skall finansieras med särskild ersättning respektive med avgifter och externa ersättningar har kommit olika långt i landstingen. Enligt Landstingsförbundet tenderar denna utveckling att ha kommit längst i de landsting som har de högsta priserna på tandvård. Sannolikt kommer priserna inom de landsting som nu har de lägsta priserna att successivt öka i takt med att arbetet med att definiera och prissätta olika uppdrag och verksamheter fortgår. Uppdelningen i beställar- och utförarorganisationer bidrar till detta.

## Landstingens prissättning

### **Kommunallagen**

Riksförsäkringsverket har ställt frågan om självkostnaden för tandvård verkligen kan skilja sig mellan olika landsting i så hög grad som landstingens prislistor indikerar. Verket ifrågasätter om kommunallagens krav på självkostnad följs. RFV anser därför att regeringen bör initiera en analys av folktandvårdens prissättning utifrån detta perspektiv.

Kommunallagen (1991:900) anger att fullmäktige beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars i ärenden av större vikt för kommunen eller landstinget, främst bl.a. budget, skatt och andra viktiga frågor (3 kap. 9 § första stycket 2). Fullmäktige får uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Ärende som avses i 3 kap. 9 § första stycket eller som enligt lag eller annan författning skall avgöras av fullmäktige får dock inte delegeras till nämnderna.

I förarbetena till kommunallagen (prop. 1990/91:117) anges detta ge uttryck för fullmäktiges finansmakt och att det i uttrycket "andra viktiga frågor" ligger ett allmänt krav på att fullmäktige skall besluta i sådana ärenden som, liksom budgeten och skatten, har avgörande betydelse för den kommunala ekonomin. I propositionen anges vidare att det t.ex. kan handla om graden av avgiftsfinansiering och viktiga beslut om förmögenhetstillgångar. Beslut om taxor är ett annat exempel på en finansiell åtgärd som regelmässigt har sådan kommunalekonomisk betydelse.

Enligt 8 kap. 3 c § kommunallagen får kommun och landsting inte ta ut högre avgifter än som svarar mot kostnaden för de tjänster eller nyttigheter som kommunen eller landstinget tillhandahåller. Avgifterna får inte bestämmas till sådana belopp att de tillför kommunen eller landstinget en vinst.

Huvudregeln är att med självkostnaden avses inte kostnaden för den enskilda prestationen, såvida inte en sådan självkostnadsberäkning är föreskriven i författning, utan de sammanlagda kostnaderna för hela den avgiftsupptagande verksamheten eller rörelsen.

### **Tandvårdslagen**

Landstingsförbundet har i en skrivelse den 11 december 1998 till Socialdepartementet hemställt om en ändring i tandvårdslagen angående formerna för beslut i landstingen om folktandvårdens priser. Den formella beslutsprocessen för prissättning av tjänster skiljer sig mellan privat och kommunal verksamhet. För landstingens verksamhet gäller att beslut om prissättning på tjänster enligt Landstingsförbundets uppfattning måste fastställas av landstingsfullmäktige. Folktandvårdens konkurrenter får därför kännedom om vilka priser som kan komma att gälla inom ett landsting relativt långt innan dessa kan tillämpas. Landstingsförbundet anser därför att det i tandvårdslagen skall införas en regel med innebörd att den nämnd som fullmäktige bestämmer, får fastställa priserna på tandvård. Avsikten är att besluten skall kunna fattas av ett organ på en lägre politisk nivå än fullmäktige så att beslutsprocessen blir snabbare.

Av 15 a § tandvårdslagen (1985:125) framgår att för tandvård som anges i 7 § 2 och 3 får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstinget bestämmer, om inte något annat är

särskilt föreskrivet. I 7 § 2 anges specialisttandvård för vuxna och i 3 övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget bedömer lämplig. I 4 § regleras den ersättning som en vårdgivare får ta ut av patienten. Ersättningen skall vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. Paragrafen har utformats för att ge ett skydd för patienten mot att vårdgivaren begär ett oskäligt högt pris för behandlingen.

Utredningen har genomfört en enkät till landets folktandvårdsorganisationer för att få klarlagt vilken instans inom landstinget som fattar beslut om den allmänna nivån på priserna samt om priserna på enskilda åtgärder.

I tio landsting beslutar fullmäktige om såväl nivån som om priset på åtgärder. I ytterligare fyra beslutar fullmäktige om den allmänna nivån medan landstingsstyrelsen eller en produktionsstyrelse beslutar om den detaljerade taxan. I fyra landsting beslutar landstingsstyrelsen om såväl den allmänna nivån som om priserna på enskilda åtgärder. I tre landsting bestämmer en produktionsstyrelse eller folktandvårdschefen såväl den allmänna prisnivån som priserna på de olika åtgärderna.

## Överväganden

Den kommunala självkostnadsprincipen lämnar stort tolkningsutrymme. Enligt utredningens mening hindrar inte självkostnadsprincipen att landstinget bestämmer avgiften så att den i ett visst fall överstiger "självkostnaden" för en speciell åtgärd och att den i ett annat fall understiger självkostnaden för denna åtgärd.

Ur konkurrenshänseende kan landstinget däremot inte ta ut avgifter som understiger självkostnaden väsentligt för åtgärder som efterfrågas av många, men ta ut höga avgifter, som överstiger självkostnaden väsentligt, för åtgärder som inte efterfrågas ofta.

Utredningen delar Landstingsförbundets uppfattning att, med att vårdavgifter får tas ut enligt de grunder som landstinget bestämmer, avses att det är landstingsfullmäktige som beslutar. Inom flera landsting har fullmäktige emellertid delegerat beslut om folktandvårdens priser till nämnd eller styrelse, i tre landsting till produktionsorganisationen själv.

Landstingen har ett avgörande inflytande på tandvårdsprisernas utveckling. Detta gäller inte enbart inom den i egen regi drivna

folktandvården utan för all tandvård i landet. Riksförsäkringsverket har visat att privattandvården följer priserna inom respektive landstingsområde.

Utredningen anser det vara viktigt att frågan om såväl den allmänna prisnivån inom folktandvården som om priserna på enskilda åtgärder bestäms av fullmäktige och inte av någon nämnd.

