

# Friskare tänder – till rimliga kostnader

*Slutbetänkande  
av Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna*

*Stockholm 2007*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

**SOU 2007:19**

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

Beställningsadress:  
Fritzes kundtjänst  
106 47 Stockholm  
Orderfax: 08-690 91 91  
Ordertel: 08-690 91 90  
E-post: [order.fritzes@nj.se](mailto:order.fritzes@nj.se)  
Internet: [www.fritzes.se](http://www.fritzes.se)

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

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Edita Sverige AB  
Stockholm 2007

ISBN 978-91-38-22721-3  
ISSN 0375-250X

# Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Göran Hägglund

Med stöd av den förra regeringens bemyndigande den 1 december 2005 tillkallade dåvarande statsrådet Ylva Johansson en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag till ett nytt tandvårdsstöd för vuxna. Den nuvarande regeringen beslutade den 16 november 2006 om tilläggsdirektiv som skulle gälla för det fortsatta utredningsarbetet och som ersatte de tidigare direktiven.

Den 5 december 2005 förordnades undertecknad, generaldirektören för Försäkringskassan, Curt Malmberg, som särskild utredare. Som huvudsekreterare förordnades den 15 december 2005 kanslirådet vid Finansdepartementet Sofia Wallström. Som utredningssekreterare förordnades den 15 december 2005 försäkringsansvarige Lars Olsson, Försäkringskassan, den 1 januari 2006 stabsjuristen Birgitta Rosengren, Försäkringskassan, den 15 februari 2006 ekonomen Mårten Hultin, Finansdepartementet och den 21 augusti 2006 kanslirådet Roger Pettersson, Finansdepartementet. Ekonomen Pontus Johansson, Socialdepartementet, var utredningssekreterare 1 januari–1 mars 2006 och ekonomen Albin Kainelainen, LO, 1 januari–10 juli 2006. F.d. lagmannen Lars Grönwall har biträtt sekretariatet i författningsarbetet under perioden 15 november 2006–1 mars 2007.

Den 22 december 2005 förordnades som sakkunniga departementssekreteraren, senare kanslirådet, Helena Santesson Kurti, Socialdepartementet och departementssekreteraren, senare kanslirådet, Torkel Nyman, Finansdepartementet. Rättssakkunniga Hanna Asp, Socialdepartementet var sakkunnig 22 december 2005–1 december 2006 och departementssekreteraren Tobias Nilsson, Finansdepartementet 22 december 2005–1 oktober 2006. Som experter förordnades den 22 december 2005 övertandläkaren Urban Allard, Socialstyrelsen, övertandläkaren Jan Håkansson, Försäkringskassan, utvecklingschefen Christer Lindblom, Folktandvården i Kalmar län

och den 31 januari 2006 universitetslektorn Pia Andersson, Högskolan i Kristianstad. Den 15 september 2006 förordnades avdelningschefen Bo Lindblom, Socialstyrelsen, och försäkringsdirektören Stig Orustfjord, Försäkringskassan, som experter. Utredningens assistent är Lena Enstam.

Jag överlämnar härmed slutbetänkandet *Friskare tänder – till rimliga kostnader* (SOU 2007:19). Jag ansvarar ensam för utredningens förslag och andra ställningstaganden. De sakkunniga och experterna har medverkat med sina kunskaper inom respektive område, lämnat viktigt underlag och givit värdefulla synpunkter under utredningsarbetets gång.

Utredningsarbetet är härmed slutfört.

Stockholm i mars 2007

Curt Malmberg

/Sofia Wallström  
Mårten Hultin  
Lars Olsson  
Roger Pettersson  
Birgitta Rosengren

# Innehåll

<b>Förkortningar</b> .....	<b>15</b>
<b>Begrepp och definitioner</b> .....	<b>17</b>
<b>Sammanfattning</b> .....	<b>23</b>
<b>Summary</b> .....	<b>45</b>
<b>Författningsförslag</b> .....	<b>69</b>
<b>1 Uppdraget och utredningens arbete</b> .....	<b>105</b>
1.1 Utredningens uppdrag.....	105
1.2 Arbetets bedrivande.....	107
1.3 Två delbetänkanden .....	108
1.4 Betänkandets disposition.....	109
<b>2 Dagens tandvårdsstöd</b> .....	<b>111</b>
2.1 Framväxten av det offentliga tandvårdsstödet .....	111
2.2 Det offentliga tandvårdsstödet .....	112
Det statliga tandvårdsstödet.....	113
Myndigheternas roll.....	116
2.3 Tandvårdens totala kostnader .....	119
<b>3 Tandhälsa</b> .....	<b>121</b>
3.1 Inledning.....	121

3.2	Att mäta tandhälsa.....	122
3.2.1	Befintligt underlag .....	122
3.3	Tandhälsans utveckling.....	123
3.3.1	Tandhälsan hos ungdomar.....	123
3.3.2	Tandhälsan hos äldre.....	124
3.3.3	Antal kvarvarande tänder, löständer och implantat.....	125
3.3.4	Karies .....	127
3.3.5	Tandlossning (parodontit) .....	127
3.3.6	Käkbensinflammation.....	129
3.3.7	Käkledsbesvär (bettfysiologiska besvär) .....	129
3.3.8	Tillfredsställelse med tänderna.....	129
3.3.9	Snedfördelning av tandhälsan.....	131
3.4	Summering och slutsatser .....	132
<b>4</b>	<b>Tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader.....</b>	<b>135</b>
4.1	Tandvårdsstödet kostnadsutveckling 2000–2005 .....	135
4.2	Hur många besöker tandvården?.....	137
4.2.1	Avtagande besöksfrekvens under 2000-talet.....	138
4.2.2	Hur ofta besöker patienter tandvården?.....	139
4.3	Tandvårdskonsumtion inom det statliga tandvårdsstödet... 140	
4.3.1	Vilken vård utförs av folktandvården respektive privata vårdgivare?.....	142
4.3.2	De vanligaste åtgärderna.....	143
4.3.3	Några specifika behandlingars utveckling 2000– 2005.....	144
4.3.4	Vilka åtgärder kostar mest för tandvårdsstödet? .....	147
4.4	Tandvårdskostnader .....	150
4.4.1	Vårdgivarpriser och patientpriser.....	150
4.4.2	Hur har tandvårdskonsumtionen förändrats?.....	153
4.5	Sammanfattning och slutsatser.....	154

<b>5</b>	<b>Prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden .....</b>	<b>157</b>
5.1	Prisutvecklingen i stort.....	157
5.1.1	Vårdgivarnas pris .....	157
5.1.2	Patientpriser .....	159
5.2	Analys av prisutvecklingen.....	161
5.2.1	Produktionsfaktorer.....	161
5.2.2	Produktivitet.....	163
5.2.3	Vinster .....	164
5.2.4	Orsakerna till prisökningen .....	165
5.3	Prisutvecklingen för olika åtgärder.....	166
5.3.1	Orsaker till prisskillnaderna per åtgärd.....	167
5.3.2	Prisutveckling hos olika vårdgivare .....	170
5.3.3	Orsaker till prisskillnaderna mellan olika vårdgivare .....	173
5.4	Prisutvecklingen i Sverige relativt i omvärlden .....	174
5.5	Summering.....	176
<b>6</b>	<b>Marknaden för tandvård .....</b>	<b>177</b>
6.1	Marknadsmislyckanden.....	177
6.1.1	Ojämnt fördelad information .....	178
6.1.2	Marknadsmakt .....	179
6.2	Offentliga regleringar .....	182
6.3	Konkurrens mellan offentlig och privat tandvård.....	184
6.4	Summering.....	188
<b>7</b>	<b>Modeller för ersättning av tandvård .....</b>	<b>191</b>
7.1	Inledning.....	191
7.2	Fast lön .....	192
7.3	Styckeprisersättning.....	193
7.4	Ersättning per patient (capitation) .....	194

7.5	Olika ersättningssystem i praktiken .....	196
7.5.1	Ersättningssystem i olika länder .....	196
7.5.2	Ersättningen till vårdgivare i Sverige.....	199
<b>8</b>	<b>Garantier inom tandvårdsområdet.....</b>	<b>203</b>
8.1	Dagens regler .....	203
8.2	Kartläggning av förekomsten av garantier m.m. ....	207
8.3	Summering och slutsatser .....	211
<b>9</b>	<b>Tandvård till fast pris .....</b>	<b>215</b>
9.1	Motiv för tandvård till fast pris .....	215
9.2	Utformning av en nationell modell.....	217
9.3	Hur fungerar en försäkring? .....	218
9.4	Finns det en försäkringsbar risk inom tandvård? .....	222
9.5	Kan tandvård till fast pris utvecklas som en försäkringslösning? .....	223
9.5.1	Vad skall försäkras?.....	224
9.5.2	Vem skall vara försäkringsgivare? .....	224
9.5.3	Obligatorisk eller frivillig försäkring? .....	227
9.5.4	Hur skall premierna sättas? .....	228
9.5.5	Offentlig och privat tandvård.....	229
9.6	Utveckling av abonnemangstandvården .....	233
9.6.1	Syfte med abonnemangstandvården .....	233
9.6.2	Dagens abonnemangstandvård.....	233
9.6.3	Slutsatser.....	235
<b>10</b>	<b>Mål och principer för det nya tandvårdsstödet.....</b>	<b>237</b>
10.1	Det nuvarande tandvårdsstödet.....	237
10.2	Mål för det nya tandvårdsstödet.....	243



10.3	Principiella utgångspunkter.....	244
10.3.1	Enkel och sammanhållen modell .....	247
10.3.2	Hälsofrämjande inriktning.....	248
10.3.3	Förutsägbara kostnader.....	249
10.3.4	Komma patienten till del.....	250
<b>11</b>	<b>Ersättningsberättigande tandvård.....</b>	<b>251</b>
11.1	Dagens regler.....	251
11.2	Ersättningsberättigande tandvård .....	253
11.3	Beslut om vad som utgör ersättningsberättigande tandvård .....	261
11.4	Nämnden för statligt tandvårdsstöd.....	262
11.5	Förslag till definition av ersättningsberättigande tandvård .....	267
11.5.1	Struktur och utgångspunkter.....	267
11.5.2	Förslag till ersättningsberättigande tandvård.....	271
11.6	Åtgärder.....	275
11.7	Referenspriser .....	277
11.8	Materialkostnader .....	279
<b>12</b>	<b>Tandvårdscheck .....</b>	<b>283</b>
12.1	Mål med tandvårdschecken .....	283
12.2	Tandvårdscheckens belopp.....	287
12.3	Utformning, administration och kontroll.....	290
<b>13</b>	<b>Abonnemangstandvård.....</b>	<b>295</b>
13.1	Regleringen av abonnemangstandvården.....	295
13.2	Ersättning för abonnemangstandvård.....	299
<b>14</b>	<b>Ett skydd mot höga kostnader.....</b>	<b>303</b>
14.1	Utformning .....	303

14.2	Beräkning av tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader .....	309
14.3	Ersättningsperioden .....	313
14.3.1	Dagens regler.....	313
14.3.2	Vad startar en ersättningsperiod? .....	315
14.3.3	Definitionen av ersättningsperioden .....	317
14.4	Behov av reglering för kostnadskontroll .....	324
<b>15</b>	<b>Gruppen 65 år och äldre .....</b>	<b>329</b>
15.1	Bakgrund.....	329
15.2	Effekter av 65+reformen.....	332
15.2.1	Konstruktionen av högkostnadsskyddet.....	332
15.2.2	Åldersgränsen skapar trösklar .....	335
15.2.3	Effekter på behandlingsval .....	336
15.2.4	Effekter på prisutvecklingen .....	338
15.2.5	Hur används dagens högkostnadsskydd?.....	340
15.3	Överväganden.....	344
15.3.1	Vilka regler skall gälla för åldersgruppen 65 år och äldre?.....	344
15.3.2	Konsekvensanalys .....	347
15.4	Summering och slutsatser .....	351
<b>16</b>	<b>Administration, kontroll och uppföljning .....</b>	<b>355</b>
16.1	Utbetalning.....	355
16.2	Kontroll.....	360
16.3	Uppföljning och utvärdering.....	365
16.4	Vårdgivarbegreppet .....	371
16.5	Uppgifter från vårdgivare .....	373
16.5.1	Vilka uppgifter skall vårdgivare lämna? .....	373
16.5.2	Formen för uppgiftslämnandet .....	380
16.5.3	Tidsgräns för inrapportering av uppgifter .....	383
16.5.4	Vad händer om vårdgivare inte fullgör sin skyldighet att lämna uppgifter?.....	387

16.6	Uppgifter till vårdgivare .....	389
16.7	Tandhälsoregister.....	396
16.8	Återkrav vid omgörning .....	397
16.9	Vårdgivares möjlighet att kräva patienten i efterhand.....	400
16.10	IT-stöd och informationssäkerhet.....	402
16.11	Slopad åldersgräns.....	404
16.12	Vård i annat EU-land.....	408
16.13	Kreditsystem .....	410
<b>17</b>	<b>Utvecklad konkurrens.....</b>	<b>413</b>
17.1	Inledning .....	413
17.2	Konkurrensneutralitet mellan offentlig och privat tandvård .....	414
17.3	Kallelse till nytt tandvårdsbesök.....	417
17.4	Prislista .....	419
17.5	Skriftlig behandlingsplan.....	421
17.6	Uppgifter på patientens kvitto.....	424
17.7	Information om tandhälsa.....	425
17.8	Prisjämförelsetjänst .....	427
17.9	Rådgivningsbyrå för patienter inom tandvårdsområdet....	430
17.10	Informationsinsatser.....	433
<b>18</b>	<b>Genomförandeaspekter och ikraftträdande.....</b>	<b>437</b>
<b>19</b>	<b>Kostnadsberäkningar och ekonomiska konsekvenser ...</b>	<b>447</b>
19.1	Översikt av kostnadsberäkningar .....	447
19.2	Graden av skydd mot höga kostnader.....	449

19.3	Patientens pris för några olika behandlingar .....	450
19.3.1	Typfallsberäkningar .....	450
19.3.2	Bedömning av konsekvenserna .....	453
19.4	Beräkningsförutsättningar .....	455
19.4.1	Volym .....	455
19.4.2	Pris .....	456
19.4.3	Införandeffekter .....	457
19.4.4	Effekten av justerade referenspriser och karensbelopp .....	458
19.5	Känslighetsberäkningar och detaljerade kostnadsberäkningar .....	458
19.5.1	Kostnader för tandvårdschecken .....	459
19.5.2	Kostnader för att inkludera visst material i skyddet mot höga kostnader .....	461
19.5.3	Känslighetsberäkningar och dynamiska effekter av att fler besöker tandvården .....	463
19.5.4	Känslighetsberäkningar och dynamiska effekter till följd av förändrade konsumtionsmönster.....	465
19.6	Administrativa kostnader .....	469
<b>20</b>	<b>Konsekvensanalys.....</b>	<b>473</b>
20.1	Konsekvenser för konkurrensen på tandvårdsmarknaden och små företags villkor .....	473
20.1.1	Inledning.....	473
20.1.2	Konkurrensneutralitet mellan folktandvård och privattandvård .....	474
20.1.3	Förbättringar av tandvårdsmarknadens funktionssätt .....	476
20.1.4	Vårdgivarnas administrativa kostnader.....	478
20.1.5	Små företags villkor .....	483
20.2	Konsekvenser för den statliga styrningen.....	484
20.3	Konsekvenser för brottslighet, fusk och missbruk av tandvårdsstödet .....	486
20.4	Konsekvenser för jämställdhet mellan kvinnor och män.....	486

20.5	Konsekvenser för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen .....	487
20.6	Konsekvenser för personlig integritet .....	487
20.7	Övriga konsekvenser .....	488
<b>21</b>	<b>Författningskommentar .....</b>	<b>489</b>
21.1	Inledning.....	489
21.2	Förslaget till lag om statligt tandvårdsstöd .....	490
21.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	510
21.4	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) ..	510
21.5	Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringslagen (1999:799) .....	511
21.6	Förslaget till lag om ändring i lagen (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration .....	511
21.7	Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor.....	512
21.8	Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring .....	512
21.9	Förslaget till lag om ändring sekretesslagen (1980:100) .....	512
	<b>Källförteckning.....</b>	<b>513</b>

**Bilagor**

<i>Bilaga 1</i>	Kommittédirektiv (Dir. 2005:136) .....	517
<i>Bilaga 2</i>	Tilläggsdirektiv (Dir. 2006:112).....	527
<i>Bilaga 3</i>	Sammanställning av svar i enkätundersökning om förekomsten av garantier inom tandvården.....	539
<i>Bilaga 4</i>	Förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa, bilaga ...	551
<i>Bilaga 5</i>	Förslag till bilaga A till förordningen om statligt tandvårdsstöd .....	555
<i>Bilaga 6</i>	Förslag till bilaga B till förordningen om statligt tandvårdsstöd .....	561
<i>Bilaga 7</i>	Förteckning över remissinstanser .....	565

# Förkortningar

AFL	Lagen (1962:381) om allmän försäkring
BDA	British Dental Association
DFT	Decayed Filled Teeth
Dir.	Kommittédirektiv
EEG	Europeiska ekonomiska gemenskapen
EES	Europeiska ekonomiska samarbetsområdet
EG	Europeiska gemenskapen
EGT	Europeiska Gemenskapernas Tidning
EU	Europeiska unionen
FHI	Statens Folkhälsoinstitut
FSI	Forskningsgruppen för Samhälls- och informationsstudier
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
HSL	Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
HSO	Handikappförbundens samarbetsorgan
KDM	Kunskapscenter för dentala material
KPI	Konsumentprisindex
LO	Landsorganisationen i Sverige
LYHS	Lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område
NHS	National Health Service

Prop.	Proposition
PUL	Personuppgiftslagen (1998:204)
RAR	Riksförsäkringsverkets allmänna råd
RFV	Riksförsäkringsverket
RÅ	Regeringsrättens årsbok
SamSol	Utredningen om samordning av socialförsäkringslagarna
SBU	Statens beredning för medicinsk utvärdering
SCB	Statistiska Centralbyrån
SiC	Significant Caries Index
SKL	Sveriges Kommuner och Landsting
SofdL	Lagen (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration
SofL	Socialförsäkringslagen (1999:799)
SOU	Statens offentliga utredningar
SoU	Socialutskottet
TCO	Tjänstemännens centralorganisation
TVL	Tandvårdslagen (1985:125)
UDA	Unit of Dental Activity
ULF	SCB:s undersökning om folkets levnadsförhållanden
WHO	World Health Organization



# Begrepp och definitioner

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

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

Utredningen använder begreppet *besöksfrekvens* i betydelsen hur stor andel av den vuxna befolkningen som besöker tandvården.

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

Med *data mining* menas att man med hjälp av datorprogram söker efter mönster i stora datamängder. Med stora mängder data kan dataprogram tolka och presentera resultat i form av samband, trender och mönster som kan tyda på felaktigheter eller oegentligheter i t.ex. ersättningssystem som det statliga tandvårdsstödet, men som också kan peka på var regelverket innehåller otydligheter.

Med begreppet *ersättningsperiod*<sup>1</sup> menar utredningen en period på ett år under vilken en patients tandvårdskostnader läggs samman för att beräkna hur mycket tandvårdsersättning han eller hon är berättigad till.

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

---

<sup>1</sup> I tidigare delbetänkanden har utredningen i stället använt begreppet karensperiod.

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

Med *pulpakirurgisk behandling* menar utredningen åtgärderna 41, 42 och 43 i bilagan till förordningen om tandvårdstaxa.

Med *revisionsintervall* menas hur ofta en patient besöker tandvården för återbesök och kontroll.

Med *statlig styrning* menas i detta betänkande bindande och icke-bindande reglering samt insatser som t.ex. systematisk uppföljning, tillsyn och kunskapsspridning.

Med begreppen *65+reformen* eller *65+systemet* menar utredningen i detta betänkande den reform som genomfördes år 2002 och som innebär att det infördes ett högkostnadsskydd för patienter 65 år och äldre. Detta högkostnadsskydd innebär att för personer som det år vården ges fyller minst 65 år lämnas tandvårdsersättning för hela kostnaden för protetiska åtgärder. Undantaget från detta är kostnader för bastandvård, implantatstödd protetik bakom andra premolaren samt kostnader för gjut- och ädelmetaller. Från tandvårdsersättningen skall det under en behandlingsomgång räknas av ett karensbelopp på 7 700 kronor. Tandvårdsersättning lämnas högst med ett belopp som vid tidpunkten då Försäkringskassan beslutar om behandlingsförslaget motsvarar folktandvårdens priser för tandvård i det landsting där vården utförs.

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

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

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

Begreppet *tandvård till fast pris* används i detta betänkande som en beskrivning av ett tänkt försäkringsliknande system där vårdgivaren får en fast statlig ersättning per patient och år samt patienten betalar en fast avgift till vårdgivaren.