Den genomlysning av prisfrågan och den öppna debatt som sker vid fullmäktiges möten är det enda tillfälle då patienternas/konsumenternas intressen vägs mot producenternas. Landstingsfullmäktige har visserligen dubbla roller som företrädare för såväl allmänintressena som för producenterna inom den i egen regi drivna folktandvården, men den rollen är inte unik när det gäller tandvården. Allmänhetens krav på låga tandvårdspriser och krav på rationell drift inom den offentliga tandvården kan av fullmäktige vägas mot folktandvårdens önskemål om intäktsökningar.

Utredningen anser att tandvårdslagen (1985:125) bör kompletteras så att det tydligt framgår att landstingsfullmäktige skall besluta om avgifterna för tandvård och att besluten inte får delegeras till en nämnd eller styrelse. Så som konkurrensen inom tandvården utvecklats, anser utredningen inte att det finns skäl för regeringen att tillmötesgå Landstingsförbundets önskan om en tydligt uttalad rätt för fullmäktige att delegera besluten till en nämnd. Allmänintresset av att tandvårdens priser inte blir onödigt höga väger över.

En inte obetydlig del av den tandvård för vuxna som bedrivs av folktandvården skall dessutom betalas av landstinget. Detta gäller främst tandvård åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Om en producentorganisation inom landstinget sätter sina egna priser på denna tandvård utan inflytande av fullmäktige, torde detta ha sådan kommunal-ekonomisk betydelse att det strider mot kommunallagen.

### Landstingens kostnader för privattandvård

I direktiven tas upp ett problem som rör priserna på tandvård i samband med nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Vårdgivarens prissättning är fri och patienten betalar endast patientavgift enligt den öppna hälso- och sjukvårdens regler. Landstingen ersätter vårdgivaren med resterande del av arvodet.

Patienten har rätt att välja tandläkare inom folktandvården eller inom den privata vården. Om en patient väljer en privat tandläkare, kan incitamenten för denna att begränsa kostnaderna för tandvården vara svaga, vilket kan leda till ökade kostnader för landstinget.

För att få en uppfattning om storleken på problemet har utredningen genomfört en enkät till de organisationer inom landstingen som administrerar tandvårdsstödet åt vuxna. Följande frågor ställdes:

1. Hur stor andel av de totala ersättningarna utbetalas till privata vårdgivare?
2. Hur är privattandvårdens arvodesnivå i förhållande till folktandvårdens?
3. Hur ofta har utbetalning av arvode vägrats med hänvisning till att det bedömts som oskäligt?
4. Har landstinget blivit stämt av en privat vårdgivare för vägran att betala begärt arvode?

Svar har inkommit från 19 landsting. Av enkätsvaren framgår att som ett genomsnitt för hela landet har 24 procent av ersättningen för nödvändig tandvård och 40 procent för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling utbetalats till de privata vårdgivarna och de resterande delarna till folktandvården.

Prisnivån för nödvändig tandvård uppskattades vara lika för privattandvård och folktandvård i åtta landsting, tio procent högre för privattandvård i sju, 15 procent högre i tre och tjugo procent högre i ett landsting. Flera landsting uppgav att de träffat överenskommelse med privattandvården i länet om att tillämpa samma priser som folktandvården.

På frågan om hur ofta en utbetalning vägrats till en privat vårdgivare svarade ett landsting "varje dag", två "varje vecka", tre "varje månad", ett "några gånger per år" och fem svarade "vid enstaka tillfälle". Sex landsting svarade att de aldrig vägrat en utbetalning till en privat vårdgivare på grund av att priserna ansetts oskäligt höga.

Inget landsting hade blivit stämt för att ha vägrat betala ut ett arvode som landstinget ansåg oskäligt.



## Överväganden

Det kan ifrågasättas om det är rimligt att ett landsting betalar mer för att få tandvård utförd av privata vårdgivare än vad det kostar att utföra vården i egen regi. Den i tandvårdslagen fastställda friheten för en patient att välja en offentlig eller privat vårdgivare samt rätten för en vårdgivare att själv bestämma sina priser, leder emellertid i vissa fall till högre kostnader för landstinget.

Utredningen anser emellertid inte att privattandvårdens priser för nödvändig tandvård och tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling generellt skiljer sig från folktandvårdens i så stor utsträckning att en prisreglering enbart av det skälet bör införas.

Utredningen har emellertid framlagt förslag om införande av ett högkostnadsskydd för protetiska åtgärder åt personer som är 75 år och äldre. Förslaget innebär att tandvårdsersättningen skall uppgå till 100 procent av arvudet sedan 7 000 kronor betalats som patientavgift. I samband med detta föreslås att arvudena på fasta protetiska åtgärder för den ifrågavarande patientgruppen prisregleras.

I kapitel 5 har utredningen förslagit att en prisreglering inom tandvårdsförsäkringen skall införas för vissa åtgärder när de utförs på personer som är 75 år eller äldre. Utredningen finner det rimligt att samma prisreglering skall gälla när patienter som är 75 år eller äldre betalar avgift till landstinget enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler, dvs. högst 900 kronor under en tolv-månadersperiod. Detta gäller sådan nödvändig tandvård som utförs åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling.

I de landsting där prisskillnaderna mellan folktandvården och de privata vårdgivarna är störst bör, när det gäller arvudena för övriga åtgärder som utförs inom ramen för den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, landstinget i första hand pröva att träffa frivillig överenskommelse med den lokala privattandläkarföreningen avseende prisnivån.

## 7 Kostnadsutveckling

Utredningen har även i uppdrag att göra en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen i tandvården i ett femårigt perspektiv. Utredningen har inte tillgång till annat underlag för att bedöma den framtida kostnadsutvecklingen än Landstingsförbundet och Riksförsäkringsverket. Utredningen finner inte heller skäl att bedöma kostnadsutvecklingen på annat sätt än vad förbundet och verket gjort.

### 7.1 Bakgrund

Historiskt sett har försäkringsutgifterna för tandvården vid flera tillfällen överstigit det tilldelade anslaget. Under år 1999 understeg dock kostnaderna för tandvården de tilldelade medlen. Orsaken till detta kan ha varit att det reformerade tandvårdsstödet infördes från den 1 januari 1999, vilket innebar att konsumtionen av viss tandvård, där förmånerna skulle komma att försämrats, tidigare lades till år 1998. Ett annat skäl till att kostnaderna för år 1999 understeg de förväntade var att redovisningsreglerna för folktandvården gentemot försäkringskassan ändrades med kort varsel inför år 1999. Detta medförde att folktandvården under år 1999 i en del landsting inte kunde anpassa sina datasystem så att tandvårdsräkningar avseende vård under år 1999 kunde insändas till försäkringskassan detta år.

I direktiven till utredningen anges att mot de osäkra prognoserna och de planerade reformerna inom tandvården, skall utredningen göra en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen i tandvården. Utredningen skall ha ett femårigt perspektiv.

Det statliga anslaget för tandvård finns i dag inom Utgiftsområde 9: Hälsovård, sjukvård och social omsorg, 13:1 Sjukvårds-

förmåner m.m., Anslagsposterna 1 och 2, Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen respektive Tandvårdsersättning. Från och med år 2002 skall anslaget för den tandvård som landstingen ansvarar för överflyttas till Utgiftsområde 25: Allmänna bidrag till kommuner, 91:1 generellt statsbidrag till kommuner och landsting.

## 7.2 Ersättningar till sjukvårdshuvudmännen

Anslagsposten bekostar bl.a. den vuxentandvård som landstingen ansvarar för enligt tandvårdslagen (1985:125), dvs. enligt 8 a § uppsökande verksamhet åt boende på sjukhem m.m. nödvändig tandvård åt dessa samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Ersättningen utbetalas av Riksförsäkringsverket till landstingen med 405 miljoner kronor per år under åren 1999–2001 enligt en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet från november år 1998. Den totala kostnaden för landstingen beräknades till 485 miljoner kronor per år, Men av dessa förväntades landstingen själva finansiera 80 miljoner kronor med ökade intäkter för vissa oralkirurgiska behandlingar, som inte längre skulle betalas med patientavgifter som för öppen hälso- och sjukvård utan med avgifter och ersättningar inom tandvårdsförsäkringens ram.

Enligt överenskommelsen skall ersättningen fr.o.m. år 2002 inte lämnas genom Riksförsäkringsverket utan ingå i det generella statsbidraget till landstingen. Detta innebär att kostnaden då inte längre kommer att belasta anslaget 13.1 Sjukvårdsförmåner m.m. Om landstingens användning av medlen över- eller understiger den utbetalda ersättningen, är staten och Landstingsförbundet överens om att den uppkomna sammanlagda mellanskillnaden efter de tre första åren skall slutregleras via budgetpropositionen för år 2003. En överenskommelse om detta skall träffas mellan parterna före den 1 juli 2002.

Landstingsförbundet skall årligen senast den 1 april efter respektive år lämna en redovisning till regeringen om hur medlen utnyttjats för uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård åt dem som har rätt att bli uppsökta samt sådan tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. En första redovisning avseende år 1999 har överlämnats till regeringen i mars år 2000. I mars år 2001 överlämnades redovisningen för verk-

samheten år 2000 tillsammans med en prognos över kostnaderna för åren 2001–2004.

I följande tabell redovisas kostnaderna för landstingen åren 1999 och 2000 samt prognoserna.

*Landstingens kostnader åren 1999 och 2000 samt prognoser för åren 2001–2004. Miljoner kronor.*

År	Uppsökande + Nödvändig tandvård	Tandvård som led i sjukdoms- behandling	Administration inkl. hjälpmedel	Summa
1999	124	43	26	193
2000	279	124	30	433
2001	373	146	32	551
2002	466	170	34	670
2003				710
2004				753

Kostnaderna år 1999 för landstingen uppgick till 193 miljoner kronor och för år 2000 till 433 miljoner kronor. Kostnaderna skall jämföras med de beräknade årliga kostnaderna om 485 miljoner kronor. Landstingsförbundet förklarar det förhållandevis låga utfallet under de två första åren efter tandvårdsreformens genomförande med att alla verksamheter ännu inte kunnat komma igång i full skala, att vissa kostnader för tandvård som var ett led i en sjukdomsbehandling betalades av försäkringskassorna under det första halvåret 1999, att den utförda vården inte blir redovisad förrän behandlingsomgångarna är slutförda samt att folktandvårdens redovisningssystem ännu inte blivit utbyggda i alla landsting.

När det gäller de följande åren 2001 och 2002 bedömer Landstingsförbundet att kostnaderna kommer att öka.

Den uppsökande verksamheten åt boende på sjukhem m.m. beräknas öka i omfattning så att 60 procent av de ca 200 000 personer som är berättigade till den, kommer att utnyttja förmånen från och med år 2001, då verksamheten beräknas vara i full funktion. Alla berättigade vill eller behöver inte bli uppsökta varje år. Kostnaderna per uppsökt beräknas öka från 763 kronor år 2000 till 775 kronor år 2001 till 800 kronor år 2002. Nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. beräknas bli meddelad åt 60 procent av de berättigade från och med år 2001. Kostnaden per behandlad förväntas öka från 2 417 kronor år 2000 med 15 procent per år för

åren 2001 och 2002 dels på grund av att patienter med större vårdbehov successivt kommer in i systemet och ersätter dem med mindre, dels på grund av prishöjningar.

Även tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling förväntas öka såväl till volym som kostnader. Anledningen är att kunskaperna om förmånen blir mera spridd bland patienter och vårdpersonal och att denna därigenom kommer att utnyttjas av flera samt att priserna kommer att öka. Landstingsförbundet uppskattar kostnadsökningarna till tio procent per år för åren 2001 och 2002 från genomsnittskostnaden 4 134 kronor år 2000.

Kostnaderna för administration uppskattas öka från 30 miljoner kronor år 2000 med sex procent per år för åren 2001 och 2002 på grund av ökade kostnader för uppföljning och löner.

Landstingsförbundet anser att kostnaderna för åren 2003 och 2004 är svårare att prognostisera. Förbundet har uppskattat kostnadsökningarna till sex procent per år.

### 7.3 Tandvårdsersättning

Riksförsäkringsverket har i januari år 2001 till Socialdepartementet redovisat det preliminära utfallet för budgetåret 2000 samt beräkningar av anslagsnivåer för åren 2002–2006 för respektive anslag inom verkets ansvarsområde.

Anslagsposten Tandvårdsersättning bekostar vuxentandvård enligt förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa som trädde ikraft den 1 januari 1999. Den reformerade tandvårdsförsäkringen bekostar bastandvård, protetiska åtgärder samt tandreglering.

I följande tabell redovisas Riksförsäkringsverkets anslag, utfall och prognoser för åren 2000–2004.