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

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

I detta betänkande används begreppet *åtgärd* med respektive *åtgärdsnummer*. Dessa är hämtade från bilagan till förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa samt bilagan till RFV:s föreskrift 1998:35.

## Odontologiska begrepp

- Anamnes* – patientens beskrivning av sin sjukdom och hur den uppstod.
- Approximalyta* – den yta på tandkronan som är vänd mot tanden framför eller bakom i tandbågen.
- Avtagbar protetik* – tandproteser som patienten själv kan ta ur munnen och sätta tillbaka.
- Bastandvård* – grundläggande undersökning, enklare förebyggande och reparativ behandling av befintliga tänder, rotbehandlingar, akuttandvård och viss kirurgi.
- Bro* – fast sittande protetisk konstruktion för ersättning av tandförlust och som enbart belastar patientens egna tänder alternativt implantat.
- Dentinkaries* – karies som tränger igenom emaljen och når in till tandbenet.
- Enstegsbehandling* – behandling som endast kräver en operation vid implantatbehandling.
- Erosion* – substansförlust eller defekt uppkommen genom kemisk och/eller mekanisk påverkan
- Fyllning* – lagning av hål i en tand, oftast med plastiskt material.
- Gingivit* – tandköttsinflammation.
- Helprotes* – avtagbar protes, löständer, som ersätter tänderna i en tandlös käke.
- Infektionsfri* – munhåla som är fri från karies, tandlossning eller infektioner i käkben eller munslemhinna.
- Immediatteknik* – en teknik varvid de tänder som skall ersättas med en protetisk konstruktion dras ut precis innan tandprotesen kan användas.
- Implantat* – skruvar som opereras in i käkbenet och som konstgjorda tänder kan förankras vid.
- Intakta tänder* – orörda, oskadade tänder.
- Karies* – hål i tänderna.
- Krona* – tandkrona, den synliga emaljklädda delen av tanden. En konstgjord tandkrona är vanligen tillverkad av porslin eller porslinsöverdragen metall.
- Molar* – bakre kindtand, oxeltand.
- Parodontit* – inflammation i tandens upphängningsapparat med förlust av tandens stödjevåvner, s.k. tandlossningssjukdom.
- Partialprotes* – partiell protes, lösttagbar mindre tandprotes som används när flera tänder saknas.

- Pelare* – vanligen ett gjutet metallstift som tjänar som stöd för en tillverkad tandkrona
- Plack* – den mjuka bakteriebeläggning, som samlas på tänderna vid bristande munhygien och som är en av anledningarna till både tandlossning och karies.
- Primärkaries* – hål i tand på tidigare olagad tandyta.
- Premolar* – främre kindtand, tand nummer 4 och 5, räknat från mitten av tandraden.
- Protetik* – oral protetik. Den del av odontologin som behandlar problem rörande ersättning av tänder och käkar.
- Pulpa* – mjukvävnad som ligger centralt i tanden och består av blodkärl och nerver.
- Rehabilitering* – återskapande av funktion.
- Restaurerande insatser* – se reparativ tandvård (återupprätta, återställa).
- Reparativ tandvård* – lagning och reparation av tänder.
- Revision* – återbesök, upprepad kontroll.
- Sekundärkaries* – hål i tand i anslutning till tidigare lagning.
- Tandsten* – förkalkat plack, fäster så hårt vid tanden och/eller i tandköttsfickan att endast tandvårdspersonal kan avlägsna den. Kan delas upp i salivsten – synlig tandsten, tandsten över tandköttstranden och subgingival tandsten – finns under tandköttstranden.
- Tvåstegsbehandling* – behandling som kräver en andra operation efter inläkningstiden vid implantatbehandling.

# Sammanfattning

## Översikt

Utredningen lämnar förslag till ett nytt statligt tandvårdsstöd för personer i åldrarna 20 år och uppåt. Stödet består av en tandvårdscheck, stöd till abonnemangstandvård och ett skydd mot höga kostnader.

Tandvårdschecken föreslås uppgå till 300 kronor vartannat år för alla i åldrarna 30–74 år och till 600 kronor vartannat år för personer i åldrarna 20–29 år samt 75 år och äldre. Checken kan användas som delbetalning vid ett tandvårdsbesök hos valfri tandläkare eller tandhygienist, eller som delbetalning för abonnemangstandvård.

I förslaget till skydd mot höga kostnader lämnas ersättning med 50 procent av patientens tandvårdskostnader, som baseras på s.k. referenspriser, mellan 3 000 och 15 000 kronor och med 85 procent av kostnader som överstiger 15 000 kronor. Utredningen har också kostnadsberäknat ett sidoalternativ där den övre beloppsgränsen är 25 000 kronor i stället för 15 000 kronor.

Den statliga kostnaden för det nya tandvårdsstödet beräknas i huvudalternativet uppgå till ca 5,9 miljarder kronor årligen, varav tandvårdschecken utgör ca 1,1 miljarder kronor och skyddet mot höga kostnader ca 4,8 miljarder kronor. Kostnadsberäkningarna är gjorda i 2006 års prisläge.

Utredningen lämnar förslag om en förtydligad definition av vilken tandvård som skall vara ersättningsberättigande i det statliga tandvårdsstödet. Förebyggande insatser och sjukdomsbehandling skall vara prioriterat. Reparativ och rehabiliterande tandvård skall berättiga till ersättning i rimlig omfattning. Ersättningsberättigande tandvård skall vara kostnadseffektiv och samhällsekonomiskt effektiv.

För att åstadkomma nödvändig kontroll av ersättningen föreslås ett system med s.k. referenspriser. Dessa utgör grunden för beräkningen av tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader.

Referenspriserna skall även fungera som ett stöd för patienten genom att tjäna som jämförelsepriser. Referenspriserna bör därmed få en prisstyrande effekt samt skapa möjligheter för prispress och utvecklad konkurrens på tandvårdsmarknaden. Den fria prissättningen bibehålls och patienternas pris kan, som i dag, variera beroende på vilken vårdgivare man väljer.

Utredningen föreslår att kostnaden för standardmaterial, även i form av ädel- och gjutmetaller, skall ingå i referenspriserna och på så sätt omfattas av tandvårdsersättningen.

Regeringen föreslås fatta beslut om kriterier för ersättningsberättigande tandvård och referenspriser. Utredningen föreslår att en särskild nämnd för det statliga tandvårdsstödet inrättas, placerad inom Försäkringskassan, med uppgift att till regeringen årligen lämna underlag och vid behov förslag till beslut.

Utredningen anser att patienter som är 65 år eller äldre fullt ut skall omfattas av det nya statliga tandvårdsstödet. Detta innebär att dagens högkostnadsskydd för protetiska behandlingar för denna åldersgrupp ersätts av det föreslagna skyddet mot höga kostnader. Det nuvarande högkostnadsskyddet har haft en okontrollerad kostnadsutveckling och gett upphov till en tids- och resurskrävande administration. Konstruktionen har ett antal brister, främst på följande punkter.

Dagens högkostnadsskydd för äldre utgör inget reellt högkostnadsskydd, eftersom patientens verkliga kostnader inte har blivit de 7 700 kronor som var grundtanken vid införandet. I stället har konstruktionen lett till att 7 700 kronor blivit en lägsta nivå, ett golv, till vilket ytterligare kostnader kommit, främst i form av materialkostnader. Vidare har högkostnadsskyddets begränsning till endast protetiska behandlingar inneburit att den viktiga bastandvården blivit ekonomiskt missgynnad. Avslutningsvis kan konstateras att högkostnadsskyddets nuvarande konstruktion leder till tröskeleffekter, genom att patienter i åldrarna 60–64 år avvaktar med tandvård i väntan på att omfattas av högkostnadsskyddet. Detta medför att vård inte utförs när behovet uppstår, utan vid ett senare tillfälle. Detta riskerar ackumulera vårdbehov och leda till en välfärd förlust för individen och samhällsekonomisk ineffektivitet.

Genom att åldersgruppen 65 år eller äldre omfattas av det nya tandvårdsstödet åtgärdas dessa incitamentsproblem. De ekonomiska konsekvenserna innebär att subventionen till denna åldersgrupp sammantaget blir i princip oförändrad. Däremot får det nya stödet konsekvenser på individnivå. Genom utredningens förslag

till skydd mot höga kostnader lämnas tandvårdsersättning från en lägre nivå, 3 000 kronor, mot dagens 7 700 kronor. Det gör att ersättningen kommer fler till del, dvs. inte endast de som har mycket omfattande tandvårdsbehov, utan även de som har måttliga tandvårdsbehov. Ersättningsgraden blir lägre än i dagens högkostnadsskydd, men ersättningen kommer att omfatta kostnader för vissa material som i dag inte omfattas av tandvårdsstödet, vilket innebär förbättringar jämfört med dagens system. Dessutom kommer all tandvård, även bastandvård, att omfattas av skyddet mot höga kostnader.

Utredningen lämnar ett flertal förslag som syftar till att förbättra konkurrensen på tandvårdsmarknaden och stärka patientens ställning. Förslagen omfattar ökade krav på särredovisning av folktandvården samt förslag om förbättrad information till patienterna om tandhälsa, tandvårdskostnader och behandlingsalternativ. Utredningen föreslår även att en rådgivningsbyrå för patienter inom tandvårdsområdet inrättas, en s.k. Konsumenternas tandvårdsbyrå.

Utredningen anser att den statliga styrningen av tandvården är svag och splittrad, och lämnar ett flertal förslag om utvecklad styrning och uppföljning av tandvården samt förbättrad statistik om tandhälsa, tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader.

Utredningen föreslår att det nya tandvårdsstödet införs samlat den 1 juli 2008 och att en särskild genomförandeorganisation inrättas inom Regeringskansliet för att samlat leda de insatser som behöver föregå ikraftträdandet.

Utredningen har vid utformandet av förslagen beaktat regeringens mål om att sänka företagens kostnader för de statliga regelverken och bedömer att konsekvenserna av förslagen sammantaget innebär sänkta administrativa kostnader för vårdgivarna.

Utredningen lägger fram flera författningsförslag, främst till en ny lag om statligt tandvårdsstöd och en förordning i samma ämne.

## Uppdraget

Utredningens uppdrag, enligt de tilläggsdirektiv som regeringen lämnade i november 2006, är att föreslå ett nytt tandvårdsstöd för vuxna, som består av ett skydd mot höga kostnader samt en tandvårdscheck som kan användas för delbetalning för abonnemangstandvård eller regelbundna förebyggande besök hos tandläkare eller tandhygienist. Skyddet mot höga kostnader skall innebära att



ersättning lämnas med 50 procent av kostnader mellan 3 000 och 15 000 kronor och med 85 procent av kostnader över 15 000 kronor. Utredningen får även beräkna andra nivåer på stödet. Tandvårdschecken skall uppgå till 300 kronor vartannat år eller högre. En utgångspunkt skall vara att införandet av ett nytt tandvårdsstöd inte skall försvåra möjligheterna att erbjuda abonnemangstandvård. En översyn av reglerna om återkrav av tandvårdsersättning när fast och avtagbar protetik görs om skall genomföras. Utredningen skall föreslå hur företagens administrativa börda till följd av reglerna kan minskas. Förslagen skall finansieras inom den i budgetpropositionen för 2007 angivna kostnadsramen för tandvårdsstödet för år 2008, drygt 6 miljarder kronor.

När det gäller personer som i dag har rätt till förhöjd ersättning på grund av ett långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder gör regeringen följande bedömning. Det nya skyddet mot höga kostnader som utredningen skall föreslå kommer att innebära ett bättre skydd för många som har behov av omfattande och kostsamma behandlingar. För den som i första hand behöver regelbunden förebyggande behandling kan det bli en viss ökning av tandvårdskostnaderna. Enligt regeringens bedömning är den mest angelägna reformen dock ett rimligt skydd mot höga kostnader för alla vuxna som i dag saknar ett sådant skydd. Regeringen kommer att överväga särskilda insatser för personer som på grund av funktionshinder eller sjukdom har svårt att påverka sin tandstatus och därför har ett stort tandvårdsbehov. Denna fråga omfattas dock inte av den pågående utredningen utan kommer att hanteras i annan ordning.

Utredningen har utifrån de ursprungliga direktiv som den tidigare regeringen lämnade i december 2005 lämnat två delbetänkanden. I det andra delbetänkandet redovisades analyser och lämnades principförslag till utformning av ett nytt tandvårdsstöd, som i stor utsträckning ligger till grund för de förslag som nu lämnas.

## Bakgrund

Det statliga tandvårdsstödet är inriktat på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för bastandvård. Det finns även ett visst stöd för protetiska åtgärder. Ersättningen betalas ut med fasta krontalsbelopp per åtgärd. För personer som är 65 år och äldre finns ett särskilt högkostnadsskydd för protetiska åtgärder. I det statliga

tandvårdsstödet finns även ett särskilt stöd för personer som har ett ökat tandvårdsbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder. Ersättningen inom det statliga tandvårdsstödet lämnas i huvudsak som en ersättning per utförd åtgärd. Tandvårdsstödet lämnar dock även en annan form av ersättning till den s.k. abonnemangstandvården, som erbjuds inom flera landsting. Abonnemangstandvården innebär att vårdgivaren erbjuder tandvård till en i förväg fastställd avgift. Även den statliga ersättningen är ett fast belopp per patient och år.

## Tandhälsa

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

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

I takt med att tandhälsan förbättras ökar behoven av tandvård. Detta kallas ibland för tandvårdens paradox. Med fler egna tänder i munnen ökar behovet av reparation och underhåll. Tandhälsoförbättringen leder dock samtidigt till att de ökade tandvårdsbehoven

ändrar karaktär och medför en tydligare tyngdpunkt på förebyggande insatser.

### **Tandvårdskonsumtion**

Besöksfrekvensen har i ett långsiktigt perspektiv ökat inom tandvården, men under de senaste åren minskat. Sedan år 1999 har besöksfrekvensen minskat med ca 5 procentenheter. Ett stort fall sker mellan åldersgruppen 16–19 år, som omfattas av den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, och gruppen 20–24-åringar. Denna skillnad har ökat över tiden.

Omkring 85 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården vartannat år eller oftare. Besöksfrekvensen är lägst i åldersgruppen 20–29 år och gruppen 75 år eller äldre.

Bastandvården svarar för den övervägande delen av tandvård, mätt som antalet utförda åtgärder. Mellan år 2000 och 2005 har det dock skett en förskjutning av tandvårdskonsumtionen från bastandvård till protetik. Förändringen förklaras uteslutande av en ökning av protetiska behandlingar och beror inte på att det utförs mindre bastandvård än tidigare.

Utredningen ser ett tydligt samband mellan tandvårdskonsumtionens utveckling och utformningen av tandvårdsstödet. Införandet av högkostnadsskyddet för personer som är 65 år eller äldre för protetik har medfört en betydande ökning av tandvårdskonsumtionen för denna patientgrupp, samtidigt som konsumtionen minskat för patienter i åldersgruppen 60–64 år. Sannolikt avvaktar patienter som är 60–64 år med protetiska behandlingar till det år de fyller 65.

### **Prisutvecklingen**

Vårdgivarnas priser på tandvård ökade kraftigt efter att prissättningen släpptes fri 1999. Prisökningstakten har dock minskat betydligt de senaste åren. Utredningen anser att det är svårt att säkert avgöra orsakerna till de kraftigt ökade priserna mellan åren 1998 och 2005. Utredningen menar dock att huvuddelen av prisökningen kan förklaras av att kostnaderna för att producera tandvård har ökat men också att de tidigare reglerade priserna var på en för låg nivå.

Att huvuddelen av prisutvecklingen kan förklaras av ökade kostnader och uppdämt behov av prisökningar innebär att prisutvecklingen inte självklart kan tas som intäkt för behov av ökad reglering.

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

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

### Marknaden för tandvård

Tandvårdsmarknaden är långt ifrån en perfekt fungerande marknad. Det finns betydande marknadsmisslyckanden till följd av marknadsmakt och ojämnt fördelad information. Vid en tandvårdsreform skulle staten ytterligare öka sin finansieringsandel av de totala tandvårdskostnaderna. Båda dessa faktorer talar för offentliga regleringar i syfte att förbättra tandvårdsmarknadens funktionssätt och för det offentliga att noga övervaka marknaden. All reglering riskerar dock att skapa andra problem än dem regleringen skulle lösa, t.ex. hämma den naturliga utvecklingen av marknaden. Det måste därför göras en avvägning mellan olika aspekter för att finna ett väl fungerande regelverk.

Mer aktiva och medvetna patienter är en stor potential för en bättre fungerande marknad. Undersökningar visar att patienterna på tandvårdsmarknaden är inaktiva och saknar information om förhållandena på marknaden. Därför behövs det åtgärder för att förbättra patienternas kunskaper om tandvårdsmarknaden. Det kan räcka om en minoritet av patienterna är aktiva, förutsatt att deras rörlighet utövar ett tillräckligt tryck på vårdgivarna.

Det är mycket svårt att uttala sig om konkurrensförhållandena mellan den privata och offentliga sektorn på tandvårdsmarknaden. Utredningen anser dock att kraven på landstingen att särredovisa folktandvården bör skärpas. För att kunna bedöma graden av

konkurrensneutralitet behöver transparensen i redovisningen av folktandvården öka.

### **Modeller för ersättning av tandvård**

Det finns två huvudsakliga former för ersättning av tandvård: ersättning per patient (capitation) och ersättning per åtgärd (styckepris). Egenskaperna hos de olika systemen skiljer sig åt.

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

Styckeprisbaserade system är kostnadsdrivande både när det gäller pris och volym. Vårdgivarna ges ekonomiska incitament att öka produktionen och det skapas en risk för överbehandling. Däremot löser styckeprisersättning i stor utsträckning problem med skevt urval, patientsektion och underbehandling. 65+-reformen visar på de problem som kan skapas genom ett system med styckeprisersättning.

### **Garantier inom tandvårdsområdet**

Förekomsten av garantier, såväl muntliga som skriftliga, är vanligast när det gäller protetiska behandlingar, där i stort sett alla vårdgivare ger garanti på utfört arbete. Garantins längd motsvarar den period då Försäkringskassan inte betalar ut någon ersättning för omgörningar, dvs. ett år för avtagbar protetik och två år för fast protetik.

Vårdgivarnas garantier omfattar inte alltid omgörningar hos annan vårdgivare. Detta kan innebära en viss otrygghet för patienten eftersom frågan om kostnaden för en omgörning hos en annan vårdgivare delvis är oreglerad. Privattandläkarnas överenskommelse med Konsumentverket innebär dock att patienten hålls skadeslös vid omgörning av annan vårdgivare såvitt avser protetiska behandlingar.

Ur ett konsument- eller patientperspektiv är det centralt att det finns tillräckliga garantier. Även om konsumenttjänstlagen inte är tillämplig på tandvårdstjänster anser utredningen att den principi-

ella utgångspunkten bör vara att regelverket gällande garantier inom tandvården inte på något avgörande sätt bör skilja sig från regelverket gällande garantier för övriga tjänster. Utredningen anser inte att det bör regleras om obligatoriska garantier inom tandvården, utan att garantier i stället bör vara en fråga mellan vårdgivaren och patienten. Konsumenttjänstlagens andemening bör gälla även inom tandvårdsområdet och patienten skall givetvis ha en möjlighet att reklamera en tjänst som han eller hon inte är nöjd med. Frågan om förekomsten av garantier på tandvårdsmarknaden bör dock följas noga och åtgärder vid behov vidtas om det skulle visa sig att patientsäkerheten inte tryggas i tillräcklig utsträckning.

### **Tandvård till fast pris**

Utredningen redovisar analyser av förutsättningarna för en försäkringslösning inom det statliga tandvårdsstödet, s.k. tandvård till fast pris. En sådan lösning bör vara ett generellt system som är anpassat för och kan tillämpas av såväl privata som offentliga vårdgivare på ett konkurrensneutralt sätt. Systemet behöver omfatta nationellt definierade och enhetliga riskgrupper för att skapa förutsättningar för flyttbarhet av avtal och rörlighet på marknaden.

Utredningens slutsats är att dagens abonnemangstandvård inte fyller de krav som måste ställas på en generell försäkringsmodell för tandvård. Möjligheterna att på kort sikt utveckla dagens abonnemangstandvård till ett sådant system torde vara relativt begränsade. På längre sikt bör det dock finnas möjligheter att utveckla försäkringslösningar. Utredningen pekar på fyra grundläggande frågor som behöver lösas för att tandvård till fast pris skall kunna bli den dominerande ersättningsformen. Dessa frågor omfattar vad som skall försäkras, vem som skall vara försäkringsgivare, huruvida försäkringen skall vara obligatorisk eller frivillig samt frågan om enhetliga eller differentierade premier. När dessa frågor lösts på ett fullständigt sätt med beaktande av kraven på konkurrensneutralitet ser utredningen förutsättningar för att utveckla ett nationellt system som erbjuder tandvård till fast pris för alla patienter och som det kan utgå statligt stöd för.