*Anslag, utfall och prognoser för tandvårdsförsäkringen åren 2000–2004. Miljoner kronor.*

År	Anslag	Utgifter Prel. utfall/prognos
2000	1 455	1 453
2001	1 689	1 730
2002		1 890
2003		2 250
2004		2 310

Riksförsäkringsverket hade tidigare beräknat prognosen för utfallet år 2000 till 1 598 miljoner kronor. På grund av fortsatta administrativa problem hos landstingen har inte kraven på ersättning för en del av den tandvård som utförts under åren 1999 och 2000 kunnat framföras till försäkringskassorna och således inte belastat anslagen för dessa år. Därför kommer sannolikt inte anslaget för år 2000 att till fullo belastas utan utgifterna senareläggs och belastar anslaget under det följande året.

Enligt Riksförsäkringsverket har kostnaden för protetiska åtgärder och den förhöjda ersättningen för tandvård som är en följd av ett långvarigt sjukdomstillstånd inte blivit lika höga som verket utgick från i prognosarbetet. Å andra sidan har kostnaden för bastandvården blivit betydligt högre än beräknat. Att tandvårdsreformen skulle lägga tyngdpunkten i det ekonomiska stödet på bastandvård eftersträvades i propositionen (1997/1998:112) Reformerat tandvårdsstöd. En satsning på reparativ och förebyggande tandvård förutsattes komma att minska ett framtida behov av mer omfattande och dyrbar protetisk vård. Sannolikt har också en förskjutning i värdefterfrågan skett, såtillvida att fyllningsterapi numera oftare väljs än kronterapi eftersom denna genom konstruktionen på tandvårdsförsäkringen blivit väsentligt dyrare.

Vad gäller de protetiska åtgärderna anför Riksförsäkringsverket att sådana faktorer som politiska uttalanden om en förändrad och mera gynnsam tandvårdsförsäkring kan leda till att människor som har för avsikt att söka behandling, i stället väljer att avvakta framtida regelförändringar. RFV bedömer att denna effekt till viss del slagit igenom på utfallen år 1999 och år 2000 men att protetiska åtgärder i framtiden kommer att efterfrågas i större utsträckning.

I anslaget för år 2001 har inräknats det resurstillskott på 100 miljoner kronor, som tillkom den 1 januari 2001 för att förbättra skyddet mot höga behandlingskostnader för hela proteser.

Prognosen för år 2001 beräknas till 1 730 miljoner kronor. I denna har regeländringen beräknats belasta anslaget med 100 miljoner kronor. Prognosen är i övrigt högre än det förväntade utfallet för år 2000, delvis beroende på tidigare eftersläpningar från folktandvården på grund av administrativa problem och en viss förväntad ökning av bastandvården.

I prognoserna för åren 2002 och 2003 har inräknats de förväntade resurstillskotten för att förbättra tandvårdsstödet åt främst äldre personer, som angetts i budgetpropositionen för 2001, dvs.

ytterligare 100 miljoner kronor från och med år 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor från och med år 2003. I prognoserna har också antagits att kostnaderna för bastandvården fortsätter att öka. Även kostnaderna för förhöjd ersättning vid långvariga sjukdomstillstånd förväntas öka liksom kostnaderna för protetiska åtgärder.

#### 7.4 Överväganden

Utredningen har inte tillgång till annat underlag för att bedöma den framtida kostnadsutvecklingen än Landstingsförbundet och Riksförsäkringsverket. Utredningen finner inte heller skäl att bedöma kostnadsutvecklingen på annat sätt än vad förbundet och verket gjort.

När det gäller ersättningen till landstingen har överenskommelse träffats om dennas storlek till och med år 2002. Inför år 2003 skall en slutlig överenskommelse träffas mellan staten och Landstingsförbundet. I denna överenskommelse skall beaktas den sammanlagda mellanskillnaden mellan den utbetalda ersättningen och landstingen kostnader under åren 1999–2001. Utredningen anser att även Landstingsförbundets prognos över kostnaderna år 2002 och 2003 därvid bör kunna beaktas.

Utredningen vill inte föregripa den förhandling som skall ske mellan staten och Landstingsförbundet inför år 2003 men konstaterar ändå att enligt Landstingsförbundets redovisning av utfallet för åren 1999 och 2000 samt prognosen för år 2001 beräknas statens ersättning för de tre åren, 1 215 miljoner kronor, komma att överstiga landstingens kostnader om 937 (193-80+433-80+551-80) miljoner kronor med 278 miljoner kronor. Hänsyn har då tagits till att landstingen förväntas finansiera 80 miljoner kronor av de årliga kostnaderna med ökade intäkter för oralkirurgi. Många landsting har emellertid påpekat att de faktiska intäktsökningarna till följd av de ändrade reglerna för oralkirurgi blivit avsevärt lägre än vad som beräknats. Ingen hänsyn har tagits till ränteintäkter inom landstingen under perioden.

För år 2002, då landstingens kostnader beräknats uppgå till 670 miljoner kronor kommer statens ersättning, såsom utredningen tolkar överenskommelsen mellan staten och Landstingsförbundet, fortfarande att vara 405 miljoner kronor, även om anslagsformen ändras. Då förväntas med samma beräkningsgrund

ett underskott om 185 (670-80-405) miljoner kronor att uppstå för landstingen.

För år 2003 beräknas landstingens kostnader uppgå till 630 (710-80) miljoner kronor då intäkterna för oralkirurgi frånräknats. Statens ersättning till landstingen år 2003 skulle behöva uppgå till 537 miljoner kronor för att ge full kostnadstäckning t.o.m. detta år. Då har 630 miljoner kronor beräknats för kostnaderna år 2003, 185 miljoner kronor lagts till som kompensation för det beräknade underskottet inom landstingen år 2002 och 278 miljoner kronor dragits ifrån för det beräknade överskottet åren 1999-2001.

För år 2004 behöver statens ersättning uppgå till 673 (753-80) miljoner kronor motsvarande landstingens uppskattade kostnader med avdrag för 80 miljoner kronor avseende oralkirurgi.

Beloppen för åren 2003 och 2004 kan justeras när utfallen för åren 2001 och 2002 blir kända och prognoserna kan göras säkrare.

I följande tabell sammanställs prognoserna för åren 2001-2004.