Även om dagens abonnemangstandvård inte uppfyller de krav som utredningen ställer på ett system med tandvård till fast pris finns ett antal viktiga fördelar i abonnemangsformen, som stödjer ambitionen om en hälsobevarende och hälsofrämjande profil inom

tandvården. Att teckna ett abonnemangsavtal gör att patienten periodiserar sina tandvårdskostnader och avtalet knyter patienten till vårdgivaren, vilket är två faktorer som kan underlätta för en del grupper att etablera en regelbunden tandvårdskontakt. Utredningen anser att abonnemangstandvården bör ges fortsatta möjligheter att utvecklas och kunna erbjudas av både privata och offentliga vårdgivare på ett konkurrensneutralt sätt.

### **Mål och principer**

Den nuvarande utformningen av det statliga tandvårdsstödet omfattar inget egentligt skydd mot höga kostnader för patienter som är 20–64 år. Dagens stöd lämnas med relativt små belopp till ett stort antal patienter, vilket gör att den statliga subventionen i mycket liten utsträckning leder till att göra tandvård mer ekonomiskt tillgänglig. För patienter som är 65 år eller äldre finns ett högkostnadsskydd för protetiska behandlingar, vilket analyseras närmare nedan. Den statliga styrningen av tandvården är enligt utredningens uppfattning svag och splittrad. Tillgången till statistik på nationell nivå om tandhälsa, tandvårdskostnader och tandvårdskonsumtion är mycket begränsad, vilket försvårar uppföljning och utvärdering. Kunskapsstyrningen av tandvården är relativt outvecklad.

Den övergripande målformuleringen i tandvårdslagen om god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen är grundläggande för det nya tandvårdsstödet. Vidare menar utredningen att ett nytt tandvårdsstöd skall

- utgöra en enkel och sammanhållen modell,
- ha en hälsofrämjande inriktning,
- medge att kostnaderna för såväl staten som patienterna kan förutses och
- komma patienten till del.

### **Ersättningsberättigande tandvård**

Med det föreslagna nya tandvårdsstödet kommer avsevärt mer statliga resurser att avsättas för tandvård. För att skapa kontroll över vilken tandvård som får tillgång till stödet anser utredningen att ett regelverk bör definiera vilken vård som är så prioriterad och kost-

nadseffektiv att den skall berättiga till statlig tandvårdsersättning. Skälet till att över huvud taget förse ersättningsystemet med begränsningar är alltså ekonomiskt.

I en situation med begränsade resurser till tandvård, om än väsentligt förstärkta, och i en ersättningsmodell som till sin konstruktion är kostnadsdrivande, är det centralt att ha ett regelverk som anger omfattningen av och gränserna för statens åtagande. Dagens och framtidens tandvård erbjuder alltmer avancerade och kostsamma terapiformer. Detta i kombination med ökande krav från patienter på mycket god estetik och funktion, understryker behovet av tydlig prioritering av statens resurser.

Utredningen anser att ersättningsberättigande vård skall avse behandlingar som utförs med en diagnos eller en adekvat riskbedömning och en behandlingsplan som grund. Utifrån en diagnos som vårdgivaren ställer eller ett i förväg definierat tillstånd skall vissa åtgärder omfattas av tandvårdsstödet. Däremot bör t.ex. byte av tidigare gjorda arbeten såsom fyllningar eller protetik enbart av estetiska skäl inte vara ett tillstånd som omfattas av ersättning från tandvårdsstödet.

Regelverket som definierar den tandvård som berättigar till ersättning bör understryka att vården fokuserar på förebyggande insatser, på smärt- och sjukdomsfrihet, förmåga att tugga och tala utan större hinder och ett utseende utan tydliga, estetiskt störande inslag.

Utredningen lämnar förslag till definition av en del av den ersättningsberättigande tandvården. Förslaget bör tjäna som utgångspunkt för vidare utveckling av regelverket. Förslaget delar upp den ersättningsberättigande vården i fem avdelningar:

1. Undersökningar, utredningar och diagnostik
2. Hälsofrämjande insatser
3. Behandling av sjukdoms- och smärttillstånd
4. Reparativ vård
5. Rehabiliterande och habiliterande vård

Utredningen anser att uppdelningen i bastandvård och protetik som finns i förordningen om tandvårdstaxa bör avskaffas, då den i dag varken återspeglar någon prioritering eller något som är meningsfullt för vården.

För varje diagnos skall det finnas en eller flera ersättningsberättigande åtgärder. Om vårdgivaren vidtar en annan åtgärd till



följd av diagnosen, t.ex. med en annan typ av material eller terapi, räknas enbart värdet av den ersättningsberättigande åtgärdens referenspris in i tandvårdsstödet. Om flera olika åtgärder berättigar till ersättning bör åtgärden med lägst referenspris ligga till grund för ersättningen. Staten lägger därigenom inga hinder för att en dyrare behandling utförs, men begränsar den statliga finansieringen till en viss, på förhand bestämd, standard.

### **Tandvårdscheck**

Tandvårdschecken föreslås uppgå till 300 kronor vartannat år till patienter i åldrarna 30–74 år och till 600 kronor vartannat år till patienter i åldersgruppen 20–29 år respektive 75 år eller äldre. Patienten kan välja att nyttja checken en gång per år, då till ett värde av 150 respektive 300 kronor, eller en gång vartannat år, då till ett värde av 300 respektive 600 kronor.

Tandvårdschecken skall kunna användas som delbetalning vid ett tandvårdsbesök hos valfri tandläkare eller tandhygienist eller som delbetalning för abonnemangstandvård.

Checken föreslås utformas som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan, inte som en egentlig värdehandling. Administrationen föreslås ske genom det IT-stöd för det nya tandvårdsstödet som Försäkringskassan har i uppdrag att utveckla.

### **Abonnemangstandvård**

En fortsatt utveckling av den särskilda tandvårdsmodell som benämns abonnemangstandvård skall möjliggöras inom det nya tandvårdsstödet. Ett led i detta är att den föreslagna tandvårdschecken skall kunna användas som delbetalning för abonnemangstandvård. Checken ersätter därmed dagens grundbelopp till abonnemangstandvård. Det föreslagna beloppet på checken innebär att den statliga ersättningen till abonnemangstandvård försämras marginellt för patienter i åldersgruppen 30–74 år, men förbättras väsentligt för patienter i gruppen 20–29 år och 75 år eller äldre. I det s.k. sidoalternativet till skydd mot höga kostnader finns utrymme att höja checken ytterligare, vilket skulle leda till förstärkt ersättning av abonnemangstandvården.

Regleringen av abonnemangstandvården föreslås bli i princip densamma i det nya tandvårdsstödet som i dagens system. Utredningen lämnar dock förslag på några punkter i syfte att förbättra uppföljning och utvärdering av abonnemangstandvården, samt stärka möjligheterna till kontroll av utbetald ersättning.

### **Skyddet mot höga kostnader**

Utredningen föreslår som huvudalternativ att skyddet mot höga kostnader skall lämna en ersättning med 50 procent för kostnader mellan 3 000 och 15 000 kronor och med 85 procent för kostnader över 15 000 kronor. Utredningen har även kostnadsberäknat ett sidoalternativ där den högre beloppsgränsen uppgår till 25 000 kronor.

Beräkningen av tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader baseras på de föreslagna referenspriserna, inte patientens faktiska kostnad. Beräkningen omfattar inte den del av kostnaden som betalats med tandvårdschecken och inte patientens avgift för abonnemangsavtal i förekommande fall.

Skyddet mot höga kostnader gäller under en ersättningsperiod om ett år. Ersättningsperioden startar vid det tillfälle då en ersättningsberättigande åtgärd slutförts. Vårdgivaren kan på patientens begäran anmäla att en ny ersättningsperiod skall påbörjas innan den tidigare perioden har löpt ut.

### **Gruppen 65 år och äldre**

Utredningen anser att patienter som är 65 år eller äldre fullt ut skall omfattas av det nya statliga tandvårdsstödet. Detta innebär att dagens högkostnadsskydd för protetiska behandlingar för denna åldersgrupp ersätts av det föreslagna skyddet mot höga kostnader. Det nuvarande högkostnadsskyddet har haft en okontrollerad kostnadsutveckling och en tidskrävande administration. Konstruktionen har ett antal brister, främst på följande punkter.

Dagens högkostnadsskydd utgör inget reellt högkostnadsskydd, eftersom patientens verkliga kostnader inte har blivit de 7 700 kronor som var grundtanken vid införandet. I stället har konstruktionen lett till att 7 700 kronor blivit en lägsta nivå, ett golv, till vilket ytterligare kostnader kommit, främst i form av

materialkostnader. Vidare har högkostnadsskyddets begränsning till endast protetiska behandlingar inneburit att den viktiga bastandvården blivit ekonomiskt missgynnad. Patienten ges ekonomiska incitament att vidta protetiska behandlingar före bastandvård, vilket strider mot den självklara hållningen att det oftast är bättre att vårda originaldelar än att ersätta dem med reservdelar. Avslutningsvis kan konstateras att högkostnadsskyddets nuvarande konstruktion leder till tröskeeffekter, genom att patienter i åldrarna 60–64 år avvaktar med tandvård i väntan på att omfattas av högkostnadsskyddet. Detta medför att vård inte utförs när behovet uppstår, utan vid ett senare tillfälle. Detta riskerar ackumulera vårdbehov och leda till en välfärdsförlust för individen och samhällsekonomisk ineffektivitet.

Genom att åldersgruppen 65 år eller äldre omfattas av det nya tandvårdsstödet åtgärdas dessa incitamentsproblem. De ekonomiska konsekvenserna innebär att subventionen till denna åldersgrupp på aggregerad nivå blir i princip oförändrad. Däremot får det konsekvenser på individnivå. Genom utredningens förslag till skydd mot höga kostnader lämnas tandvårdsersättning från en lägre nivå, 3 000 kronor, mot dagens 7 700 kronor. Det gör att ersättningen kommer fler till del, dvs. inte endast de som har mycket omfattande tandvårdsbehov, utan även de som har måttliga tandvårdsbehov. Ersättningsgraden blir lägre jämfört med dagens högkostnadsskydd, men ersättningen kommer att omfatta kostnader för vissa material som i dag inte omfattas av tandvårdsstödet, vilket innebär förbättringar jämfört med dagens system. Dessutom kommer all tandvård, även bastandvård, att omfattas av skyddet mot höga kostnader. Konsekvensen blir att priset för en patient som är 65 år eller äldre för mer omfattande protetiska behandlingar, t.ex. implantat, inte förändras i någon större utsträckning, men för mindre omfattande protetiska behandlingar, t.ex. en tandkrona eller bro, blir patientpriset betydligt lägre.

Utredningen anser att några särskilda övergångsregler inte är motiverade. Det befintliga högkostnadsskyddet kommer att fasas ut under en period som kan komma att sträcka sig upp till tre år, genom att de förhandsprövningar som inkommer till Försäkringskassan fram till tidpunkten för ikraftträdandet föreslås behandlas enligt det i dag gällande regelverket.

## Administration, kontroll och uppföljning

Det nya tandvårdsstödet skall betalas ut i efterhand till vårdgivarna av Försäkringskassan. Administrationen skall ske genom att vårdgivarna löpande lämnar uppgifter i elektronisk form om all utförd ersättningsberättigande tandvård.

Försäkringskassans resurser för kontroll skall behållas men ändra inriktning. Kontrollinsatser i efterhand baserade på elektronisk databearbetning, slumpmässiga urval och misstankar om missförhållanden skall prioriteras högre, medan antalet förhandsprövningar kraftigt skall begränsas.

Socialstyrelsen skall ges förtydligt ansvar för statistik, uppföljning och utvärdering om tandhälsa för vuxna och få i uppdrag att svara för ett tandhälsoregister för vuxna. Försäkringskassan skall ges förtydligt ansvar för statistik, uppföljning och utvärdering om tandvårdskostnader, patientpriser och tandvårdskonsumtion. Det skall genomföras ett utvärderingsprogram avseende det nya statliga tandvårdsstödet. Särskilda kvalitetsregister skall inrättas inom tandvården. Ett register för dentala implantat skall prioriteras. Vårdgivarna skall få en särskild återkoppling från den löpande uppföljningen.

Vårdgivaren skall upprätta underlag för uppföljning och beräkning av statligt tandvårdsstöd för all ersättningsberättigande tandvård som vårdgivaren utfört på en patient och ge in underlaget till Försäkringskassan. Av underlaget skall framgå

- patientens personnummer och datum när åtgärden slutförts,
- diagnos- och åtgärdskod,
- tandnummer eller vid tandförlust motsvarande position,
- vårdgivarens pris för utförd åtgärd,
- datum för nyttjande av tandvårdscheck,
- om det finns ett abonnemangsavtal med patienten.

I samband med utbetalning av tandvårdscheck skall vårdgivaren lämna uppgift om patientens antal kvarvarande och intakta tänder. Uppgift skall även lämnas om den prislista som vårdgivaren tillämpar.

Utredningen anser att den uppgiftsskyldighet som vårdgivarna får med anledning av utformningen av det nya tandvårdsstödet enligt vad som ovan anges bör vara tillräcklig för att skapa förutsättningar för en effektiv kontroll av de statliga utgifterna.

En avgörande faktor för att de ovan angivna uppgifterna på ett effektivt sätt skall kunna nyttjas för kontrollinsatser är att de lämnas elektroniskt. Genom att uppgifterna finns samlade i en databas kan automatiserade kontroller genomföras i betydligt högre utsträckning av Försäkringskassan än vad som görs i det befintliga tandvårdsstödet. Effektivare automatiserade kontroller höjer miniminivån på de kontroller som omfattar varje utbetalning av det statliga tandvårdsstödet. Utöver detta behöver effektiva kontrollinstrument utvecklas som omfattar kontroller på slumpmässiga urval och kvalificerade riktade kontroller.

De uppgifter som vårdgivarna enligt utredningens förslag skall lämna löpande till Försäkringskassan för att ersättningens storlek skall kunna beräknas fyller ett dubbelt syfte, eftersom uppgifterna även kommer att bidra till en väsentligt förbättrad statistik för att följa upp och utvärdera tandhälsan och tandvårdskonsumtionen bland den vuxna befolkningen.

Utredningen föreslår att uppgiftsskyldigheten enligt vad som ovan anges även skall omfatta abonnemangständerna, dock med undantag för uppgiftslämning av vårdgivarpriset för en utförd åtgärd. Detta eftersom någon ersättning inte utgår per åtgärd. Vidare skall uppgifter om abonnemangsavtal lämnas i samband med att avtalet skickas till Försäkringskassan.

Statligt tandvårdsstöd i form av tandvårdscheck och tandvårdsersättning skall betalas ut under förutsättning att begäran om ersättning kommer in till Försäkringskassan inom två veckor från det att åtgärden har slutförts. En motsvarande skyldighet för Försäkringskassan att betala ut ersättning senast inom två veckor bör gälla. Om det finns särskilda skäl kan Försäkringskassan betala ut ersättning även om begäran kommer in senare. Underlag för uppföljning och beräkning av statligt tandvårdsstöd skall lämnas inom två veckor från det att åtgärden har slutförts.

Försäkringskassan skall få hålla inne ersättning från det statliga tandvårdsstödet i avvaktan på att en vårdgivare fullgör sin skyldighet att lämna angivna uppgifter. Försäkringskassan skall få förelägga en vårdgivare, som kan antas inte följa bestämmelserna om statligt tandvårdsstöd, att all begäran om ersättning för viss behandling som vårdgivaren utför skall förhandsprövas av Försäkringskassan. Ett sådant föreläggande skall få gälla högst ett år.

Om en protetisk behandling måste göras om av en annan vårdgivare än den som först utförde behandlingen skall Försäkringskassan få återkräva det statliga tandvårdsstöd som lämnats till vård-

givaren för den första behandlingen. Försäkringskassan skall i ett sådant fall i stället få räkna av beloppet från en fordran som vårdgivaren har på annan ersättning från tandvårdsstödet. Ett belopp som motsvarar det återkrävda beloppet skall Försäkringskassan använda som betalning till den vårdgivare som utför omgörningen. Behovet av omgörning skall förhandsprövas av Försäkringskassan i de fall omgörningen görs av annan vårdgivare än den som först utförde behandlingen.

Har vårdgivaren efter utförd behandling fått ett lägre belopp i ersättning från det statliga tandvårdsstödet än vårdgivaren begärt av Försäkringskassan, skall mellanskillnaden inte få krävas ut av patienten. Detta skall dock inte gälla om den lägre ersättningen från tandvårdsstödet beror på att patienten lämnat ofullständiga eller oriktiga uppgifter.

Nuvarande åldersgräns för tandläkare och tandhygienister när det gäller ersättningsberättigande vård inom tandvårdsförsäkringen skall inte få någon motsvarighet inom det statliga tandvårdsstödet.

### Utvecklad konkurrens

För att åstadkomma förutsättningar att bedöma graden av konkurrensneutralitet på tandvårdsmarknaden är det nödvändigt att alla landsting särredovisar folktandvårdens kostnader och intäkter. Om inte det sker inom den närmaste tvåårsperioden bör regeringen överväga lagstiftning som innebär en skyldighet för landstingen att göra detta. Regeringen bör uppdra åt Statskontoret att följa upp redovisningen av folktandvården och vid behov föreslå åtgärder.

Ett avgörande led i att utveckla konkurrensen på tandvårdsmarknaden är att stärka patientens ställning. Utredningen lämnar i detta syfte en rad förslag om förbättrad information m.m. till patienten.

Vårdgivaren skall tillhandahålla patienten en prislista över de tandvårdsåtgärder som vårdgivaren utför. Av prislistan skall det framgå vilka garantier vårdgivaren erbjuder. I prislistan skall även referenspriserna för tandvårdsåtgärderna anges. Vidare skall det i prislistan finnas uppgift om att patienten har rätt till skriftligt intyg om vilka material som använts vid protetiska arbeten och i tandfyllningar.

Om en patient behöver behandling vid mer än ett tillfälle, skall vårdgivaren lämna patienten en skriftlig prisuppgift. Vid en mer

omfattande behandling skall vårdgivaren ge patienten en skriftlig behandlingsplan, inklusive prisuppgifter. Av behandlingsplanen skall framgå diagnos, den föreslagna behandlingen samt uppgift om den är ersättningsberättigande, vårdgivarens pris och uppgift om referenspriset, skäl för föreslagen behandling, samt alternativa behandlingsförslag och uppgift om de är ersättningsberättigande, vårdgivarens pris och referenspriser för dessa. I de fall det krävs en reviderad behandlingsplan skall vårdgivaren ange den föreslagna behandlingen, prisuppgift samt referenspriset i denna.

På patientens kvitto för erlagd betalning skall vårdgivaren ange referenspriset samt sitt pris för varje utförd åtgärd och den ersättning som lämnas i tandvårdsstöd. Har tandtekniskt arbete ingått i behandlingen, skall vårdgivaren till kvittot foga en kopia av det underlag som det tandtekniska laboratoriet lämnat över kostnaderna för det tandtekniska arbetet.

Efter varje undersökning skall vårdgivaren upprätta ett undersökningsprotokoll. Detta skall lämnas till patienten i samband med undersökningen.

Konsumentverket skall få i uppdrag att tillhandahålla en elektronisk prisjämförelsetjänst inom tandvårdsområdet.

Det skall inrättas en rådgivningsbyrå för patienter på tandvårdsområdet. Den skall fungera som en upplysningstjänst för patienter och kunna informera om priser, behandlingar och regelverk. Konsumentverket bör ges i uppdrag att i samverkan med branschen ta initiativ till att inrätta en sådan rådgivningsbyrå.

### **Genomförandenaspekter och ikraftträdande**

De redovisade förslagen föreslås träda i kraft den 1 juli 2008. Utredningen vill understryka vikten av att regeringen tillskapar en särskild genomförandeorganisation inom Regeringskansliet för att hålla samman och leda de insatser som behöver föregå ikraftträdandet.

## Ekonomiska konsekvenser

Den totala kostnaden för det statliga tandvårdsstödet beräknas i utredningens huvudalternativ till ca 5,9 miljarder kronor per år.<sup>1</sup> Av detta utgör kostnaden för tandvårdschecken ca 1,1 miljarder kronor och kostnaden för skyddet mot höga kostnader ca 4,8 miljarder kronor. Tandvårdschecken uppgår till 300 kronor vartannat år för åldersgruppen 30–74 år och 600 kronor vartannat år för åldersgrupperna 20–29 år samt 75 år och äldre. Inom skyddet mot höga kostnader lämnas ersättning med 50 procent av tandvårdskostnader, beräknat enligt referenspriserna, som ligger mellan 3 000 och 15 000 kronor och med 85 procent av kostnader som överstiger 15 000 kronor.

Utredningen har också kostnadsberäknat ett sidoalternativ där den totala kostnaden för tandvårdsstödet uppgår till ca 5,5 miljarder kronor. I detta alternativ blir kostnaden för tandvårdschecken lika stor som i huvudalternativet, ca 1,1 miljarder kronor, medan kostnaden för skyddet mot höga kostnader uppgår till ca 4,4 miljarder kronor. Inom sidoalternativet finns således möjlighet att höja checkbeloppet även för åldersgruppen 30–74 år. Inom skyddet mot höga kostnader lämnas i sidoalternativet ersättning med 50 procent av kostnader mellan 3 000 och 25 000 kronor och med 85 procent av kostnader som överstiger 25 000 kronor.

Utredningen bedömer att kostnaden för att inkludera vissa standardmaterial i referenspriserna uppgår till ca 250 miljoner kronor i huvudalternativet och ca 230 miljoner kronor i sidoalternativet.

När det gäller konsekvenserna för berörda myndigheter, främst Försäkringskassan och Socialstyrelsen, innebär utredningens förslag ökade kostnader med 43 miljoner kronor år 2007, 55 miljoner kronor år 2008 och 31 miljoner kronor år 2009 och 2010. Huvuddelen av kostnaderna avser ett nytt IT-stöd, en särskild nämnd för det statliga tandvårdsstödet, utveckling av nationella riktlinjer samt förstärkt uppföljning och utvärdering av tandvården.

## Konsekvensbeskrivning

Utredningen bedömer att förslagen om utvecklad konkurrens och förbättrad information till patienterna kommer att leda till att förutsättningarna för meningsfull prisinformation och prisjämförelse

---

<sup>1</sup> Kostnaderna är beräknade i 2006 års priser.



förbättras väsentligt. Referenspriserna utgör av staten definierade riktpriiser, som blir vägledande för patientens bedömning av om den egna vårdgivaren är dyr eller billig. Referenspriserna anges på flera ställen och i flera sammanhang, vilket ökar chanserna för att fler patienter uppmärksammar prisfrågan. Detta kommer enligt utredningens bedömning att medföra att fler patienter blir aktiva konsumenter inom tandvårdsområdet, vilket kommer att medföra ökad prispress och ökad konkurrens. Förslagen bör även leda till att fler patienter blir medvetna om sina tandhälsorisker och vilka möjligheter som finns att minska riskerna.

Det nuvarande tandvårdsstödet orsakar enligt utredningens bedömning onödigt höga administrativa kostnader för vårdgivarna. De främsta punkterna är följande.

- Dagens tandvårdsstöd är svåröverskådligt, komplext och innehåller en mängd detaljregler.
- Försäkringskassans IT-stöd för tandvårdsstödet är inte tillräckligt användarvänligt och ändamålsenligt. En stor del av tandvårdsräkningarna lämnas manuellt.
- Försäkringskassans utbetalning av tandvårdsersättning till vårdgivarna sker inte tillräckligt snabbt. Som regel utbetalas tandvårdsersättning efter upp till 30 dagar.
- Förhandsprövningarna orsakar höga administrativa kostnader genom att de omfattar en mängd uppgifter i varje enskilt fall som skall förhandsprövas samt att handläggningstiderna hos Försäkringskassan i vissa fall är oacceptabelt långa.

Utredningens förslag till utformning av det nya tandvårdsstödet tar hänsyn till samtliga dessa problemställningar, främst genom följande förändringar.

- Det nya tandvårdsstödet är enkelt i sin konstruktion och bygger i stor utsträckning på generella regler.
- Försäkringskassan föreslås utveckla ett användarvänligt och ändamålsenligt IT-stöd. Genom att kommunikationen mellan vårdgivarna och Försäkringskassan föreslås ske elektroniskt skapas förutsättningar för effektiv uppgiftslämning och lägre administrativa kostnader för vårdgivarna.
- Försäkringskassan bör göra utbetalningar av ersättning från tandvårdsstödet till vårdgivaren senast inom två veckor från det att begäran om ersättning lämnats, såvida det inte föreligger

särskilda behov av omfattande utredning för att kunna fatta beslut.

- Förhandsprövningarna slopas i princip helt. I stället föreslås ett förtydligt regelverk som gör det möjligt för vårdgivaren att på förhand själv utläsa vilka tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigande och vilka som inte är det.

Utredningen anser att den fria prissättningen på tandvårdsmarknaden bör bibehållas. Detta leder till att möjligheterna för vårdgivarna att fritt sätta sina priser fortsatt kommer att finnas, vilket utredningen bedömer är en fråga av stor vikt för vårdgivarna. Utredningens förslag om skyldigheter för vårdgivare att lämna information om priser och tandhälsa till patienterna syftar till att stärka patientens ställning och förbättra konkurrensen. Om tandvårdsmarknaden fungerar bättre blir även vårdgivarna gynnade. Utredningen bedömer att förslagen endast innebär marginella förändringar av vårdgivarnas administrativa kostnader, främst eftersom informationen lämnas redan i dag. Skillnaden blir att den nu skall lämnas skriftligen.

På några punkter utökas vårdgivarnas skyldigheter till följd av utredningens förslag. Utökningen orsakas främst av att det nya tandvårdsstödet, enligt utredningens direktiv, innehåller ersättningsformer som bygger på storlek av och tidpunkt för patientens tidigare tandvårdskonsumtion. Detta har stora likheter med befintliga högkostnadsskydd inom t.ex. läkemedelsförmånen. Sådana system förutsätter att aktuella uppgifter om patienternas tandvårdskonsumtion löpande registreras. Vidare anger direktiven att en tandvårdscheck skall lämnas varje eller vartannat år, vilket förutsätter att tidpunkten för nyttjandet av checken registreras.

Oavsett hur den löpande registreringen skulle utformas bedömer utredningen att den i direktiven angivna konstruktionen per definition innebär en ökad administration för vårdgivarna. I ett högkostnadsskydd där samtliga ersättningsberättigande åtgärder skall räknas ihop för en viss period, i syfte att se om och när patienten konsumerat vård över ett visst angivet belopp, behöver samtliga utförda åtgärder för samtliga patienter registreras. Detta påverkar oundvikligen vårdgivarnas administration.

Utredningen har valt att utforma den löpande registreringen genom att vårdgivarna löpande till Försäkringskassan lämnar de uppgifter som behövs för att säkerställa att tandvårdsersättningen beräknas på ett korrekt sätt. Genom att uppgifterna lämnas elek-

troniskt i ett för ändamålet anpassat nytt IT-stöd finns förutsättningar för att vårdgivarnas administration inte skall öka med anledning av införandet av ett högkostnadsskydd och en tandvårdsscheck. Kravet på elektronisk kommunikation innebär en investeringskostnad för de vårdgivare som inte har sådan utrustning. Denna kostnad bedöms dock vara begränsad och inte särskilt omfattande.

I syfte att möjliggöra utvecklad styrning och uppföljning av tandvårdsområdet föreslår utredningen att vårdgivarna utöver att lämna de uppgifter som behövs för att beräkna tandvårdsersättningens storlek skall lämna ytterligare uppgifter. Dessa ytterligare uppgifter begränsas dock kraftigt. Dessutom är de valda uppgifterna av ett sådant slag att de finns att hämta i journaler och i vårdgivarens prislista.

Sammantaget är utredningens bedömning att företagens administrativa kostnader bör minska till följd av förslagen. I samband med ikraftträdandet är det dock sannolikt att de administrativa kostnaderna kan vara av oförändrad storlek jämfört med dagens situation, även om innehållet ändras.

I detta sammanhang vill utredningen peka på den avgörande roll som Försäkringskassans utvecklingsarbete med det nya IT-stödet har. Utredningen vill särskilt understryka vikten av att Försäkringskassan genomför utvecklingen av IT-stödet i god tid inför ikraftträdandet och i nära samverkan med vårdgivarna.

# Summary

## Overview

The commission hereby submits proposals for a new state dental care financial support system for people aged 20 and over. The support consists of a dental care voucher, financial assistance for subscription dental care and a high-cost protection scheme.

The proposed value of the dental care voucher is SEK 300 every other year for everyone aged 30–74 years and SEK 600 every second year for those aged 20–29 years and 75 and over. The voucher can be used as part-payment for a dental care check-up at any dentist's or dental hygienist's, or as part-payment for subscription dental care.

Under the proposed high-cost protection scheme, compensation equal to 50 percent of the patient's dental care costs between SEK 3 000 and 15 000 and 85 percent of costs exceeding SEK 15 000 is payable. Compensation levels will be based on "reference prices" (see below). The commission has also estimated the costs of a second alternative, in which the upper limit is SEK 25 000 instead of SEK 15 000.

The costs to central government for the new dental care support system are estimated at about SEK 5.9 billion per year for the main alternative, of which the dental care voucher makes up SEK 1.1 billion and the high-cost protection scheme about SEK 4.8 billion. The cost estimates are based on 2006 prices.

The commission also submits proposals for a clear definition of the types of dental care that are to be reimbursable under the new support system. Preventive measures and disease treatment shall be prioritised. A reasonable amount of compensation shall be available for reparative and rehabilitative dental care. Reimbursable dental care shall be both cost-effective and socioeconomically efficient.

To achieve the necessary control over the compensation, a system of "reference prices" is proposed. These constitute the basis

for calculating dental care compensation as part of the high-cost protection scheme and will also enable patients to compare dental care prices more easily. As a result, reference prices should have a price-steering effect on prices, creating downward pressure, and improve competition on the dental care market in general. Free price-setting will be maintained and the price patients pay may vary, as it does today, depending on their choice of care provider.

The commission proposes that the cost of standard material, including precious and molten metal, shall be included in the reference prices and hence be covered by the dental care compensation scheme.

The government should decide on the criteria for reimbursable dental care and reference prices. The commission proposes that a special state dental care support committee be set up within the Swedish Social Insurance Administration. The task of this committee will be to provide the government every year with background data and, where necessary, proposals for decisions.

The commission feels that patients who are 65 or over should be completely covered by the new state dental care support system. This means that the current high-cost protection scheme for prosthodontic treatment for this age group will be replaced by the proposed high-cost protection scheme. The costs of the current scheme have spiralled out of control in recent years and administering it has been both time-consuming and resource-demanding. Its construction has a number of shortcomings, primarily regarding the following.

The current high-cost protection scheme for older people does not offer them any real high-cost protection, since their actual costs have exceeded SEK 7 700, the amount decided on when the scheme was first introduced. The way the scheme is constructed has led to this amount (SEK 7 700) being the lowest threshold, a base amount to which further costs have been added, primarily in the form of material costs. Furthermore, the fact that the current scheme only covers prosthodontic treatment has led to important basic dental care being neglected for financial reasons. Finally, the way the current scheme is constructed has also led to threshold effects, i.e. patients aged 60–64 have been delaying their visit to the dentist's until they are covered by the high-cost protection scheme. This has led to care not being administered when the need arises, but instead at a later date. There is therefore a risk of an accumula-

tion of care needs, leading to poorer welfare for the individual and socioeconomic inefficiency.

Including the 65+ age group in the new dental care support system solves these incentive problems. The financial consequences mean that the subsidy to this age group will remain basically unchanged. The new support system will however have consequences on the individual level. Under the commission's proposed high-cost protection scheme, dental care compensation will be available from a lower level; SEK 3 000 instead of the current SEK 7 700. This means that compensation will be available to more people, i.e. not just those who have very extensive dental care needs, but also those who have moderate needs. The level of compensation will be lower than the current high-cost protection, but compensation will cover the costs of certain materials that are not currently included in the dental care support system, implying an improvement compared to the current system. Furthermore, all dental care, including basic dental care, will be included in the high-cost protection scheme. One consequence will be that the price paid by a 65+ year-old patient for more extensive prosthodontic treatment, e.g. implants, will not change to any great degree, but the price he or she pays for less extensive prosthodontic treatment, e.g. a crown or bridge, will be significantly lower.

The commission submits several proposals aimed at improving competition on the dental care market and at empowering the patient. The proposals include a tougher requirement for separate disclosure of county council public dental care services and proposals for better information to the patients about dental health, dental care costs and treatment options. The report also proposes the establishment of a patients' advice bureau, a "Consumers' dental care bureau".

The commission feels that state governance of dental care is weak and divided and therefore submits several proposals for improved governance and monitoring of dental care as well as improved statistics on dental health, dental care consumption and dental care costs.

The commission proposes that the new dental care support system is introduced in its entirety on 1 July 2008 and that a special implementation task force be set up within the Swedish Government Offices to coordinate the measures needed prior to introduction.

When formulating its proposals, the commission has taken the government's objective of reducing the costs of companies in conjunction with central government regulations into account and estimates that the consequences of the proposals will result in an overall reduction in the costs for care providers.

The commission puts forward several constitutional proposals, primarily for a new act on state dental care support and an ordinance on the same subject.

### **The assignment**

The commission's assignment, in accordance with the additional directives given to it by the government in November 2006, has been to propose a new dental care support system for adults consisting of a high-cost protection scheme and a dental care voucher that can be used for part-payment of subscription dental care or regular preventive visits to the dentist or dental hygienist. Under the high-cost protection scheme, compensation equal to 50 percent of the costs between SEK 3 000 and 15 000 and 85 percent of the costs in excess of SEK 15 000 will be payable. The commission may also calculate other levels of support. The dental care voucher shall be worth SEK 300 every other year or longer. One condition is that the introduction of a new dental care support system should not make it more difficult to offer subscription dental care. A review of the regulations governing the recovery of dental care compensation when fixed or removable prosthodontic procedures have to be repeated shall also be performed. The commission shall propose how the administrative burden of companies can be reduced as a result of the regulations. The proposals shall be financed within the cost framework for the 2008 dental care support system, as specified in the 2007 Budget Bill (just over SEK 6 billion).

The government makes the following assessment as regards people who are currently entitled to increased compensation because of a long-term and much greater dental care need as a result of a long-standing illness or disability. The new high-cost protection scheme, as proposed by the commission, will provide greater protection for many people who need extensive and costly treatment. Dental care costs for those who primarily need regular preventive treatment may increase slightly. It is the government's assessment, however, that the most urgent reform is the provision of reason-

able high-cost protection to those who currently don't have any. The government will consider special measures for those who, due to disability or illness, find it difficult to do anything about the condition of their teeth and hence have a major dental care need. This issue is not covered by the ongoing investigation, however, but will instead be dealt with in due course.

Based on the original directives given to it by the previous government in December 2005, the commission has submitted two interim reports. The second interim report presented analyses and submitted proposals in principle for the design of a new dental care support system. These more or less form the basis of the proposals now being submitted.

## **Background**

The state dental care support system focuses on providing all adults with financial support for basic dental care. It also offers some support for prosthodontic measures. Compensation will be paid in fixed amounts per measure. For those aged 65 and over, there is a special high-cost protection scheme for prosthodontic measures. Included in the state dental care support system is also special support for people who have a greater dental care need as the result of an illness or disability. Compensation from the state dental care support system is mainly paid as a fixed amount per measure performed. Dental care support is also payable in another form of compensation for what is known as "subscription dental care", which is offered by several Swedish county councils. Subscription dental care means that the care provider offers dental care for a predetermined fee. The state compensation is also a fixed amount per patient and year.

## **Dental health**

Dental health has undergone favourable development in Sweden since the 1970s. An increasing number of older individuals have more and more of their own teeth left. The explanations for this include successful preventive dental care and the use of fluoride substances. The state dental care financial support system has provided more people with access to dental care at reasonable prices.



The major improvement in dental health is mostly attributed to the 1980s. The present rate of improvement is not as evident and there are signs of it subsiding.

The Swedish adult population can be roughly divided up into different generations based on their dental health. The 20–39 age group is dominated by individuals who mostly have all their own teeth left, few fillings and relatively good periodontal conditions. This generation has grown up with access to different fluoride substances (“The fluoride generation”). In comparison, the 40–59 age group has on average less teeth, a greater number of fillings, more crown and bridge prosthodontics and root canal work and slightly worse periodontal conditions (“The fillings generation”). This is even more evident in the 60+ age group, in which the vast majority of both conventional and jawbone-anchored prosthodontics (implants) can be found (“The prosthodontic generation”). Many individuals in the oldest age groups lack either all or most of their teeth and have removable prosthodontic replacements.

As dental health improves, the need for dental care increases. This is sometimes referred to as the “dental care paradox”. The greater the number of own teeth in one’s mouth, the greater the need for repair and maintenance. At the same time, dental health improvement also leads to a change in the nature of the increased dental care need and places clear emphasis on preventive measures.

### **Dental care consumption**

The frequency of visits to the dentist has increased in a long-term perspective but decreased in recent years. The frequency of visits has dropped by five percent since 1999. There is a major discrepancy between the 16–19 age group, who are entitled to free child and adolescent dental care, and the 20–24 age group, who are not. This difference has increased over time.

Around 85 percent of the adult population visit the dentist’s at least every second year. The frequency of visits is lowest in the 20–29 age group and among the over-75s.

Basic dental care is responsible for the vast majority of all dental care administered, measured in terms of the number of measures performed. Between 2000 and 2005, there has been a shift in dental care consumption, from basic care to prosthodontics. This change can be exclusively explained by an increase in prosthodontic treat-

ment and is not due to a reduction in the amount of basic dental care being administered.

The commission sees a clear connection between the trend in dental care consumption and how the dental care support system is designed. The introduction of the high-cost protection scheme for people aged 65 and over for prosthodontics has led to a substantial increase in dental care consumption for this patient group, whilst consumption for patients in the 60–64 age group has decreased. Patients who are 60–64 years old probably wait until they are 65 years old before having prosthodontic treatment.

### Price trends

Prices charged by dental care providers rose dramatically after free pricing was introduced in 1999. The rate of price increase has fallen in recent years, however. In the commission's opinion, it is difficult to determine with any certainty the causes of the dramatic increase in prices between 1998 and 2005. The commission believes, however, that most of the increase can be explained not only by the fact that the costs of producing dental care have risen but also because the previously regulated prices were too low.

The fact that most of the rise in price can be explained by higher costs and a stifled need for price increases means that the price trend cannot ostensibly be seen as a pretext for greater regulation. The dental care market does not function perfectly, but there are few markets that do. As described above, it is difficult to make a market efficient simply by regulating it. Regulation is a substitute for effective competition. The aim should therefore be to stimulate a natural development in the way the market works.

The commission has not been able to find any structural explanation for the differences in price increase for different treatment measures. It is likely, in the commission's view, that the price of different treatment measures has been adapted to the costs of performing them.

There has been considerable variation in the rate of price increase among different county councils between 1998 and 2006. The commission believes that this variation cannot solely be explained by differences in costs during this period, i.e. that the increase in costs has not been the same for the county councils. It is also likely that there were already differences in productivity and

price levels in 1999 due to structural differences that only became apparent after prices were deregulated.

### **The dental care market**

The dental care market by no means functions perfectly. There are significant market shortcomings as a result of market power and unevenly distributed information. A dental care reform would lead to the state increasing its share of total dental care funding still further. Both these factors advocate public regulation aimed at improving the way the dental care market works and allowing the public sector to monitor the market more closely. All regulation risks creating more problems than it solves, e.g. inhibiting a natural development of the market. A balance between different aspects must therefore be struck in order to create an effective regulatory framework.

More active and aware patients have the potential to increase market efficiency. Surveys show that dental care patients are not active enough and lack information as to the market conditions. Measures therefore need to be taken to improve patients' knowledge of the dental care market. Having a minority of patients who are active may suffice, provided their mobility puts enough pressure on care providers.

It is very difficult to say much about the conditions as regards competition between the private and public sectors on the dental care market. The commission feels however that the requirement for county councils to disclose their public dental care services separately should be strengthened. Transparency must increase to clarify whether the public dental care services are being subsidised or not.

### **Models of dental care compensation**

There are two basic forms of dental care compensation: compensation per patient (capitation) and compensation per treatment measure (unit price). There are pros and cons of both systems.

Capitation compensation can create problems relating to adverse selection, patient selection and undertreatment. On the other hand, there are no financial incentives for care providers to overtreat

patients in such a system. Furthermore, a capitation system will make dental care costs predictable for both the patient and the state.

A unit price system is cost-driven both regarding price and volume. Care providers are given financial incentives to increase production, heightening the risk of overtreatment. On the other hand, unit price compensation mostly solves the problems of adverse selection samples, patient selection and undertreatment. The 65+ reform illustrates the problems that can be created with a unit price compensation system.

### **Dental care guarantees**

Guarantees, both spoken and written, are most common when it comes to prosthodontic treatment, for which almost all care providers provide a guarantee for the treatment measure performed. The length of the guarantee corresponds to the period during which the Social Insurance Administration does not pay any compensation for repeat procedures, i.e. one year for removable prosthodontics and two years for fixed prosthodontics.

Care provider guarantees do not always cover repeat procedures performed by another care provider. This may lead to a certain amount of insecurity for the patient since the issue of the cost of a repeat procedure by another care provider is partly unregulated. Under the agreement between private dentists and the Swedish Consumer Agency, however, the patient is refunded for repeat procedures by a different care provider as far as prosthodontic treatment is concerned.