*Prognoser över kostnaderna för statens stöd till tandvård åt vuxna åren 2001-2004. Miljoner kronor.*

År	Ersättning till landstingen	Tandvårdser-sättning	Summa
Utfall 2000	405	1 453*	1 858*
2001	405	1 730	2 135
2002	405	1 890	2 295
2003	537	2 250	2 787
2004	673	2 310	2 983

\* Preliminärt utfall

Utredningen vill avslutningsvis än en gång betona att prognoserna är osäkra men att det för närvarande inte går att åstadkomma större säkerhet. De fortsatta uppföljningarna inom Riksförsäkringsverket och Landstingsförbundet bör successivt kunna ge bättre underlag. I sitt huvudbetänkande, som skall lämnas senast den 31 mars år 2002 avser utredningen att återkomma med reviderade prognoser för åren 2002-2004 med tillägg av år 2005.



# Kommittédirektiv

Samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m.



Dir.  
2000:65

---

Beslut vid regeringssammanträde den 28 september 2000.

## Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare tillkallas med uppdrag att göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet och vid behov föreslå förändringar som leder till att systemet blir effektivare och möjligheterna att uppnå reformens syften förbättras. Utredaren skall särskilt utreda förutsättningarna för att förbättra stödet vid höga behandlingskostnader för i första hand de äldre. Utredaren skall vidare analysera utvecklingen av priserna för tandvård och om utredaren finner att prisutvecklingen är oacceptabel skall han eller hon föreslå åtgärder för att komma till rätta med prisutvecklingen. Utredaren skall vidare göra en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen för tandvårdsersättningen och hur den står i relation till de tilldelade medlen för tandvården.

Utredaren skall vidare belysa den framtida tillgången och efterfrågan på tandvårdspersonal med olika typer av kompetens. Mot denna bakgrund skall utredaren lämna förslag och rekommendationer som bidrar till att trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal samt främjar effektivitet och samarbete inom tandvården. Tandvårdens kompetens- och resursbehov skall härvid även belysas utifrån ett integrationsperspektiv.

## Bakgrund

### *Det reformerade tandvårdsstödet*

Den 1 januari 1999 trädde ett reformerat tandvårdsstöd i kraft. Genom det nya stödet inriktades den s.k. tandvårdsförsäkringen på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälso-befrämjande tandvården, s.k. bastandvård. För äldre personer och personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov gavs ett förstärkt stöd. Ett särskilt skydd infördes också för mera omfattande och kostnadskrävande behandling med protetik och vid tandreglering.

Stödet för bastandvård innebär att tandvårdsersättning lämnas för all tandvård, med undantag för i huvudsak undersökningar och protetiska åtgärder, med fasta krontalsbelopp per utförd åtgärd enligt en särskild taxa. Vårdgivaren fastställer patientavgiften. För personer i åldrarna 20–29 år omfattas även undersökningar av tandvårdsersättning. För bastandvården infördes dessutom en möjlighet att teckna abonnemang, vilket innebär att patienten för sitt behov av bastandvård under två år betalar en fast avgift som vårdgivaren fastställer. Vid protetik och tandreglering lämnas ett stöd med fasta belopp per åtgärd, varav dock ett visst belopp räknas av som karensbelopp.

Personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har väsentligt ökade tandvårdsbehov får förhöjd ersättning. För bastandvård utges dubbla belopp jämfört med för andra patienter. Denna grupp slipper också karensbeloppet vid protetik och tandreglering.

Landstingen ansvarar för att personer som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad av äldre och funktionshindrade m.fl. erbjuds uppsökande vård, varvid besöket för en munvårdsbedömning och individuell rådgivning m.m. är avgiftsfritt. För de behandlingsinsatser som därefter kan bli nödvändiga betalar patienten avgift inom systemet som gäller för öppen hälso- och sjukvård.

Även för personer som har behov av särskilda behandlingsinsatser som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid gäller samma avgiftsbestämmelser som för öppenvårdsbesök inom hälso- och sjukvården.

### *Erfarenheterna från den första tiden med det nya stödet*

Det nya tandvårdsstödet har varit i funktion under en begränsad tid. Det är för tidigt att bedöma generella effekter av stödet på tandhälsoutvecklingen, utan sådana effekter måste ses i ett längre perspektiv. De rapporter och utvärderingar som färdigställts hittills ger dock en bild av att det inom tandvårdsförsäkringen skett en förskjutning mot bastandvård. Det av landstingen administrerade stödet till vissa patientgrupper var inte i full funktion i alla landsting under 1999, men har ändå lett till att ett relativt stort antal människor med stora och eftersatta behov av tandvård har kunnat få hjälp.

Under den tid som gått sedan stödet infördes har regeringen emellertid också fått kännedom om vissa problem och svårigheter vid tillämpningen av vissa delar av det. De prisökningar som skett sedan prissättningen på tandvård blev fri är större än väntat och det har lett till att försäkringsersättningarna urholkats. Det är ibland svårt att avgränsa de grupper av äldre och funktionshindrade m.fl. som är berättigade till ett särskilt förmånligt stöd och det finns uppgifter om att stödet åtminstone i vissa fall gått till tandvård för människor som inte tillhör de grupper som stödet är avsett för. Det står också klart att tandvårdsstödet förändrade inriktning leder till höga kostnader för dem som behöver omfattande protetiska åtgärder men inte tillhör någon av de ovannämnda grupperna.

### **Allmänna utgångspunkter**

I vissa avseenden fungerar det reformerade tandvårdsstödet tillfredsställande även om dess effekter ännu inte definitivt kan bedömas. Det är viktigt att regelverket har en utformning som främjar tandhälsan. Vidare anser regeringen att landstingen även fortsättningsvis bör ha ansvaret för tandvård åt vissa patientgrupper enligt de huvudprinciper som gäller i dag.

Totalt sett bör utredarens förslag syfta till att i första hand förbättra det nuvarande systemet och åstadkomma ett mer effektivt utnyttjande av tillgängliga resurser.