From a consumer and patient perspective, it is vital that there are enough guarantees. Even if the Consumer Services Act is not applicable to dental care services, the commission still feels that the basic starting-point should be that the regulations relating to dental care guarantees should not differ significantly from the regulations governing guarantees for other services. In the commission's opinion, therefore, compulsory dental care guarantees should not be regulated by law but should instead be a matter between the care provider and the patient. The essence of the Consumer Services Act should however apply in the area of dental care and patients shall naturally have the chance to complain about a service with which they are dissatisfied. The issue of guarantees on the dental

care market should be closely monitored, however, and the necessary measures taken should patient security not be upheld to a sufficient extent.

### **Fixed price dental care**

An insurance-based solution as part of the state dental care support system, known as “fixed price dental care”, should be a general system adapted for and applicable by both private and public care providers in a way that is competition-neutral. The system needs to cover nationally defined and homogenous risk groups in order to create the right conditions for agreement portability and market mobility.

The commission concludes that the current subscription dental care system does not fulfil the requirements that must be put on a general dental care insurance model. The short-term scope for developing today’s subscription dental care into such a system seems relatively limited. There should be more scope in the longer term to develop insurance solutions, however. The commission points to four fundamental issues that need to be solved in order for fixed-price dental care to become the dominant system on the market. These issues concern what is to be insured; who is to be the insurance provider; whether insurance is to be compulsory or voluntary; and the issue of standardised or differentiated premiums. When these issues are completely solved, bearing in mind the need for competition neutrality, the commission sees scope for developing a national system that offers dental care at a fixed price for all patients and for which state support can be made available.

Even if today’s subscription dental care does not fulfil the requirements placed by the commission on a fixed-price dental care system, it has a number of important benefits that further the aim of creating a health-preserving and health-promoting profile for dental care. Entering into a subscription agreement means that patients divide their dental care costs over a period of time and are tied to a specific care provider, two factors that can help a number of groups to establish regular contact with their dentist. The commission feels therefore that subscription dental care should be given the chance to develop and be offered by both private and public care providers in a competition-neutral way.

## Objectives and principles

The way the state dental care support system is currently designed does not provide any real high-cost protection for patients aged 20–64 years. Support is currently given in relatively small amounts to a large number of patients, making dental care only slightly more financially accessible. There is high-cost protection for prosthodontic treatment for patients who are 65 and over and this is analysed in more detail below. In the commission's opinion, state control of dental care is both weak and divided. The availability of national statistics on dental health, dental care costs and dental care consumption is very limited, making monitoring and evaluation more difficult. Knowledge management within dental care is relatively poorly developed.

The overarching aim specified in the Dental Services Act for good dental health and dental care on equal terms for the entire population is fundamental to the new dental care support system. In addition, the commission feels that a new dental care support system shall:

- comprise a simple and coherent model,
- have a health-promoting focus,
- allow both the state and the patient to easily predict the costs and
- benefit the patient.

## Reimbursable dental care

Considerably more state resources will be set aside for dental care in connection with the proposed new dental care support system. To be able to control which types of dental care will have access to the support, the commission feels that a regulatory framework should define the type of care that is sufficiently prioritised and cost-effective to qualify for state dental care compensation. The reasons for applying restrictions to the compensation system are therefore purely economic. In a situation with considerably strengthened yet still limited dental care resources, and with a compensation model that is basically cost-driven, it is essential to have a regulatory framework that specifies the scope and the limits of the state's undertaking. Current and future dental care offers evermore advanced and costly forms of therapy. Combined with

increasing demands from the patient for a very good aesthetical outcome, this underlines the need for a clear prioritisation of state resources.

The commission feels that reimbursable care shall refer to administered treatment that is based on a diagnosis or adequate risk assessment and a treatment plan. Based on a diagnosis made by the care provider or a predefined condition, certain measures shall qualify for dental care support. On the other hand, repeat procedures, such as fillings or prosthodontics, performed for purely aesthetical reasons shall not qualify for compensation under the dental care support system.

The regulations defining the type of dental care that qualifies for compensation should stress the fact that the care focuses on preventive measures, on freedom from pain and disease, the ability to chew and speak unhindered and an appearance without obvious, disturbing features.

The commission submits a proposal for definitions of some types of reimbursable dental care procedures. This proposal should serve as a starting-point for further development of the regulatory framework. The proposal divides reimbursable dental care into five areas:

1. Check-ups, examinations and diagnostics
2. Health-promoting measures
3. Disease treatment and pain relief
4. Reparative care
5. Rehabilitating and habilitating care

The commission is of the opinion that the distinction between basic dental care and prosthodontics in the current ordinance on dental care charges should be abolished, since it no longer reflects any prioritisation or anything meaningful from a dental care point of view.

There shall be one or more reimbursable treatment measures for each diagnosis. If the care provider performs a different measure based on the diagnosis, e.g. using a different type of material or therapy, only the value of the reference price of the reimbursable measure in accordance with the dental care support system will be payable. If several different measures qualify for compensation, the measure with the lowest reference price should form the basis of the compensation. The government places no restrictions on more

expensive treatment being implemented, but limits state funding to a certain, predetermined standard.

### **Dental care vouchers**

It is proposed that the value of the dental care voucher be SEK 300 every other year to patients aged 30–74 years and SEK 600 every other year to patients in the 20–29 and 75+ age groups. The patient can choose to use the voucher once a year, to a value of SEK 150 and SEK 300 respectively, or once every second year, to a value of SEK 300 and SEK 600 respectively.

The voucher can be used as part-payment for a dental care visit to any dentist or dental hygienist, or as part-payment for subscription dental care.

It is proposed that the voucher take the form of a credit balance at the Social Insurance Administration and not an actual document of value. It is proposed that the system be administrated via the IT-based system for the new dental care support, which the Social Insurance Administration is developing at the request of the government.

### **Subscription dental care**

It shall be possible to continue to develop the special dental care model, known as subscription dental care, within the new dental care support system. To this end, it shall be possible to use the proposed dental care voucher as part-payment for subscription dental care. The voucher will therefore replace the current basic amount for subscription dental care. The proposed value of the voucher will mean a slight reduction in state compensation to subscription dental care for patients in the 30–74 age group, but a considerable improvement for patients in the 20–29 and 75+ age groups. In the “second alternative” high-cost protection scheme, there is scope for increasing the value of the voucher, which would strengthen subscription dental care compensation still further.

It is proposed that regulation of subscription dental care be in principle the same in the new dental care support system as in the current one. The commission submits proposals on a number of points, however, aimed at improving the monitoring and evaluation



of subscription dental care, and leading to better control of disbursed compensation.

### **High-cost protection**

The commission proposes in its main alternative that the high-cost protection scheme shall provide compensation equal to 50 percent of the costs between SEK 3 000 and SEK 15 000 and 85 percent of the costs over SEK 15 000. The commission has also calculated the costs of a second alternative in which the higher cost limit is SEK 25 000.

The calculation of dental care compensation as part of the high-cost protection scheme is based on the proposed reference prices, not the actual costs incurred by the patient. The calculation does not include that part of the cost paid for using the dental care voucher and not the patient's fee for any subscription agreement entered into.

The high-cost protection is valid for a compensation period of one year. The compensation period starts from the date a reimbursable treatment measure is finalised. At the request of the patient, the care provider can register the start of a new compensation period before the previous period has expired.

### **The 65+ age group**

The commission feels that patients who are 65 or over should be completely covered by the new state dental care support system. This means that the current high-cost protection scheme for prosthodontic treatment for this age group will be replaced by the proposed high-cost protection scheme. The costs of the current high-cost protection scheme have spiralled out of control and led to a great deal of time-consuming administration. Its construction has a number of shortcomings, primarily regarding the following:

The current high-cost protection scheme for older people does not offer them any real high-cost protection, since their actual costs have exceeded SEK 7 700, the amount decided on when the scheme was first introduced. The way the scheme is constructed has led to this SEK 7 700 being the lowest threshold, a base amount to which further costs have been added, primarily in the form of

material costs. Furthermore, the fact that the current scheme only covers prosthodontic treatment has led to important basic dental care being neglected for financial reasons. The patient has a financial incentive to undergo prosthodontic treatment ahead of basic dental care, which is contrary to the self-explanatory approach that it is normally better to preserve genuine parts rather than replace them with spare parts. Finally, the way the current scheme is constructed has also led to threshold effects, i.e. patients aged 60–64 have been delaying their visit to the dentist's until they are covered by the high-cost protection scheme. This has led to care not being administered when the need arises, but instead at a later date. There is therefore a risk of an accumulation of care needs, leading to poorer welfare for the individual and socioeconomic inefficiency.

Including the 65+ age group in the new dental care support system solves this incentive problem. The financial consequences mean that the support to this age group will basically remain unchanged. The new support system will however have consequences for the individual. Under the commission's proposed high-cost protection scheme, dental care compensation will be available from a lower level; SEK 3 000 instead of the current SEK 7 700. This means that compensation will be available to more people, i.e. not just those who have very extensive dental care needs, but also those who have moderate needs. The level of compensation will be lower than the current high-cost protection, but compensation will cover the costs of certain materials that are not currently included in the dental care support system, implying an improvement compared to the current system. Furthermore, all dental care, including basic dental care, will be included in the high-cost protection scheme. One consequence will be that the price for a patient who is 65 or over for more extensive prosthodontic treatment, e.g. implants, will not change to any great degree but the price for the patient for less extensive prosthodontic treatment, e.g. a crown or bridge, will be significantly lower.

### **Administration, control and follow-up**

The new dental care support will be paid out retroactively to the care provider by the Social Insurance Administration. The system will be administrated by care providers registering details electronically of all the reimbursable dental care measures they perform.

The resources allocated to the Social Insurance Administration for control activities will be maintained but will change focus. Retroactive control measures based on electronic data processing, random sampling and suspicions of irregularities shall be given higher priority, whilst the number of prior assessments shall be greatly restricted.

The National Board of Health and Welfare will be given an explicit responsibility for the statistics, monitoring and evaluation relating to adult dental health and be assigned the task of maintaining a dental health register for adults. The Social Insurance Administration shall be given an explicit responsibility for statistics, monitoring and evaluation of dental care costs, patient prices and dental care consumption. An evaluation programme concerning the new state dental care support system shall be implemented. Special dental care quality registers shall be established. A register for dental implants shall be prioritised. Care providers will be provided with special feedback as part of the continuous monitoring activities.

Care providers shall prepare documentation for monitoring purposes and for the calculation of state dental care support for all the reimbursable treatment measures they perform on a patient and submit this to the Social Insurance Administration. The documentation shall include:

- the patient's personal ID number and the date when the treatment measure was finalised,
- diagnosis and treatment codes,
- the number of the tooth or in the event of tooth loss, the equivalent position,
- the care provider's price for the performed treatment measure,
- date when any dental care voucher was used
- whether the care provider has a subscription agreement with the patient.

In connection with disbursement of dental care vouchers, the care provider shall submit information on how many healthy teeth the patient has left. Care providers shall also submit information as to which price list they use.

The commission is of the opinion that the obligation to supply information placed on the care provider as part of the new dental care support system, in accordance with what is specified above,

should be considered sufficient to create the conditions for effective control of state expenditure.

A crucial factor in the use of the abovementioned information as an effective control measure is that it is submitted electronically. Collecting the information in an electronic database will enable the Social Insurance Administration to carry out considerably more automated checks than is the case with the present dental care support system. More efficient automated checks will raise the minimum level of the checks made on every disbursement of state dental care support. In addition to this, efficient control instruments need to be developed which include checks on random samples and advanced targeted checks.

The information that care providers will regularly submit to the Social Insurance Administration, in accordance with the commission's proposals, so that the amount of compensation can be calculated, will fulfil a twofold purpose, as it will also help to drastically improve the statistics used to monitor and evaluate dental health and dental care consumption in the adult population.

The commission proposes that the obligation to supply information in accordance with what is specified above shall also apply to subscription dental care, with the exception of the supply of information pertaining to the price charged by the care provider for a performed treatment measure, since compensation in the case of subscription dental care is not payable per treatment measure. In addition, information pertaining to subscription agreements shall be submitted at the same time as the agreement is sent to the Social Insurance Administration.

State dental care support in the form of dental care vouchers and dental care compensation shall be disbursed on condition that the request for compensation has reached the Social Insurance Administration within two weeks of the treatment measure being finalised. There should be a similar obligation imposed on the Social Insurance Administration to disburse the compensation within two weeks. Under special circumstances, the Social Insurance Administration can disburse compensation even if the request arrives later. Documentation for monitoring and calculation of the state dental care support shall be submitted within two weeks of the treatment measure being finalised.

The Social Insurance Administration will be able to withhold compensation from the state dental care support system until care providers have fulfilled their obligation to submit the necessary

information. The Social Insurance Administration shall also be able to serve notice on a care provider, who seems not to be abiding by the state dental care support regulations, that all requests for compensation for a particular treatment measure performed by the care provider in question shall undergo prior assessment by the Social Insurance Administration. Such an injunction shall apply for a maximum of one year.

If prosthodontic treatment has to be redone by a care provider other than the one who originally performed the treatment, the Social Insurance Administration shall be allowed to reclaim the state dental care support disbursed to the care provider for the original treatment. In such a case, the Social Insurance Administration shall instead be able to deduct the amount from another compensation claim submitted by the care provider in question. The amount reclaimed can be used by the Social Insurance Administration to compensate the care provider who performed the repeat procedure. The need for a repeat procedure shall undergo prior assessment by the Social Insurance Administration when it is to be performed by a care provider other than the one who performed the original procedure.

If the care provider, after having performed a treatment measure, has received a lower amount in compensation from the state dental care support system than he or she has requested from the Social Insurance Administration, the difference may not be demanded from the patient. This shall not apply, however, if the lower compensation amount received from the dental care support system is due to the patient submitting incomplete or incorrect information.

There shall be no equivalent in the new state dental care support system to the current age limit for dentists and dental hygienists as regards reimbursable care within the dental care insurance system.

### **Improved competition**

In order to create the conditions to be able to assess the degree of competition neutrality on the dental care market, all county councils need to disclose their public dental services revenue and expenditure separately. If this does not happen within the next two years, the government should consider legislation aimed at forcing them to do so. The government should task the Swedish Agency for

Public Management to monitor the accounts of the public dental services and where necessary propose measures.

A crucial step in improving competition on the dental care market is to empower the patient. To this end, the commission submits a number of proposals for providing better information etc., to the patient.

Care providers shall give their patients a price list of the dental care treatment measures they perform. The price list shall also give details of the guarantees offered by the care provider as well as the reference prices for the different treatment measures. Furthermore, the price list shall include information about the patient's right to written proof as to the materials used in prosthodontic work and in tooth fillings.

If a patient needs treatment on more than one occasion, the care provider shall give the patient written price information. In the case of more extensive treatment, the care provider shall give the patient a written treatment plan, including price information. This plan shall give details of the diagnosis, the proposed treatment and information as to whether it is reimbursable, the care provider's price and information about the reference price, the reasons for the proposed treatment, and alternative treatment suggestions and information on whether these are reimbursable, the care provider's price and the reference price for them. If a revised treatment plan is necessary, the care provider shall state the proposed treatment plus the relevant price information and reference price.

The care provider shall quote the reference price and his or her price for each treatment measure performed plus the compensation payable in accordance with the dental care support system on the patient's receipt. In the event of dental technology work being part of the treatment, the care provider shall attach a copy of the documentation submitted by the dental technician's laboratory, and detailing the costs of such work, to the patient's receipt.

The care provider shall write an examination report after each examination. This shall be given to the patient in connection with the examination.

The Swedish Consumer Agency shall be given the task of providing an electronic price comparison service for the dental care sector.

A patients' advice bureau for dental care shall also be set up. This will work as an information service for patients and will provide details of prices, types of treatment and regulations. The Swedish

Consumer Agency should be tasked with taking the initiative for establishing such a bureau in cooperation with the dental care industry.

### **Implementation aspects and entry into force**

The proposals presented in this report shall enter into force on 1 July 2008. The commission wishes to emphasise the importance of the government creating a special implementation task force within the Swedish Government Offices in order to coordinate and manage the measures that are needed prior to the new system entering into force.

### **Financial consequences**

The total cost of the state dental care support system, in accordance with the commission's main alternative, is estimated at SEK 5.9 billion per year.<sup>1</sup> Of the total costs, about SEK 1.1 billion will go to funding the dental care voucher and about SEK 4.8 billion to financing the high-cost protection scheme. The value of the dental care voucher will be SEK 300 every second year for the 30–74 age group and SEK 600 every second year for the 20–29 and 75+ age groups. Under the high-cost protection scheme, compensation equal to 50 percent of dental care costs between SEK 3 000 and 15 000 and 85 percent of costs in excess of SEK 15 000 will be payable. The compensation will be based on the reference prices.

The commission has also calculated the costs for a second alternative, in which the total costs for dental care support amount to about SEK 5.5 billion. In this alternative, the costs for the dental care voucher will be the same as in the main alternative, about SEK 1.1 billion, whilst the costs for the high-cost protection scheme amount to about SEK 4.4 billion. There is therefore scope within the second alternative to increase the voucher amount for the 30–74 age group as well. Under the high-cost protection scheme in the second alternative, compensation equal to 50 percent of costs between SEK 3 000 and 25 000 and 85 percent of costs in excess of SEK 25 000 is payable.

---

<sup>1</sup> The costs are calculated based on 2006 prices.

The commission deems that the cost of including certain standard material in the reference prices amounts to about SEK 250 million in the main alternative and about SEK 230 million in the second alternative.

As regards the consequences for the government agencies involved, mainly the Social Insurance Administration and the National Board of Health and Welfare, the commission's proposals will increase costs by SEK 43 million in 2007, SEK 55 million in 2008 and SEK 31 million in 2009 and 2010. Most of these costs will go to a new IT system, a special dental care support committee, the development of national guidelines and strengthening dental care monitoring and evaluation activities.

### Impact analysis

It is the commission's assessment that the proposals for improved competition and better information to patients will lead to a vast improvement in the conditions for meaningful price information and price comparison. The reference prices will comprise base prices recommended by the state, which will act as a guide for patients to see whether their care provider is expensive or cheap. The reference prices are specified in several places and in several different contexts, which will hopefully increase price awareness among patients. In the commission's assessment, this will lead to more patients becoming active dental care consumers, leading in turn to greater downward pressure on prices and increased competition. Furthermore, the commission also believes that the proposals will lead to more patients questioning care provider prices, which in turn will increase mobility on the market. The proposals should also lead to more patients becoming aware of the risks to their dental health and what they can do to reduce them.

According to the commission, the current dental care support system causes unnecessarily high administrative costs for care providers. The key points are as follows:

- The current dental care support system is too complex and contains many detailed regulations.
- The Social Insurance Administration's IT system for dental care support is insufficiently user-friendly and poorly adapted. A large proportion of dental care bills are submitted manually.



- Social Insurance Administration payments of dental care compensation to care providers are not disbursed fast enough. Dental care compensation is normally paid after as many as 30 days.
- Prior assessments lead to high administrative costs as there is a large amount of information to be processed in each individual case and sometimes it takes an unacceptable length of time for the Social Insurance Administration to handle them.

The commission's proposed design of the new dental care support system takes all these problems into account, and solves them by implementing the following changes:

- The design of the new dental care support system is straightforward and is mostly based on general rules.
- It is proposed that the Social Insurance Administration develop a user-friendly and more appropriate IT system. Electronic communication between care providers and the Social Insurance Administration will create the conditions for efficient information supply and lower administrative costs for care providers.
- The Social Insurance Administration shall pay compensation from the dental care support system to care providers no later than two weeks after a request for compensation has been submitted, provided there are no special needs for extensive investigation prior to making a decision.
- Prior assessments to be totally abolished in principle. The commission instead proposes a clearer regulatory framework that makes it possible for the care provider to work out which dental care measures are reimbursable and which are not.

The commission feels that free pricing on the dental care market should be retained. This will allow small companies to continue to set their own prices, an issue deemed by the commission to be of considerable importance to the care providers. The commission's proposal to impose an obligation on care providers to provide their patients with information on prices and dental health aims to empower the patient and improve competition. A more efficient dental care market will also benefit care providers. In the commission's opinion, this proposal will only marginally affect care providers' administrative costs, mostly because they already provide this in-

formation to their patients. The difference now will be that they must provide it in writing.

Regarding certain aspects, care providers will have more obligations as a result of the commission's proposals. This will mainly be caused by the fact that the new dental care support system, in accordance with the commission's directives, will contain forms of compensation that are based on the patient's previous dental care consumption. This is very similar to the existing high-cost protection scheme for e.g. prescription drugs. Such systems presuppose that up-to-date information on the patient's dental care consumption is constantly registered. The directives also state that a dental care voucher shall be granted every year or every second year and the date when the voucher is used will also have to be registered.

Regardless of how this information is to be registered, the commission forms the opinion that the way the scheme is constructed will per se lead to more administration for the care providers. In a high-cost protection scheme where all reimbursable measures are to be added up for a certain period, with the aim of finding out whether and when the patient has consumed care in excess of a certain specified amount, all performed measures for all patients will have to be registered. This will have an unavoidable effect on the care provider's administration.

Under the commission's proposal, care providers will register information by continuously submitting the necessary data to the Social Insurance Administration in order to ensure that the dental care compensation is calculated correctly. The fact that the data is to be submitted electronically in a new IT system customised for this exact purpose means that the care providers' administrative burden should not increase in connection with the introduction of a high-cost protection scheme and a dental care voucher. The requirement for electronic communication will imply an investment cost for those care providers who do not currently have the relevant equipment. This cost is deemed to be relatively limited, however.

In order to improve control and monitoring in the dental care sector, the commission proposes that care providers shall submit further information in addition to the data needed to calculate dental care compensation amounts. This additional information will be of a very limited nature, however, and will be easy to compile from patient records and the care provider's price list.

All in all, the commission believes the administrative costs to companies should decrease as a result of the proposals. In connection with the introduction of the system, however, the administrative costs are likely to remain unchanged compared to the current situation, even though the content will be different.

In this context, the commission wishes to stress the crucial role played by the new IT system being developed by the Social Insurance Administration. Further, the commission wishes to emphasise the importance of the Social Insurance Administration developing the IT system in good time prior to the new dental care support system coming into force and in close cooperation with care providers.

# Författningsförslag

## **1 Förslag till lag om statligt tandvårdsstöd**

### **1 kap. Inledande bestämmelser**

*Lagens syfte och omfattning m.m.*

1 § Statligt tandvårdsstöd lämnas för förebyggande tandvård och tandvårdsbehandlingar som patienten behöver och som syftar till

- smärtfrihet och frihet från sjukdomar i munhålan,
- förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder,
- ett utseende utan tydliga, estetiskt störande inslag.

Vården skall syfta till att så långt möjligt bevara munnens vävnader. Behandlingens kvalitet och hållbarhet skall vägas mot kostnaderna.

2 § Statligt tandvårdsstöd lämnas i form av

1. tandvårdscheck,
2. stöd till abonnemangstandvård, och
3. skydd mot höga kostnader genom tandvårdsersättning.

Regeringen meddelar föreskrifter om vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning från tandvårdsstödet.

Tandvårdsstödet betalas ut till vårdgivaren av Försäkringskassan.

3 § I denna lag förstås med vårdgivare fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård. Vårdgivare som bedriver verksamheten vid mer än en mottagning får uppdra åt en befattningshavare inom verksamheten att fullgöra de uppgifter som åligger vårdgivaren enligt lagen.

Bestämmelser om landstingets skyldighet att erbjuda tandvård finns i tandvårdslagen (1985:125).

*Allmänna bestämmelser för rätt till statligt tandvårdsstöd*

4 § Statligt tandvårdsstöd lämnas för den som fyller lägst 20 år under det år då vården ges. Om avgiftsfri tandvård för den som är yngre föreskrivs i tandvårdslagen (1985:125).

Tandvårdsstöd lämnas inte för åtgärder vid vilka enligt 15 a § tredje stycket tandvårdslagen bestämmelserna om vårdavgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller.

5 § Statligt tandvårdsstöd lämnas endast om den som vården avser omfattas av bosättningsbaserat socialförsäkringsskydd enligt 3 kap. 1 § socialförsäkringslagen (1999:799).

6 § Gemenskapsrätten inom Europeiska unionen (EU) eller inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) eller avtal om social trygghet som ingåtts med andra stater kan medföra begränsningar i tillämpligheten av bestämmelserna i denna lag.

**2 kap. Tandvårdscheck, abonnemangstandvård och tandvårdsersättning***Tandvårdscheck*

1 § Som ett stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder har var och en som är berättigad till statligt tandvårdsstöd rätt till en årlig tandvårdscheck. Patienten kan använda checken inom två år från det att den ställdes ut.

Tandvårdschecken får även användas för att betala annan tandvård än som avses i första stycket.

*Abonnemangstandvård*

2 § Statligt tandvårdsstöd för abonnemangstandvård lämnas i form av tandvårdscheck som avses i 1 §, om en patient har slutit ett avtal med en vårdgivare om att denne under en period av tre år till ett fast pris skall utföra den ersättningsberättigande tandvård som patienten behöver i form av

1. undersökningar och utredningar,
2. hälsofrämjande insatser,
3. behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, samt
4. reparativ vård.

Avtalet får även omfatta annan ersättningsberättigande tandvård än som sägs i första stycket.

#### *Tandvårdsersättning*

3 § Som skydd mot höga tandvårdskostnader lämnas tandvårdserättning med en viss andel av patientens sammanlagda tandvårdskostnader under en ersättningsperiod på ett år.

Kostnaderna för tandvården beräknas enligt en åtgärdslista med referenspriser som fastställs av regeringen. Kostnaden för en utförd åtgärd får dock högst beräknas till det pris som vårdgivaren har begärt för denna.

Ersättningsperioden påbörjas i och med att en första ersättningsberättigande åtgärd slutförts. Vårdgivaren kan på patientens begäran anmäla hos Försäkringskassan att en ny ersättningsperiod skall påbörjas innan den tidigare ersättningsperioden har löpt ut. Den nya ersättningsperioden gäller från det anmälan har kommit in till Försäkringskassan.

4 § Tandvårdsersättning lämnas inte för tandvård som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård enligt 2 §.

#### *Gemensamma ersättningsbestämmelser*

5 § Har vårdgivaren efter utförd behandling fått ett lägre belopp i ersättning från det statliga tandvårdsstödet än vårdgivaren begärt av Försäkringskassan, får mellanskillnaden inte krävas ut av patienten.

Första stycket gäller dock inte om den lägre ersättningen från tandvårdsstödet beror på att patienten lämnat ofullständiga eller oriktiga uppgifter.

6 § Om en protetisk behandling görs om av en annan vårdgivare än den som utförde den ursprungliga behandlingen, får Försäkringskassan återkräva det statliga tandvårdsstöd som lämnats till vårdgivaren för den första behandlingen. Försäkringskassan får i ett

sådant fall i stället räkna av beloppet från en fordran som denne har på annan ersättning från tandvårdsstödet. Ett belopp som motsvarar det återkrävda beloppet skall Försäkringskassan använda som betalning till den vårdgivare som utför omgörningen.

Innan en behandling görs om av en annan vårdgivare än den som först utförde behandlingen, skall behovet av omgörning förhandsprövas av Försäkringskassan.

### 3 kap. Vårdgivare

#### *Förutsättningar för statligt tandvårdsstöd*

1 § För att vården skall kunna berättiga till statligt tandvårdsstöd skall vårdgivarens tandvårdsmottagning vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för tandvårdsstöd.

#### *Vårdgivarens ansvar m.m.*

2 § Vårdgivaren är skyldig att i den mån det är möjligt ta emot patienter för tandvård.

Akuta fall skall behandlas med förtur.

3 § Vårdgivaren skall tillhandahålla patienten en prislista över de tandvårdsåtgärder som vårdgivaren utför.

4 § Vårdgivaren skall, om det inte är uppenbart obehövt, efter utförd undersökning eller behandling erbjuda patienten att få en kallelse till en ny undersökning inom lämplig tid.

5 § Om vårdgivaren föreslår en åtgärd som inte är ersättningsberättigande, skall vårdgivaren upplysa patienten om vilken åtgärd som i stället kan berättiga till ersättning från tandvårdsstödet.

Behöver en patient behandling vid mer än ett tillfälle, skall vårdgivaren lämna patienten en skriftlig prisuppgift. Vid en mer omfattande behandling skall vårdgivaren ge patienten en skriftlig behandlingsplan.

6 § Vårdgivaren är på begäran av Försäkringskassan eller domstol skyldig att i ärenden om statligt tandvårdsstöd lämna upplysningar samt visa upp journal och övrigt material som rör undersökning eller behandling av en patient.

7 § Vårdgivaren är skyldig att lämna uppgifter om sina patienters tandhälsa och utförd tandvård enligt föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

#### 4 kap. Övriga bestämmelser

##### *Försäkringskassans uppgiftsskyldighet*

1 § Försäkringskassan får på begäran av en vårdgivare lämna ut sekretesskyddade uppgifter som vårdgivaren behöver för att kunna beräkna patientens pris för tandvården.

##### *Återbetalningsskyldighet m.m.*

2 § Om en vårdgivare har fått ersättning från det statliga tandvårdsstödet med ett för högt belopp, får Försäkringskassan kräva tillbaka det belopp som felaktigt betalats ut. Försäkringskassan får i ett sådant fall i stället räkna av beloppet från en fordran som vårdgivaren har på annan ersättning från tandvårdsstödet.

Försäkringskassan får innehålla ersättning från det statliga tandvårdsstödet i avvaktan på att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt denna lag.

3 § Försäkringskassan får förelägga en vårdgivare som kan antas inte följa bestämmelserna för statligt tandvårdsstöd att en begäran om ersättning för viss behandling som vårdgivaren utför alltid skall förhandsprövas av Försäkringskassan. Ett sådant föreläggande får gälla högst ett år.

##### *Utbetalning av statligt tandvårdsstöd*

4 § Statligt tandvårdsstöd i form av tandvårdscheck och tandvårdsersättning betalas ut under förutsättning att begäran om ersättning kommer in till Försäkringskassan inom två veckor från



det att åtgärden har slutförts. Om det finns särskilda skäl kan Försäkringskassan betala ut ersättning även om begäran kommer in för sent.

Begäran om ersättning och de uppgifter som krävs för att styrka denna skall lämnas till Försäkringskassan på elektronisk väg eller enligt föreskrifter som meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

#### *Överklagande m. m.*

5 § Beslut om statligt tandvårdsstöd får överklagas av patienten.

Beslut som rör beräkning och utbetalning av tandvårdsstöd får även överklagas av vårdgivaren.

6 § För ärenden om statligt tandvårdsstöd gäller i tillämpliga delar följande bestämmelser i lagen (1962:381) om allmän försäkring:

- 20 kap. 4–7 §§ om återbetalningsskyldighet, preskription, utmätning och skadestånd m.m.,
- 20 kap. 8–9 a §§ om uppgiftsskyldighet m.m.,
- 20 kap. 10 och 10a §§ om omprövning och ändring, och
- 20 kap. 11–13 §§ om överklagande.

#### *Bemyndiganden*

7 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela ytterligare föreskrifter om

1. tandvårdscheck,
2. abonnemangstandvård,
3. tandvårdsersättning,
4. anslutningen till det elektroniska systemet för tandvårdsstöd.

#### *Verkställighetsföreskrifter*

8 § Föreskrifter om verkställigheten av denna lag meddelas av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

## **2 Förslag till förordning om statligt tandvårdsstöd**

### **Inledning**

1 § Denna förordning innehåller bestämmelser som kompletterar lagen (2008:000) om statligt tandvårdsstöd.

Termer och uttryck som används i lagen om statligt tandvårdsstöd har samma betydelse i förordningen.

### **Ersättningsberättigande tandvård och referensprislista**

2 § Regeringen fastställer varje år en lista med referenspriser för tandvårdsåtgärder som berättigar till statligt tandvårdsstöd.

Av bilaga A till denna förordning framgår vilka tandvårdsåtgärder som berättigar till tandvårdsstöd och under vilka förutsättningar åtgärderna är ersättningsberättigande.

Referenspriset för respektive åtgärd anges i bilaga B till denna förordning.

### **Tandvårdscheck**

3 § Statligt tandvårdsstöd i form av en tandvårdscheck lämnas med 150 kronor om året.

Till patienter som fyller lägst 20 och högst 29 eller lägst 75 år under det år då vården ges lämnas en tandvårdscheck med 300 kronor om året.

### **Abonnemang på tandvård**

4 § Tandvårdschecken enligt 3 § får användas som delbetalning av ett avtal om abonnemangstandvård. Avtalet skall då innehålla:

1. uppgifter om abonnemangsperioden,
2. vilken tandvård som innefattas av avtalet, samt
3. uppgifter om avgiften för abonnemanget.

En vårdgivare skall meddela Försäkringskassan när ett avtal om abonnemangstandvård har upphört att gälla eller om vårdgivaren av någon anledning inte kan fullfölja sitt åtagande enligt avtalet.

## Tandvårdsersättning

5 § När patientens sammanlagda kostnad för ersättningsberättigande tandvård beräknad enligt 2 kap. 3 § lagen (2008:00) om statligt tandvårdsstöd under en ersättningsperiod överstiger 3 000 kronor, lämnas tandvårdsersättning med

- 50 procent av den del som överstiger 3 000 men inte 15 000 kronor, och
- 85 procent av den del som överstiger 15 000 kronor.

Om patienten väljer att betala en del av kostnaden med tandvårdscheck, skall det belopp han eller hon är berättigad till dras av från den beräknade sammanlagda kostnaden för ersättningsberättigande tandvård.

6 § Om patienten behöver en tandvårdsbehandling som är ersättningsberättigande enligt bilaga A till denna förordning men den åtgärd patienten väljer för behandlingen inte är ersättningsberättigande i det aktuella fallet, får ersättning beräknas utifrån ett belopp som motsvarar referenspriset för den ersättningsberättigande åtgärden eller det lägsta referenspriset om mer än en åtgärd är ersättningsberättigande.

## Behandlingsplan

7 § Av den behandlingsplan som vårdgivaren skall lämna patienten enligt 3 kap. 5 § andra stycket lagen (2008:00) om statligt tandvårdsstöd skall framgå

- diagnos, föreslagen behandling samt uppgift om behandlingen är ersättningsberättigande, vårdgivarens pris och referenspriset för behandlingen,
- skäl för behandlingen, samt
- alternativa behandlingsförslag samt uppgift om behandlingen är ersättningsberättigande, vårdgivarens pris och referenspriset för behandlingen.

## Uppgifter om utförd behandling och priser m.m.

8 § Vårdgivaren är skyldig att lämna uppgift till Försäkringskassan om aktuell prislista.

Av den prislista som vårdgivaren skall lämna patienten enligt 3 kap. 3 § lagen (2008:000) om statligt tandvårdsstöd skall det framgå vilka garantier vårdgivaren erbjuder för sina arbeten. I prislistan skall även referenspriserna för tandvårdsåtgärderna anges. Vidare skall det i prislistan finnas uppgift om att patienten har rätt till skriftligt intyg om vilka material som använts vid protetiska arbeten och i tandfyllningar.

9 § Vårdgivaren skall upprätta underlag för uppföljning och beräkning av statligt tandvårdsstöd för all ersättningsberättigande tandvård som vårdgivaren utfört på en patient och ge in underlaget till Försäkringskassan inom två veckor från det åtgärden slutförts.

Av underlaget skall framgå

- patientens personnummer och datum för behandlingstillfället,
- diagnos- och åtgärdskod,
- tandnummer eller vid tandförlust motsvarande position,
- vårdgivarens pris för utförd åtgärd,
- utnyttjande av patientens tandvårdscheck, samt
- om det finns ett abonnemangsavtal med patienten.

I samband med begäran om ersättning i form av tandvårdscheck skall vårdgivaren även lämna uppgift till Försäkringskassan om patientens antal kvarvarande och intakta tänder.

10 § På patientens kvitto för erlagd betalning skall vårdgivaren ange referenspriset samt sitt pris för varje utförd åtgärd och den ersättning som lämnas i tandvårdsstöd.

Har tandtekniskt arbete ingått i behandlingen, skall till kvittot fogas en kopia av det underlag som det tandtekniska laboratoriet lämnat över kostnaderna för det tandtekniska arbetet.

11 § Efter varje undersökning som inte enbart avsett en akut behandling skall vårdgivaren upprätta ett undersökningsprotokoll. Detta skall lämnas till patienten i samband med undersökningen.

### **Anslutningen till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd**

12 § En vårdgivare som enligt 3 kap. 1 § lagen (2008:000) om statligt tandvårdsstöd vill ansluta sin tandvårdsmottagning till Försäkringskassans elektroniska system för tandvårdsstöd skall skriftligen anmäla detta till Försäkringskassan.

För att bli ansluten till det elektroniska systemet skall vårdgivaren antingen själv vara legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist eller ha tillgång till en eller flera legitimerade tandläkare eller tandhygienister. Vårdgivare i enskild verksamhet skall ha F-skattsedel.

13 § En vårdgivare som avser att upphöra med sin verksamhet eller inte längre vill att tandvårdsmottagningen skall vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd skall anmäla detta till Försäkringskassan.

Om en vårdgivare har upphört att ge tandvård eller inte längre uppfyller de krav som anges i 12 §, får Försäkringskassan besluta att tandvårdsmottagningens anslutning till det elektroniska systemet skall upphöra. Detsamma gäller om vårdgivaren inte har påbörjat verksamheten senast sex månader efter anmälan enligt 12 §.

### **Bemyndiganden**

14 § Försäkringskassan får meddela föreskrifter om

1. tandvårdscheck,
2. abonnemangstandvård,
3. tandvårdsersättning,
4. anslutningen till det elektroniska systemet för tandvårdsstöd, samt
5. skyldigheten att lämna uppgifter enligt 3 kap. 7 § lagen (2008:00) om statligt tandvårdsstöd.

### **Ytterligare föreskrifter**

15 § Ytterligare föreskrifter om verkställigheten av lagen (2008:000) om statligt tandvårdsstöd får meddelas av Försäkringskassan.

## Övergångsbestämmelser

1. Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008. Då upphävs förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.
2. Patientens rätt till tandvårdscheck enligt 3 § inträder den 1 juli 2008. Patienten kan välja att använda tandvårdschecken till enkelt belopp fram till den 1 juli 2009 eller till det dubbla beloppet från tiden därefter.
3. Tandvårdschecken får inte användas som delbetalning av avtal om abonnemangstandvård, om patienten den 1 juli 2008 redan omfattas av ett gällande abonnemangsavtal. För ersättning enligt det äldre avtalet gäller bestämmelserna i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.
4. Har en tandvårdsbehandling påbörjats före den 1 juli 2008, gäller äldre ersättningsbestämmelser för behandlingstillfällen före detta datum. Har patienten begärt förhandsprövning före den 1 juli 2008 gäller också äldre ersättningsbestämmelser.

### **3 Förslag till förordning om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen**

#### **Inledning**

1 § Socialstyrelsen får föra hälsodataregister enligt 1 § lagen (1998:543) om hälsodataregister i form av ett tandhälsoregister.

#### **Personuppgiftsansvarig**

2 § Av 1 § lagen (1998:543) om hälsodataregister följer att Socialstyrelsen är personuppgiftsansvarig för behandlingen av personuppgifter.

#### **Ändamål för behandling av personuppgifter**

3 § Personuppgifter i tandhälsoregistret får behandlas för framställning av statistik, kvalitetssäkring, uppföljning och utvärdering samt forskning och epidemiologiska undersökningar inom tandvårds- och tandhälsoområdet.

#### **Personuppgifter som får behandlas**

4 § I tandhälsoregistret får registreras uppgifter om patienter som undersökts eller behandlats inom tandvården. Behandlingen får avse uppgifter om

1. personnummer, kön, diagnoser, undersöknings- eller behandlingsåtgärder, antal kvarvarande tänder, antal intakta tänder samt datum för undersöknings- och behandlingsåtgärder.
2. folkbokföringsort, födelseland, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändring samt dödsdatum.

## Uppgiftsskyldighet

5 § I 3 kap. 7 § lagen (2008:000) om statligt tandvårdsstöd finns bestämmelser om vårdgivares skyldighet att lämna uppgifter om patienternas tandhälsa och utförd tandvård till Försäkringskassan.

Försäkringskassan skall lämna de uppgifter som avses i 4 § 1 till Socialstyrelsen. Statistiska centralbyrån skall lämna de uppgifter som avses i 4 § 2 till tandhälsoregistret.

Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om de uppgifter som enligt 4 § denna förordning skall föras in i tandhälsoregistret.

## Information

6 § Den information som Socialstyrelsen skall lämna de registrerade enligt 25 § första stycket c) personuppgiftslagen (1998:204) skall omfatta

1. vilka kategorier av uppgifter som ingår i registret,
2. varifrån uppgifter hämtas in,
3. hur länge registret kommer att föras,
4. rätten till rättelse av oriktiga eller missvisande uppgifter,
5. innebörden och omfattningen av det sekretess- och säkerhetsskydd som gäller för registret,
6. vad som gäller i fråga om sökbegrepp, direktåtkomst och utlämnande på medium för automatiserad behandling,
7. den registrerades rätt att ta del av uppgifter enligt 26 § personuppgiftslagen (1998:204), samt
8. vad som gäller om bevarande och gallring av registret.

Socialstyrelsen skall på lämpligt sätt informera allmänheten om registret.

---

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.