## Uppdraget

Den särskilde utredaren skall göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet och vid behov föreslå förändringar som leder till att systemet blir effektivare och att möjligheterna att uppnå reformens syften förbättras. Vid denna bedömning skall utredaren bl.a. beakta de rapporter som Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen och Landstingsförbundet överlämnat som ett led i uppföljningen av tandvårdsreformen. Utredaren skall sammanställa och beakta tillgänglig information om befolkningens tandhälsa, exempelvis när det gäller skillnader mellan olika grupper. Utredaren skall bland annat analysera tandvårdsstödet ur jämställdhetsperspektiv och uppmärksamma kvinnors och mäns skilda behov samt redovisa systemets effekter för respektive kön. Utredaren skall utgå ifrån det nuvarande tandvårdsstödet, men det skall stå honom eller henne fritt att föreslå förändringar i stödet som kan antas leda till större effektivitet och främja en god tandhälsa hos befolkningen. Vid utvärderingen och utarbetandet av förslag till förändringar skall vissa frågor särskilt analyseras. Dessa behandlas i det följande.

### *Ett bättre skydd mot höga behandlingkostnader*

För att i första hand förbättra skyddet mot höga behandlingkostnader har regeringen i den ekonomiska vårpropositionen 2000 avsatt 200 miljoner kronor för 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor för 2003. I budgetpropositionen för 2001 föreslår regeringen att förbättringarna delvis tidigareläggs genom att tandvårdsstödet redan för 2001 tillförs 100 miljoner kronor av de 200 miljoner kronor som avsatts för 2002. När det gäller användningen av det första tillskottet på 100 miljoner kronor avser regeringen att återkomma med besked senare.

Tandvårdsstödet nuvarande utformning gör att behandlingkostnaderna för patienterna kan bli mycket höga. Konsekvensen blir att en del människor inte har råd med mer omfattande tandvård. Bland dem som hamnar i denna situation finns bl.a. många äldre med omfattande behov av protetik.

Utredaren skall mot denna bakgrund analysera hur stödet vid höga behandlingkostnader kan förbättras för i första hand de äldre samt föreslå ett förbättrat skydd mot höga behandlingkostnader

för denna grupp. Flera förslag kan lämnas, varav åtminstone ett kan omfatta ett tak för höga behandlingskostnader för äldre. Utredningens förslag bör vara utformat på ett sådant sätt att stödet kan utvidgas till att omfatta andra grupper, vars tandvårdsbehov är stora, om tandvårdsstödet i framtiden tillförs ytterligare resurser.

### *Prissättningen på tandvård*

Prishöjningarna efter det att den statliga prisregleringen slopades har varit större än väntat. Av Riksförsäkringsverkets (RFV:s) rapport om tandvårdsstödet under 1999 framgår att den genomsnittliga prisökningen mellan 1998 och våren 1999 var 18 procent. En senare rapport från RFV om folktandvårdens prissättning visar på fortsatta betydande prisökningar under 2000. Till viss del kan prishöjningarna ha varit motiverade, men de fortsatta höjningarna är oroväckande.

Ett annat problem som rör priserna på tandvård har uppkommit i samband med den tandvård för äldre och funktionshindrade som landstingen administrerar och för vilken patienten endast betalar avgift enligt de bestämmelser som gäller för besök i den öppna hälso- och sjukvården. Om patienten väljer en privat tandläkare, vilket han eller hon har rätt att göra, kan incitamenten för att hålla landstingens kostnader nere bli för svaga.

Utredaren skall analysera utvecklingen av priserna för tandvård och om utredaren finner att prisutvecklingen är oacceptabel skall han eller hon föreslå åtgärder för att komma till rätta med prisutvecklingen.

### *Den framtida kostnadsutvecklingen*

Historiskt har försäkringsutgifterna för tandvården vid flera tillfällen överstigit det tilldelade anslaget. Under år 1999 understeg dock kostnaderna för tandvården de tilldelade medlen. Orsaken till detta kan ha varit att det nya systemet infördes från den 1 januari 1999, vilket innebar att konsumtionen av tandvård tidigarelades till 1998, då det var känt att det nya systemet skulle medföra försämringar för vissa behandlingar. Det är mot bakgrund av detta svårt att dra slutsatser av år 1999 vad gäller den framtida kostnads-

utvecklingen för tandvården. För år 2000 pekar det mesta på att kostnaderna kommer att överstiga det tilldelade anslaget.

Mot bakgrund av de osäkra prognoserna och de planerade reformerna inom tandvården skall utredaren göra en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen i tandvården. Utredaren skall ha ett femårigt perspektiv.

### *De särskilda patientgrupperna*

När det gäller det särskilda stödet till äldre och funktionshindrade i särskilda boendeformer m.m., har bl.a. Landstingsförbundet i en skrivelse till regeringen framfört att det förekommer att även fullt friska personer kan vara berättigade till stödet i egenskap av medboende maka eller sambo. Vidare uppkommer en rätt till nödvändig tandvård även för den som har ett kortvarigt behov av vård i hemmet under en konvalescens efter t.ex. en operation. Utredaren skall se över bestämmelserna inom detta område och överväga behovet av ändringar. Begreppet nödvändig tandvård och vad som skall inrymmas i detta skall belysas närmare.

Vilka diagnoser och behandlingar som bör omfattas av stödet till tandvård som ett led i sjukdomsbehandling har utförligt behandlats i en rapport från Socialstyrelsen, som låg till grund för bestämmelserna i tandvårdsförordningen (1998:1338). Vid en stödform av detta slag är det troligen svårt att undvika att vissa grupper känner sig förbisedda. Ett antal ärenden har inkommit till Socialdepartementet som rör dels grupper som vill omfattas av stödet, dels personer som anser sig berättigade till stödet trots att landstingen gjort en annan bedömning. Utredaren skall se över bestämmelserna om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och hur de tillämpas samt vid behov föreslå ändringar.

### *Förhöjd tandvårdsersättning*

Betydligt färre personer än beräknat har sökt förhöjd tandvårdsersättning på grund av långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov vid långvarig sjukdom och funktionshinder. RFV redovisar i sin utvärderingsrapport att endast drygt 9 600 personer sökte, varav 7 600 personer beviljades detta stöd under 1999. Detta kan jämföras med att den berättigade personkretsen av den tidigare utred-

ningen uppskattats till ungefär 300 000 personer. Utredaren skall analysera orsakerna till detta och bedöma om det finns skäl att ändra förutsättningarna för stödet.

#### *Tandvårdens roll för att motverka tobaksbruk*

Insatser för att motverka tobaksbruk kan ha stor betydelse för att på längre sikt minska tandvårdskostnaderna. Tobaksavvänjning har även i övrigt positiva effekter, exempelvis vad gäller sjukdomar som lungcancer och hjärt- och kärlsjukdomar samt på hälsan i allmänhet. Utredaren skall därför bedöma effekterna av att dels låta tobaksvanor omfattas av undersökningsmomentet i tandvårdstaxan, dels föra in tobaksavvänjning bland de förebyggande åtgärderna i taxan.