#### 4 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2004:1299) med instruktion för Försäkringskassan

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2004:1299) med instruktion för Försäkringskassan

*dels* att 12 § skall ha följande lydelse,

*dels* att det i förordningen skall införas en ny paragraf, 7 a §, samt närmast före 7 a § en ny rubrik av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

##### **Nämnden för statligt tandvårdsstöd**

7 a §

*Inom myndigheten finns Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Nämnden har till uppgift att årligen lämna förslag till regeringen om vilka tandvårdsåtgärder som skall vara ersättningsberättigande samt om referenspriser och beloppsgränser för tandvårdsersättning enligt förordningen (2008:000) om statligt tandvårdsstöd. Nämnden består av en ordförande och sex andra ledamöter. De utses av regeringen för en bestämd tid.*

12 §<sup>1</sup>

Generaldirektören skall avgöra ärenden som inte skall avgöras av styrelsen, socialförsäkringsnämnd, det allmänna ombudet eller personalansvarsnämnden.

Generaldirektören skall avgöra ärenden som inte skall avgöras av styrelsen, *Nämnden för statligt tandvårdsstöd*, socialförsäkringsnämnd, det allmänna ombudet eller personalansvarsnämnden.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2006:1565.

Generaldirektören får delegera sin beslutanderätt till andra tjänstemän i myndigheten, om inte styrelsen bestämt något annat.

Beslut som fattas genom automatiserad behandling skall anses fattade av generaldirektören.

---

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring

*dels* att 2 kap. 3-3 b §§ och 20 kap. 4 a § skall upphöra att gälla,

*dels* att 2 kap. 1 § skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 2 kap.

#### 1 §<sup>1</sup>

Bestämmelser om skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). För hälso- och sjukvård och för tandvård samt för vissa resor i samband med vård lämnas ersättning enligt bestämmelserna i detta kapitel.

*I grunderna för ersättning enligt 3 § kan regeringen dels bestämma den högsta patientavgift och det högsta arvode som får tas ut av en vårdgivare som är ansluten till försäkringen, dels meddela närmare föreskrifter för verksamhetens bedrivande hos vårdgivaren och om skyldighet för denne att lämna uppgifter om verksamheten.*

Bestämmelser om skyldighet att erbjuda hälso- och sjukvård finns i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). För hälso- och sjukvård och för vissa resor i samband med vård lämnas ersättning enligt bestämmelserna i detta kapitel.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1995:1478.

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

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

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 4 §<sup>1</sup>

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.

*Om det finns särskilda skäl skall skäligheten av vårdgivarens ersättningsanspråk förhandsprövas av Försäkeringskassan enligt föreskrifter som regeringen meddelar.*

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.

*Vårdgivaren är skyldig att på begäran av patienten ge honom eller henne ett skriftligt intyg med uppgifter om vilka material som använts vid protetiska arbeten och tandfyllningar.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2004:814.

## 7 Förslag till lag om ändring i socialförsäkringslagen (1999:799)

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 2 § socialförsäkringslagen (1999:799) skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 3 kap.

#### 2 §<sup>1</sup>

Den som är bosatt i Sverige omfattas även av

1. lagen (1947:529) om allmänna barnbidrag,
3. lagen (1986:378) om förlängt barnbidrag,
4. lagen (1988:360) om handläggning av ärenden om bilstöd till handikappade,
5. lagen (1988:1463) om bidrag vid adoption av utländska barn,
6. lagen (1990:773) om särskilt pensionstillägg till ålderspension för långvarig vård av sjukt eller handikappat barn,
7. lagen (1993:389) om assistansersättning,
8. lagen (1993:737) om bostadsbidrag,
9. lagen (2001:761) om bostadstillägg till pensionärer m.fl.,
10. lagen (1996:1030) om underhållsstöd,
11. lagen (1998:702) om garanti-pension,
12. lagen (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag,

Den som är bosatt i Sverige omfattas även av

1. lagen (1947:529) om allmänna barnbidrag,
3. lagen (1986:378) om förlängt barnbidrag,
4. lagen (1988:360) om handläggning av ärenden om bilstöd till handikappade,
5. lagen (1988:1463) om bidrag vid adoption av utländska barn,
6. lagen (1990:773) om särskilt pensionstillägg till ålderspension för långvarig vård av sjukt eller handikappat barn,
7. lagen (1993:389) om assistansersättning,
8. lagen (1993:737) om bostadsbidrag,
9. lagen (2001:761) om bostadstillägg till pensionärer m.fl.,
10. lagen (1996:1030) om underhållsstöd,
11. lagen (1998:702) om garanti-pension,
12. lagen (1998:703) om handikappersättning och vårdbidrag,

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2001:856.

13. lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn i fråga om

– garantipension till omställningspension och änkepension,  
– efterlevandestöd till barn, och

– pension enligt 6 kap. 5 § första stycket 2 samma lag eller enligt 4 § andra stycket 2 eller 6 § tredje stycket 2 lagen (2000:462) om införande av lagen om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn, beräknad i förhållande till det antal år som har tillgodoräknats som bosättningsstid i Sverige, *och*

14. lagen (2001:853) om äldre försörjningsstöd.

13. lagen (2000:461) om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn i fråga om

– garantipension till omställningspension och änkepension,  
– efterlevandestöd till barn, och

– pension enligt 6 kap. 5 § första stycket 2 samma lag eller enligt 4 § andra stycket 2 eller 6 § tredje stycket 2 lagen (2000:462) om införande av lagen om efterlevandepension och efterlevandestöd till barn, beräknad i förhållande till det antal år som har tillgodoräknats som bosättningsstid i Sverige,

14. lagen (2001:853) om äldre försörjningsstöd, *och*

15. lagen (2008:00) om statligt tandvårdsstöd.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

## 8 Förslag till lag om ändring i lagen (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration

Härigenom föreskrivs att 7 § lagen (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration skall ha följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

Försäkringskassan och Premiepensionsmyndigheten får i sin verksamhet behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att

1. återsöka vägledande avgöranden,
2. tillgodose behov av underlag som krävs för att den registrerades eller annans rättigheter eller skyldigheter i fråga om förmåner och ersättningar som nämns i 1 § skall kunna bedömas eller fastställas,
3. informera om sådana förmåner och ersättningar som nämns i 1 §,
4. handlägga ärenden,
5. planera verksamhet samt genomföra resultatstyrning, resultatuppföljning, resultatredovisning, utvärdering och tillsyn av respektive verksamhet, eller

### *Föreslagen lydelse*

#### 7 §<sup>1</sup>

Försäkringskassan och Premiepensionsmyndigheten får i sin verksamhet behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att

1. återsöka vägledande avgöranden,
2. tillgodose behov av underlag som krävs för att den registrerades eller annans rättigheter eller skyldigheter i fråga om förmåner och ersättningar som nämns i 1 § skall kunna bedömas eller fastställas,
3. informera om sådana förmåner och ersättningar som nämns i 1 §,
4. handlägga ärenden,
5. planera verksamhet samt genomföra resultatstyrning, resultatuppföljning, resultatredovisning, utvärdering och tillsyn av respektive verksamhet, eller

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2004:792.

6. framställa statistik avseende verksamhet enligt 4 och 5.

6. framställa statistik avseende verksamhet enligt 4 och 5 *samt tillhandahålla annan myndighet uppgifter i enlighet med vad som föreskrivs i annan författning.*

Vid behandling för det ändamål som anges i första stycket 1 får inte uppgifter som direkt pekar ut den registrerade användas.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.



## 9 Förslag till lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 1 §<sup>1</sup>

Landsting och kommuner som inte tillhör något landsting (sjukvårdshuvudmän) skall, i fråga om personer som omfattas av sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lämna ersättning för resekostnader

1. i samband med öppen hälso- och sjukvård som anordnas av staten, ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting eller i samband med sjukhusvård enligt 2 kap. 4 § lagen om allmän försäkring,

2. i samband med rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.,

3. vid resor till och från sjukhus eller läkare som föranleds av en undersökning enligt förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m.,

4. i samband med tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappad,

Landsting och kommuner som inte tillhör något landsting (sjukvårdshuvudmän) skall, i fråga om personer som omfattas av sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring, lämna ersättning för resekostnader

1. i samband med öppen hälso- och sjukvård som anordnas av staten, ett landsting eller en kommun som inte ingår i ett landsting eller i samband med sjukhusvård enligt 2 kap. 4 § lagen om allmän försäkring,

2. i samband med rådgivning enligt lagen (1974:525) om ersättning för viss födelsekontrollerande verksamhet m.m.,

3. vid resor till och från sjukhus eller läkare som föranleds av en undersökning enligt förordningen (1975:1157) om ersättning för vissa läkarutlåtanden m.m.,

4. i samband med tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappad,

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1995:1489.

5. i samband med tandvård som avses i 2 kap. 3 § lagen om allmän försäkring,

6. vid besök som med anledning av sjukdom görs hos läkare inom studerandeorganisationernas hälsovård, för vilken statsbidrag betalas ut av högskolestyrelse,

7. i samband med konvalescentvård som ges i konvalescenthem som har tagits upp på förteckning som fastställs av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer,

8. vid besök för sjukvårdande behandling som ges i omedelbart samband med insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

9. vid besök för sjukvårdande behandling som ges med stöd av bestämmelserna om den kommunala hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

10. vid besök för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som ges med stöd av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

I fråga om resekostnader enligt första stycket 2 skall ersättning lämnas även när rådgivningen bedrivs av organisationer med Socialstyrelsens tillstånd.

För resekostnader som avses i första stycket 1 behöver ersättning lämnas endast om vården eller behandlingen getts med anledning av sjukdom eller förlossning.

5. i samband med tandvård som avses i lagen (2008:00) om statligt tandvårdsstöd,

6. vid besök som med anledning av sjukdom görs hos läkare inom studerandeorganisationernas hälsovård, för vilken statsbidrag betalas ut av högskolestyrelse,

7. i samband med konvalescentvård som ges i konvalescenthem som har tagits upp på förteckning som fastställs av regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer,

8. vid besök för sjukvårdande behandling som ges i omedelbart samband med insats enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade,

9. vid besök för sjukvårdande behandling som ges med stöd av bestämmelserna om den kommunala hälso- och sjukvården i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763),

10. vid besök för läkarvård eller annan sjukvårdande behandling som ges med stöd av lagen (1991:1136) om försöksverksamhet med kommunal primärvård.

Sjukvårdshuvudmännen skall också lämna ersättning för resekostnader vid vård enligt lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och vid sjukgymnastik enligt lagen (1993:1652) om sjukgymnastikersättning.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

## 10 Förslag till lag om ändring i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 9 § lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 3 kap. 9 §<sup>1</sup>

Ersättning för tandvård enligt 3 § lämnas under förutsättning att tandvården ges *inom den offentliga vården eller av en vårdgivare som är ansluten till sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.*

Ersättning för tandvård enligt 3 § lämnas under förutsättning att tandvården ges av *en vårdgivare vars vård kan berättiga till statligt tandvårdsstöd enligt lagen (2008:00) om statligt tandvårdsstöd.*

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1998:556.

## 11 Förslag till lag om ändring i sekretesslagen (1980:100)

Härigenom föreskrivs att 7 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100) skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 7 kap.

#### 7 §<sup>1</sup>

Sekretess gäller hos Försäkringskassan, Premiepensionsmyndigheten och domstol i ärende enligt lagstiftningen om allmän försäkring, allmän pension, arbetsskadeförsäkring *eller* handikappersättning och vårdbidrag eller om annan jämförbar ekonomisk förmån för enskild, eller om läkarvårdsersättning, ersättning för sjukgymnastik eller särskild sjukförsäkringsavgift, för uppgift om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom eller henne närstående lider men om uppgiften röjs. Samma sekretess gäller hos annan myndighet på vilken det ankommer att handlägga ärende enligt lagstiftning som nu har nämnts. I fråga om myndighet som anges i 8 § gäller dock bestämmelserna där.

Sekretess gäller hos Försäkringskassan, Premiepensionsmyndigheten och domstol i ärende enligt lagstiftningen om allmän försäkring, allmän pension, arbetsskadeförsäkring, handikappersättning och vårdbidrag *eller statligt tandvårdsstöd* eller om annan jämförbar ekonomisk förmån för enskild, eller om läkarvårdsersättning, ersättning för sjukgymnastik eller särskild sjukförsäkringsavgift, för uppgift om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör eller någon honom eller henne närstående lider men om uppgiften röjs. Samma sekretess gäller hos annan myndighet på vilken det ankommer att handlägga ärende enligt lagstiftning som nu har nämnts. I fråga om myndighet som anges i 8 § gäller dock bestämmelserna där.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2004:1246.

Sekretess enligt första stycket gäller också i förhållande till en vård- eller behandlingsbehövande själv i fråga om uppgift om hans hälsotillstånd, om det med hänsyn till ändamålet med vården eller behandlingen är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas till honom.

Sekretess gäller hos myndighet som avses i första stycket för anmälan eller annan utsaga av enskild om någons hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att fara uppkommer för att den som har gjort anmälan eller avgivit utsagan eller någon honom närstående utsätts för våld eller annat allvarligt men om uppgiften röjs.

Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagstiftningen om allmän försäkring, allmän pension, handikappersättning och vårdbidrag, sjuklön eller särskild sjukförsäkringsavgift.

Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till enskild enligt vad som föreskrivs i lagstiftningen om allmän försäkring, allmän pension, handikappersättning och vårdbidrag, sjuklön, *statligt tandvårdsstöd* eller särskild sjukförsäkringsavgift.

I fråga om uppgift i allmän handling gäller sekretessen i högst sjuttio år eller, i fall som avses i tredje stycket, i högst femtio år.

---

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

## 12 Förslag till förordning om ändring i tandvårdsförordningen (1998:1338)

Härigenom föreskrivs att 4 § tandvårdsförordningen (1998:1338) skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 4 §<sup>1</sup>

Behandling av tandvårdsrädsla och tandvård för den som är extremt tandvårdsrädd omfattas av bestämmelserna om vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård.

Som extremt tandvårdsrädd skall den anses som trots ett stort objektivet och subjektivt behandlingsbehov under ett stort antal år avhållit sig från tandbehandling, bortsett från kortvariga, akuta ingrepp, och som vid utredning hos både tandläkare och legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut eller legitimerad psykiater bedömts lida av extrem tandvårdsrädsla.

Dessa ersättningsregler gäller endast för behandling av den extrema tandvårdsrädslan och den tandvård som utförs under denna behandling. För tandvård i övrigt gäller bestämmelserna i *förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa* om inte vården omfattas av annan bestämmelse i denna förordning.

Dessa ersättningsregler gäller endast för behandling av den extrema tandvårdsrädslan och den tandvård som utförs under denna behandling. För tandvård i övrigt gäller bestämmelserna i *lagen (2008:00) om statligt tandvårdsstöd* om inte vården omfattas av annan bestämmelse i denna förordning.

---

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2003:621.

### 13 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring

Härigenom föreskrivs att 6 § förordningen (1994:2053) om vissa ersättningar i internationella förhållanden till landsting och kommuner från sjukförsäkringen enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

#### 6 §

Ersättning för tandvård som givits av folktandvården lämnas enligt vid tidpunkten för vården gällande *tandvårdstaxa*. Detta gäller även för tandvård åt barn eller ungdom under tjugo år.

Ersättning för tandvård som givits av folktandvården lämnas enligt vid tidpunkten för vården gällande *förordning (2008:00) om statligt tandvårdsstöd*. Detta gäller även för tandvård åt barn eller ungdom under tjugo år.

---

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.



## 14 Förslag till ändring i förordningen (1995:239) om förmåner till totalförsvarspliktiga

Härigenom föreskrivs att 6 kap. 2 § förordningen (1995:239) om förmåner till totalförsvarspliktiga skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 6 kap.

#### 2 §<sup>1</sup>

Rätten till fri tandvård omfattar tandvård *hos folktandvården eller en vårdgivare som är uppförd på en sådan förteckning som avses i 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring* om behovet av tandvård är akut. Under grundutbildningen omfattar rätten till fri tandvård även sådan tandvård som är nödvändig för att tandhälsan inte skall försämrats eller för att tjänsten skall kunna fullgöras.

Rätten till fri tandvård omfattar tandvård *av vårdgivare vars vård kan berättiga till statligt tandvårdsstöd enligt lagen (2008:00) om statligt tandvårdsstöd*, om behovet av tandvård är akut. Under grundutbildningen omfattar rätten till fri tandvård även sådan tandvård som är nödvändig för att tandhälsan inte skall försämrats eller för att tjänsten skall kunna fullgöras.

Den som skall fullgöra grundutbildning under sådana förhållanden att tandläkarbesök är förenade med särskilda svårigheter har även rätt att i anslutning till inryckningen få fri tandvård.

---

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.

---

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1998:1339.

## 15 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration dels att 2 § skall ha följande lydelse,  
dels att det skall införas en ny paragraf, 5 a §, av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 2 §<sup>1</sup>

Utöver de fall som anges i 14 § första stycket lagen (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration får för de ändamål som avses i det stycket och med beaktande av de begränsningar som anges i samma stycke samt i 10 och 11 §§ samma lag, i socialförsäkringsdatabasen behandlas uppgifter i en handling som kommit in i ett ärende och sådana uppgifter i en handling, som upprättats i ett ärende, som är nödvändiga för ärendets handläggning samt uppgifter om

1. kön,
2. civilstånd,
3. medborgarskap,
4. födelseort,
5. studiemedel och andra ekonomiska förhållanden,
6. värnpliktstjänstgöring, utbildning, yrke och arbetsuppgifter,

Utöver de fall som anges i 14 § första stycket lagen (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration får för de ändamål som avses i det stycket och med beaktande av de begränsningar som anges i samma stycke samt i 10 och 11 §§ samma lag, i socialförsäkringsdatabasen behandlas uppgifter i en handling som kommit in i ett ärende och sådana uppgifter i en handling, som upprättats i ett ärende, som är nödvändiga för ärendets handläggning samt uppgifter om

1. kön,
2. civilstånd,
3. medborgarskap,
4. födelseort,
5. studiemedel och andra ekonomiska förhållanden,
6. värnpliktstjänstgöring, utbildning, yrke och arbetsuppgifter,

<sup>1</sup> Senaste lydelse 2004:914.