#### *Patientnämnderna*

I varje landsting eller kommun skall det enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom hälso- och sjukvård och tandvård. I fråga om hälso- och sjukvården gäller lagen både hälso- och sjukvård som bedrivs av ett landsting eller en kommun och vård som bedrivs enligt avtal med ett landsting eller en kommun. Tandvården omfattas däremot av patientnämndernas verksamhet endast om den bedrivs av ett landsting. Landstingsförbundet har i en skrivelse till regeringen föreslagit att lagen om patientnämndsverksamhet skall ändras så att patientnämnderna kan ta upp ärenden som gäller all tandvård som finansieras av landstingen.

Utredaren skall överväga om ärenden som rör tandvård även i andra fall än de som nu anges i lagen om patientnämndsverksamhet skall kunna behandlas av patientnämnderna.

#### *Bättre förutsättningar för uppföljning, utvärdering och analys av tandvårdsstödet*

Det finns ett uppenbart behov av att förbättra förutsättningarna för att följa upp, utvärdera och analysera tandvårdsstödet. Riksförsäkringsverket har därför i sin rapport om det reformerade tandvårds-

stödet föreslagit att verket skall ges möjlighet att ålägga försäkringsanslutna vårdgivare att redovisa vissa uppgifter som gör detta arbete möjligt. Därutöver behöver möjligheterna att följa tandhälsans utveckling hos befolkningen i stort och hos olika grupper förbättras. Utredaren skall med beaktande av bl.a. Riksförsäkringsverkets synpunkter och förslag bedöma vilka åtgärder som bör vidtas för att förbättra förutsättningarna för att följa upp tandvårdsstödet. Det är viktigt att ha ett underlag för att bedöma hur effektiviteten i systemet utvecklas.

#### *Arbetsuppgifter, kompetensfördelning och utbildningsbehov i framtidens tandvård*

Tandvårdens utveckling bestäms av många olika faktorer. Arbetsuppgifterna inom tandvården påverkas bl.a. av den tekniska och medicinska utvecklingen, vilket leder till förändrade krav på utbildning och kompetens. Nya vårdmodeller prövas och man arbetar i vårdlag med olika sammansättning. Tandhälsoutvecklingen medför också nya förutsättningar för tandvården, exempelvis får förebyggande tandvård en ökad betydelse. Den ökande andelen äldre i befolkningen, av vilka allt fler har egna tänder i behåll, ställer förändrade krav på tandvården.

Utredaren skall bedöma framtida tillgång och efterfrågan på personal med olika typer av kompetens inom tandvården. Tandvårdens utveckling och de förändrade förutsättningarna för arbetet inom tandvården skall belysas. För detta arbete skall bl.a. Socialstyrelsens rapport *Framtida kompetensfördelning och utbildningskapacitet* för olika yrkeskategorier inom tandvården utgöra underlag. En utgångspunkt skall också vara den ökande etniska och kulturella mångfalden inom patientgruppen. Kompetens- och resursbehov inom tandvården skall därför även belysas utifrån ett integrationsperspektiv. Utredaren skall i detta sammanhang också behandla fördelningen av arbetsuppgifter mellan tandvårdens olika yrkeskategorier och överväga möjligheterna att genom en ändrad arbetsfördelning uppnå större effektivitet.

Utredaren skall vid behov föreslå åtgärder för att motverka att problem uppstår på grund av brist på t.ex. tandläkare. Utbildningen av specialisttandläkare skall ses över och en bedömning av det framtida behovet av specialister göras.



Utredaren skall vidare behandla tandhygienisternas och tandsköterskornas roll i tandvården och det framtida behovet av dessa yrkesgrupper. Tandsköterskornas arbetsuppgifter och utbildning har förändrats under senare tid och det har bl.a. ifrågasatts om de utbildningsmöjligheter som i dag finns på gymnasienivå för den som vill arbeta som tandsköterska är tillräckliga. Dessa frågor skall belysas av utredaren. Vidare skall tandteknikernas arbetsområde och utbildningsbehov behandlas av utredaren.

Utredaren skall lämna förslag och rekommendationer till åtgärder som sammantaget bidrar till att över hela landet trygga tillgången på kompetent tandvårdspersonal som motsvarar de krav som kommer att ställas på tandvårdspersonal i framtiden. Förslagen skall också främja effektiva arbetsformer och ett väl fungerande samarbete inom tandvården.

### *Samråd*

Utredaren skall samråda med berörda myndigheter och organisationer.

### *Kostnader*

Regeringen avser att tillföra tandvårdsområdet 100 miljoner kronor för 2001. Utredarens förslag till ändringar i tandvårdsstödet skall finansieras inom tandvårdsstödet kostnadsram samt de ytterligare tillskott på 100 miljoner kronor för 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor för 2003 som tandvården kommer att tillföras för i första hand förbättringar av skyddet mot höga behandlingskostnader.

Samtliga förslag skall kostnadsberäknas och erforderlig finansiering redovisas för föreslagna åtgärder. Utredaren skall vidare göra en analys av vad förslagen kan ha för effekt på patienternas beteende och vad detta kan leda till för kostnader.

### *Tidsplan*

Utredaren skall inledningsvis inrikta sig på bedömningen av den framtida kostnadsutvecklingen samt förbättringarna av skyddet mot höga behandlingskostnader. Ett delbetänkande skall över-

lämnas senast den 15 mars 2001. I detta betänkande kan utredaren även behandla vissa andra frågor som anses vara av mera bråds-kande natur. Därefter skall övriga frågor behandlas och redovisas i ett slutbetänkande senast den 31 mars 2002.

### **Övrigt**

Kommittén skall i sina betänkanden särskilt redovisa konsekven-serna för små företags villkor i enlighet med 15 § kommittéförord-ningen (1998:1474). Därvid skall en analys göras på sätt som beskrivs i kommittéhandboken (kap. 7.6, Ds 2000:1). I fråga om utförandet av analysen har utredaren möjlighet att samråda med SimpLex-enheten (Näringsdepartementet).

# Folktandvårdens medelpriser år 2001

I följande tabell redovisas medelpriser inom folktandvården i januari år 2001 för de åtgärder som föreslås bli prisreglerade när de utförs på patienter från och med det år då de fyller 75 år. Åtgärdsnummer anges enligt förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa.

Åtgärd nr	Benämning	Folktandvårdens medelpris i januari år 2000, kronor
61	Guldinlägg, laboratorieframställt kompositinlägg och maskinframställt porslinsinlägg (CAD-CAM), flera ytor. Radikulärförankring vid overdenture	2 067
62	Laboratorieframställt inlägg, flera ytor, eller krona	2 840
63	Gjuten pelare	1 330
64	Klinkframställd pelare	668
65	Hängande broled, per led	1 193
66	Emaljretinerad konstruktion, per stöd	908
67	Fastsättning av lossnad krona	305
81	Övriga behandlingar, förhandsprövad vård, per timme	987

83	Rådgivning och diagnostik av till specialist remitterad patient (protetik och tandreglering)	987
84	Operation avseende käkbensförankrade implantat, högst tre fixturer (specialist)	7 779
85	Operation avseende käkbensförankrade implantat, fler än tre fixturer (specialist)	11 311
86	Implantatbro, underkäke (specialist)	26 669
87	Implantatbro, överkäke (specialist)	29 011
88	Tillägg per fixtur vid delimplantat där krona eller broled utförs i ädelmetall eller titan (specialist)	833
89	Overdenture vid implantat (specialist)	12 910

I tabellen redovisas folktandvårdens medelpriser inom allmäntandvård för åtgärderna 61–81. För dessa åtgärder är folktandvårdens medelpris högre hos specialist i oral protetik.

För åtgärderna 83–89 redovisas medelpriserna gällande behandling hos specialist i oral protetik och oral kirurgi. Folktandvårdens medelpriser inom allmäntandvård är lägre för dessa åtgärder.

## Exempel på kostnadseffekter med utredningens förslag

Nedan följer några räkneexempel som visar hur patientens avgift för ett antal olika behandlingar påverkas. Folktandvårdens medelpriser i landet inom allmäntandvård har använts vid beräkningar.

Samma regler för tandvårdersättning för partiella proteser som för hela proteser

*"Partiell protes med gjutet skelett, klammerförankrad" (exklusive material)*

Åtgärd	Pris, kr	Tandvårdser- sättning, kr Dagens regler	Tandvårdser- sättning, kr Utredn. förslag
73 Partiell protes med gjutet skelett, klammerförankrad	5 448	2 903	2 903
Avgår karensbelopp		- 3 500	0
Patientavgift		5 448	2 545

### Ökat stöd för bastandvård

*"Undersökning, två förebyggande åtgärder och två flerytsfyllningar på kindtänder"*

Åtgärd	Pris, kr	Tandvårdser- sättning, kr Dagens regler	Tandvårdser- sättning, kr Utredn. förslag
11 Undersökning	381		212
22 Förebyggande åtgärd	448	106	212
22 Förebyggande åtgärd	448	106	212
55 Flerytsfyllning på kindtand	658	130	260
55 Flerytsfyllning på kindtand	658	130	260
Summa	2 593	472	1 156
Patientavgift		2 121	1 437

### Högekostnadsskydd för äldre för kronor, broar och implantat

*"Treledsbro med ett hängande broled" (exklusive material)*

Åtgärd	Pris, kr	Tandvårdser- sättning, kr Dagens regler	Tandvårdser- sättning, kr Utredn. förslag
62 Laboratoriefremställd krona	2 840	1 430	2 840
62 Laboratoriefremställd krona	2 840	1 430	2 840
65 Hängande broled	1 193	608	1 193
Summa	6 873	3 468	6 873
Avgår karensbelopp		- 3 500	- 7 000
Patientavgift		6 873	6 873

Enligt detta exempel utgår ingen tandvårdersättning enligt utredningens förslag eftersom tandvårdersättningen understiger 7 000 kronor. Tandvårdersättning utgår heller ej enligt nuvarande regelverk eftersom tandvårdersättningen understiger karensbeloppet om 3 500 kronor.

## Högekostnadsskydd för äldre för kronor, broar och implantat

*"Tioledsbro med fem hängande broled samt två gjutna pelare"*  
(exklusive material)

Åtgärd	Pris, kr	Tandvårdser- sättning, kr Dagens regler	Tandvårdser- sättning, kr Utredn. förslag
62 Laboratoriefremställd krona	2 840	1 430	2 840
62 Laboratoriefremställd krona	2 840	1 430	2 840
62 Laboratoriefremställd krona	2 840	1 430	2 840
62 Laboratoriefremställd krona	2 850	1 430	2 840
62 Laboratoriefremställd krona	2 850	1 430	2 850
63 Gjuten pelare	1 330	687	1 330
63 Gjuten pelare	1 330	687	1 330
65 Hängande broled	1 193	608	1 193
65 Hängande broled	1 193	608	1 193
65 Hängande broled	1 193	608	1 193
65 Hängande broled	1 193	608	1 193
65 Hängande broled	1 193	608	1 193
Summa	22 825	11 564	22 825
Avgär karensbelopp		- 3 500	- 7 000
Patientavgift		14 761	7 000

### Högekostnadsskydd för äldre för kronor, broar och implantat

*"Implantatbro, underkäke" (exklusive material). Folktandvårdens medelpris år 2001 vid behandling hos specialist har använts i detta exempel.*

Åtgärd	Pris, kr	Tandvårdser- sättning, kr Dagens regler	Tandvårdser- sättning, kr Utredn. förslag
85 Operation, fler än tre fixturer	11 311	5 255	11 311
86 Bro, underkäke	26 669	12 547	26 669
Summa	37 980	17 802	37 980
Avgår karensbelopp		- 3 500	- 7 000
Patientavgift		23 678	7 000

### Bettskenor blir bastandvård

*"Bettskena i hård akrylat utförd på bettfysiologisk indikation"*

Åtgärd	Pris, kr	Tandvårdser- sättning, kr Dagens regler	Tandvårdser- sättning, kr Utredn. förslag
77 Bettskena i hård akrylat	1 924	998	499 998*
Avgår karensbelopp		-3 500	
Patientavgift		1 924	1 425 926*

\*Utredningens förslag, dubbel ersättning, för åldersgruppen 75 år och äldre. Utredningens förslag berör ej personer med långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder. Nuvarande regler gäller även framdeles.