7. arbetssökande, arbetsgivare, arbetsställe och vilken bransch den registrerade är verksam i,
  8. preliminärskatt, inkomst-taxering och fastighetstaxering,
  9. hyra för hyreslägenhet eller avgift för bostadsrättslägenhet,
  10. uppgifter i och formerna för ansökningar eller anmälningar,
  11. förekomsten av *begäran om förhandsprövning enligt förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa* samt koder för de behandlingsförslag som begäran avser,
  12. att den registrerade har rätt till ersättning enligt 9, 13 eller 14 § *förordningen om tandvårdstaxa*,
  13. koder för behandling som avses i förordningen om tandvårdstaxa,
  14. *förhållanden som anges i 15 § andra stycket förordningen om tandvårdstaxa*,
  15. patientavgifter och tandvårdsersättningar,
  16. tidpunkter, tidsperioder och belopp dels för ersättningar, dels för ersättningsgrundande förhållanden, i ärenden,
  17. nedsatt arbetsförmåga,
  18. förmåns- eller ersättningsrelaterad information i intyg och utlåtanden av läkare eller annan intygsgivare,
7. arbetssökande, arbetsgivare, arbetsställe och vilken bransch den registrerade är verksam i,
  8. preliminärskatt, inkomst-taxering och fastighetstaxering,
  9. hyra för hyreslägenhet eller avgift för bostadsrättslägenhet,
  10. uppgifter i och formerna för ansökningar eller anmälningar,
  11. förekomsten av *föreläggande om förhandsprövning enligt lagen (2008:00) om statligt tandvårdsstöd* samt koder för de behandlingsförslag som begäran avser,
  12. att den registrerade har rätt till ersättning enligt *lagen om statligt tandvårdsstöd*,
  13. koder för behandling som avses i *lagen om statligt tandvårdsstöd*,
  14. *uppgifter om tandhälsa som registreras med stöd av lagen om statligt tandvårdsstöd och som Socialstyrelsen behöver för att framställa statistik*,
  15. patientavgifter och tandvårdsersättningar,
  16. tidpunkter, tidsperioder och belopp dels för ersättningar, dels för ersättningsgrundande förhållanden, i ärenden,
  17. nedsatt arbetsförmåga,
  18. förmåns- eller ersättningsrelaterad information i intyg och utlåtanden av läkare eller annan intygsgivare,

19. förmåns- eller ersättningsrelaterad information i rehabiliteringsutredningar eller andra utredningar i rehabiliteringsärenden samt rehabiliteringsplaner,

20. arten av, kostnaderna och tidpunkterna för föreslagna, planerade och vidtagna rehabiliteringsåtgärder,

21. leverantörer av produkter och tjänster inom rehabiliteringsområdet,

22. vårdgivare,

23. remisser,

24. läkaren som utfärdat intyg eller utlåtanden som ligger till grund för beslutet om ersättning,

25. diagnoser,

26. förekomsten av sådan särskild grund för beaktande av högre bostadskostnad som avses i 14 § tredje stycket och 17 § tredje stycket lagen (1993:737) om bostadsbidrag,

27. bevakningsanledningar,

28. frågor om återbetalningsskyldighet har uppkommit,

29. anledningen till att ett ärende har avslutats,

30. avgöranden av domstol, Försäkringskassan eller Premiepensionsmyndigheten som är av betydelse för enskilda ärenden i fråga om uppgifter om utgången, de bestämmelser som har tillämpats och om avgörandet har överklagats,

31. beslut i ärenden,

19. förmåns- eller ersättningsrelaterad information i rehabiliteringsutredningar eller andra utredningar i rehabiliteringsärenden samt rehabiliteringsplaner,

20. arten av, kostnaderna och tidpunkterna för föreslagna, planerade och vidtagna rehabiliteringsåtgärder,

21. leverantörer av produkter och tjänster inom rehabiliteringsområdet,

22. vårdgivare,

23. remisser,

24. läkaren som utfärdat intyg eller utlåtanden som ligger till grund för beslutet om ersättning,

25. diagnoser,

26. förekomsten av sådan särskild grund för beaktande av högre bostadskostnad som avses i 14 § tredje stycket och 17 § tredje stycket lagen (1993:737) om bostadsbidrag,

27. bevakningsanledningar,

28. frågor om återbetalningsskyldighet har uppkommit,

29. anledningen till att ett ärende har avslutats,

30. avgöranden av domstol, Försäkringskassan eller Premiepensionsmyndigheten som är av betydelse för enskilda ärenden i fråga om uppgifter om utgången, de bestämmelser som har tillämpats och om avgörandet har överklagats,

31. beslut i ärenden,

32. att den registrerade får aktivitetsstöd enligt 5 § tredje stycket förordningen (1996:1100) om aktivitetsstöd,

33. att den registrerade har rätt till ersättning enligt 16–22 §§ förordningen om aktivitetsstöd,

34. registrerade som får eller har fått vård eller försörjning helt eller delvis på det allmännas bekostnad,

35. den registrerade från ut-söknings- och indrivningsdata-basen,

36. att den registrerade är häktad, intagen i kriminal-vårdsanstalt eller i övrigt har tagits om hand på det allmännas bekostnad,

37. att den registrerade vistas eller bor i en särskild boendeform enligt socialtjänst-lagen (2001:453) eller vistas eller bor på annat liknande sätt,

38. att godmanskap eller förvaltarskap är anordnat enligt föräldrabalken,

39. vilken personkrets enligt 5 § förordningen (1988:890) om bilstöd till handikappade som den registrerade hör till,

40. att den registrerade på grund av sjukdom eller handi-kapp varaktigt saknar förmåga att vårda barn, och

41. den registrerade i register hos sådana organ i andra stater som har att handlägga ärenden om social trygghet i enlighet med EG-rättsliga regler.

32. att den registrerade får aktivitetsstöd enligt 5 § tredje stycket förordningen (1996:1100) om aktivitetsstöd,

33. att den registrerade har rätt till ersättning enligt 16–22 §§ förordningen om aktivitetsstöd,

34. registrerade som får eller har fått vård eller försörjning helt eller delvis på det allmännas bekostnad,

35. den registrerade från ut-söknings- och indrivningsdata-basen,

36. att den registrerade är häktad, intagen i kriminal-vårdsanstalt eller i övrigt har tagits om hand på det allmännas bekostnad,

37. att den registrerade vistas eller bor i en särskild boendeform enligt socialtjänst-lagen (2001:453) eller vistas eller bor på annat liknande sätt,

38. att godmanskap eller förvaltarskap är anordnat enligt föräldrabalken,

39. vilken personkrets enligt 5 § förordningen (1988:890) om bilstöd till handikappade som den registrerade hör till,

40. att den registrerade på grund av sjukdom eller handi-kapp varaktigt saknar förmåga att vårda barn, och

41. den registrerade i register hos sådana organ i andra stater som har att handlägga ärenden om social trygghet i enlighet med EG-rättsliga regler.

## 5 a §

*För tillhandahållande av uppgifter om tandhälsa får personuppgifter i socialförsäkringsdatabasen lämnas ut på medium för automatiserad behandling till Socialstyrelsen.*

---

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.

# 1 Uppdraget och utredningens arbete

## 1.1 Utredningens uppdrag

Enligt utredningens ursprungliga direktiv<sup>1</sup> skulle utredaren föreslå ett nytt tandvårdsstöd för vuxna. Stödet skulle vara utformat så att det främjade förebyggande insatser och gav ett tillfredsställande skydd mot höga kostnader. Stödet skulle bestå av ett grundstöd som skulle täcka större delen av kostnaden för det grundläggande behovet av undersökningar och förebyggande åtgärder, samt ett skydd mot höga kostnader som skulle innebära att en viss andel av behandlingskostnader som överstiger ett karensbelopp ersätts genom tandvårdsstödet. En översyn av de regler som gäller om återkrav av tandvårdsersättning vid omgörning av fast och avtagbar protetik skulle också göras.

En utgångspunkt för utredaren var enligt de ursprungliga direktiven att införandet av ett nytt tandvårdsstöd inte fick försvåra för de vårdgivare som vill erbjuda tandvård i form av abonnemang. Abonnemangstandvården skulle kunna fungera parallellt med det nya tandvårdsstödet. Utredaren skulle överväga hur tandvårdsersättningen för abonnemangstandvården kunde utformas så att ersättningsnivåerna blev likvärdiga med dem som föreslogs i det nya tandvårdsstödet.

Utredaren skulle vidare analysera hur det nya tandvårdsstödet skulle förhålla sig till vad som gäller för de personer som i dag har rätt till förhöjd ersättning på grund av ett långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder.

Efter regeringsskiftet hösten 2006 beslutade den nya regeringen den 16 november 2006 om tilläggsdirektiv<sup>2</sup> för det fortsatta utredningsarbetet. Dessa ersätter de ursprungliga direktiven. Enligt tilläggsdirektiven skall utredaren föreslå ett nytt tandvårdsstöd för

---

<sup>1</sup> Dir. 2005:136.

<sup>2</sup> Dir. 2006:112.

personer i åldrarna 20 år och uppåt. Stödet skall omfatta ett skydd mot höga kostnader samt en tandvårdscheck som kan användas som delbetalning för abonnemangstandvård eller regelbundna förebyggande besök hos tandläkare eller tandhygienist. Utredaren skall analysera hur det nya tandvårdsstödet skall förhålla sig till personer som är 65 år eller äldre och lägga fram förslag om hur denna åldersgrupp skall behandlas inom ramen för det nya tandvårdsstödet.

Regeringen bedömer i tilläggsdirektiven att utredningen i stor utsträckning kan bygga vidare på de analyser och principförslag som redovisades i delbetänkandet Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2 (SOU 2006:71).

Inriktningen för den pågående utredningen bör, enligt tilläggsdirektiven, vara att utforma ett tandvårdsstöd som baseras på ersättning för utförda åtgärder och analysera hur detta kan kombineras med en möjlighet för såväl privata som offentliga vårdgivare att erbjuda abonnemangstandvård.

Utredaren skall överväga i vilken mån kostnader för material skall omfattas av tandvårdsstödet och presentera flera alternativa förslag till hur detta kan regleras.

Utredaren skall lämna förslag som tydligare än i dag reglerar vilken tandvård som omfattas av stödet. Förslagen skall syfta till att säkerställa att resurserna används till vård som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet samt bör ersättas av samhället ur ett prioriteringsperspektiv. Målsättningen bör vara att vårdgivaren och patienten i de flesta situationer lätt skall kunna avgöra vilka åtgärder eller vilken behandling som täcks av skyddet mot höga kostnader.

Utredarens förslag bör utformas så att konkurrensen på marknaden för tandvård förbättras och patientens ställning stärks.

Utredaren skall beakta regeringens mål att minska de svenska företagens administrativa kostnader för samtliga statliga regelverk med 25 procent. Förslagen skall utformas så att regelbördan för företagen minskar.

När det gäller personer som i dag har rätt till förhöjd ersättning på grund av ett långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder gör regeringen följande bedömning. Det nya skyddet mot höga kostnader som utredaren skall föreslå kommer att innebära att bättre skydd för många som har behov av omfattande och kostsamma behandlingar. För den som i första hand behöver regelbunden förebyggande behandling kan det bli en viss ökning av tandvårdskostnaderna.



Enligt regeringens bedömning är den mest angelägna reformen dock ett rimligt skydd mot höga kostnader för alla vuxna som i dag saknar ett sådant skydd. Regeringen kommer att överväga särskilda insatser för personer som på grund av funktionshinder eller sjukdom har svårt att påverka sin tandstatus och därför har ett stort tandvårdsbehov. Denna fråga omfattas dock inte av den pågående utredningen utan kommer att hanteras i annan ordning.

Landstingens ansvar för uppsökande verksamhet, nödvändig tandvård och tandvård som utgör ett led i sjukdomsbehandling enligt bestämmelserna i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) och i tandvårdsförordningen (1998:1338) berörs inte av utredningsuppdraget.

## 1.2 Arbetets bedrivande

Utredningen har sedan januari 2006 haft tjugo sammanträden med sakkunniga och experter.

Till utredningen har en referensgrupp knutits, bestående av företrädare för vårdgivare och yrkesgrupper. Referensgruppen har haft sju möten. Representanterna i referensgruppen har varit Bengt Franzon, Privattandläkarna, Kenth Nilsson, Tjänstetandläkarna, Ingela Jägestrand, Sveriges Tandhygienistförening, Siv Widholm, Svenska Tandsköterskeförbundet, Greger Oxhammar och Donald Sellman, senare ersatt av Bo Ekberg, Sveriges Tandteknikerförbund DR, Håkan Vestergren, Sveriges Kommuner och Landsting och Raimo Pälvärinne, Sveriges Folktandvårdsförening.

Utredningen har vid två tillfällen i maj 2006 anordnat två dagar långa internatseminarier med särskilt inbjudna odontologiska experter för att diskutera dels frågan om vilken tandvård som bör vara ersättningsberättigande i det statliga tandvårdsstödet, dels frågan om förutsättningarna för utveckling av ett framtida system med s.k. tandvård till fast pris.

Utredningen har bjudit in till fördjupade diskussioner om ersättningsberättigande tandvård inom det statliga stödet under december 2006 vid sammanlagt sex olika tillfällen. Deltagare vid respektive tillfälle har varit ett tiotal privatpraktiserande tandläkare, företrädare för tandvårdshögskolorna och den odontologiska forskningen, ett tiotal tandläkare inom folktandvården, tandhygienister samt företrädare för tandteknikerbranschen. Under arbetets gång har utredningen haft närmare kontakter med ett antal

odontologiska experter, bl.a. professor Björn Klinge och tandläkare Lars Sjödin.

Under december 2006 har utredningen låtit undersökningsföretaget ARS Research AB genomföra en enkätundersökning. Syftet med undersökningen var att kartlägga förekomsten av garantier inom tandvården.

Utredningen har genomfört studiebesök vid två folktandvårds-kliniker i Västra Götaland, privatpraktiker i Stockholm respektive Malmö samt ett dentallaboratorium i Malmö.

Under arbetets gång har utredningen mottagit skriftliga och muntliga synpunkter från allmänheten rörande uppdraget.

Samråd har ägt rum med Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Konkurrensverket, Konsumentverket och Näringslivets regel-nämnd (NNR). Inom ramen för referensgruppen har samråd skett med företrädare för vårdgivarna och yrkesgrupperna. Vidare har under arbetets gång samråd skett med pensionärsorganisationerna Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Sveriges Pensionärsför-bund (SPF) samt Svenska Kommunalpensionärernas förbund (SKPF). Utredningen har även samrått med Handikappförbundens sam-arbetsorgan (HSO).

### 1.3 Två delbetänkanden

Utredningen har lämnat två delbetänkanden. I det första (Stöd till hälsobefrämjande tandvård SOU 2006:27), som lämnades i mars 2006, föreslog utredningen hur grundstödet skulle utformas och redovisade kostnadsberäkningar för grundstödet. Utredningen analyserade tandvårdskonsumtionen och tandvårdskostnaderna samt diskuterade vissa grundläggande frågeställningar rörande prisutvecklingen och tandvårdsmarknadens funktionssätt.

I det andra delbetänkandet (Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2 SOU 2006:71), som överlämnades till regeringen den 30 juni 2006, lämnade utredningen förslag till övergripande utformning av det nya tandvårdsstödet samt olika alternativ, inklusive kostnadsberäkningar, till ett skydd mot höga kostnader för åldersgruppen 20–64 år. Vidare lämnades författningsförslag för grundstödet. Utredningen lämnade även ett antal principförslag som syftade till att utveckla den statliga styrningen och uppföljningen samt förslag till åtgärder som skulle stärka patientens ställning genom bättre information om t.ex. priser och tandhälsa. Utredningen föreslog att

definitionen av vilken tandvård som skall vara ersättningsberättigande inom det statliga stödet skulle förtydligas. Utredningen föreslog att priskontroll skulle åstadkommas genom ett system med referenspriser, som även skulle ligga till grund för beräkningen av tandvårdsersättning. Förslag lämnades om att inrätta en nämnd för det statliga tandvårdsstödet som till regeringen skulle lämna förslag till beslut om kriterier för ersättningsberättigande tandvård samt för referenspriser per åtgärd.

#### 1.4 Betänkandets disposition

I de inledande avsnitten ges en bakgrund som omfattar beskrivning och analys av tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader, prisutveckling och marknad samt olika former för ersättning av tandvård. I avsnitt 8 redovisas utredningens kartläggning och analys av förekomsten av garantier inom tandvårdsområdet. Utredningens slutsats är att några förslag rörande garantier inte bör lämnas. I avsnitt 9 fördjupas diskussionen om s.k. tandvård till fast pris som utredningen redovisade i det andra delbetänkandet. Mot bakgrund av angivelsen i tilläggsdirektiven om att inriktningen bör vara att utforma ett tandvårdsstöd som baseras på ersättning för utförda åtgärder och analysera hur detta kan kombineras med en möjlighet att erbjuda abonnemangstandvård väljer utredningen att inte vidareutveckla resonemangen ytterligare och lämna konkreta förslag.

I avsnitt 10 redogörs för de allmänna mål och principer som ligger till grund för utredningens förslag om ett nytt tandvårdsstöd. Avsnitt 11 behandlar frågan om vilken tandvård som skall vara ersättningsberättigande inom det nya stödet. Förslag till kriterier för ersättningsberättigande tandvård och referensprislista redovisas i bilagorna 5 och 6. I avsnitten 12, 13 och 14 lämnas förslag rörande de tre olika delar som utgör det nya tandvårdsstödet: tandvårdscheck, abonnemangstandvård samt skydd mot höga kostnader.

I avsnitt 15 analyseras hur gruppen 65 år och äldre bör hanteras inom ramen för det nya tandvårdsstödet. Avsnitt 16 innehåller ett antal förslag som rör administrationen av det nya tandvårdsstödet, kontroller av utbetalningar samt uppföljning och utvärdering av tandvården. Vidare behandlas frågor som rör vårdgivarbegreppet, åldersgräns för vårdgivare, återkrav vid omgörning, vård i annat EU-land samt creditsystem.

I avsnitt 17 har de förslag som syftar till att förbättra konkurrensen på marknaden och stärka patientens ställning samlats. Avsnitt 18 behandlar ikraftträdande och genomförandaspekter. I avsnitt 19 beskrivs de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag och i avsnitt 20 övriga konsekvenser.

Utredningen lägger fram flera författningsförslag, främst till en ny lag om statligt tandvårdsstöd och en förordning i samma ämne, vilka ersätter nuvarande regler om tandvårdsersättning i lagen (1962:381) om allmän försäkring och förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Avsnitt 21 innehåller en författningskommentar.

## 2 Dagens tandvårdsstöd

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

### 2.1 Framväxten av det offentliga tandvårdsstödet

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

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

bastandvård tillgodosett under en tvåårsperiod till en fast avgift som vårdgivaren fastställer.<sup>1</sup>

Det statliga tandvårdsstödet sågs senast över i utredningen Tandvårdsöversyn 2000.<sup>2</sup> I utredningens uppdrag låg att göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet som trädde i kraft 1999. De förslag utredningen lämnade i ett delbetänkande<sup>3</sup> låg till grund för införandet under 2002 av ett högkostnadsskydd för äldre, den s.k. 65 + reformen.

## 2.2 Det offentliga tandvårdsstödet

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

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

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

---

<sup>1</sup> Prop. 1997/98:112.

<sup>2</sup> SOU 2002:53.

<sup>3</sup> SOU 2001:36.

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

### Det statliga tandvårdsstödet

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

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

<sup>4</sup> 5 och 5 a §§ tandvårdslagen (1985:125).

<sup>5</sup> 8 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.

<sup>6</sup> 12 § förordningen om tandvårdstaxa.

<sup>7</sup> 13 a § förordningen om tandvårdstaxa.

skäl att ta ut ett högre pris kan vårdgivaren ta ut det av patienten, eftersom förordningen inte reglerar förhållandet mellan vårdgivare och patient.

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

## Tandvård inom EU

Den som omfattas av den svenska tandvårdsförsäkringen kan med stöd av EG-fördraget söka tandvård inom EU/EES och i efterhand få ersättning för sina kostnader. Det finns även en möjlighet för den enskilde att med stöd av förordningen 1408/71 om samordning av de sociala trygghetssystemen<sup>9</sup> ansöka om förhandstillstånd till tandvård inom EU/EES.

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

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

---

<sup>8</sup> 9 och 13 § förordningen om tandvårdstaxa.

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



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

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

### Administrationen av det statliga tandvårdsstödet

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

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

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

---

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

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

## Myndigheternas roll

### Socialstyrelsen

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

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

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

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

## Försäkringskassan

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

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

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

## Konsumentverket

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

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

## Konkurrensverket

Konkurrensverket är central myndighet för konkurrensfrågor. Myndigheten arbetar för en effektiv konkurrens i privat och offentlig verksamhet till nytta för konsumenterna. Konkurrensverket skall aktivt hindra skadliga konkurrensbegränsningar, sär-

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

### Statens beredning för medicinsk utvärdering

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

### Läkemedelsverket

Läkemedelsverket har ansvar för godkännanden och kontroll av läkemedel, naturläkemedel och medicintekniska produkter. Myndigheten skall se till att den enskilda patienten och hälso- och sjukvården får tillgång till säkra och effektiva produkter och att dessa används ändamålsenligt och kostnadseffektivt. Till Läkemedelsverkets uppgifter hör även tillsyn av tillverkare och produkter inom det medicintekniska området, till vilket dentala produkter (exempelvis implantat) räknas. Tillsynsansvaret innefattar:

---

<sup>11</sup> Konkurrensverket (2004).

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

- kontroll av företagens hantering av produktsäkerheten
- uppföljning av olyckor och tillbud med medicintekniska utrustningar
- inspektioner av tillverkare
- granskning av planerade kliniska prövningar inom området.

### 2.3 Tandvårdens totala kostnader

Tandvårdens totala kostnader kan delas upp i tre huvudgrupper: patientavgifter, landstingens kostnader och det statliga tandvårdsstödet. Den totala kostnaden för tandvården har ökat med 50 procent mellan 1999 och 2004 och uppgick 2004 till 20 411 miljoner kronor. Patienterna stod 2004 för cirka 61 procent av den totala finansieringen, landstingen för cirka 23 procent och staten för cirka 15 procent.

I begreppet patientavgifter ryms den avgift som patienten själv betalar till vårdgivaren. Denna summa är en uppskattning då det saknas samlad statistik i denna fråga. I landstingets nettokostnad ryms landstingets kostnad för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, viss specialisttandvård, kostnad för tandvårdsstödet till särskilda grupper, kostnad för tandvård till personer som behöver tandvård som led i sjukdomsbehandling och till personer som behöver viss oralkirurgi, samt vissa kostnader för vuxentandvården. Statens kostnad för tandvård är främst ersättning enligt förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.

De totala kostnaderna inom tandvårdsområdet framgår av tabell 2.1, som är hämtad ur budgetpropositionen för 2007.

**Tabell 2.1 Tandvårdens totala kostnader, 1999–2004, miljoner kronor, löpande priser**

Miljoner kronor, löpande priser	1999	2000	2001	2002	2003	2004 <sup>13</sup>
Patientavgifter	8 130	9 056	9 862	10 614	11 451	12 466
varav						
Offentlig tandvård	2 388	2 198	2 036	2 156	2 366	2 581
Privat tandvård	5 742	6 858	7 826	8 458	9 085	9 885
Patientavgifter som andel av totala kostnader	59,9 %	61,8 %	63,3 %	63,2 %	61,1 %	61,1 %
Landstingens nettokostnader	3 282	3 411	3 471	4 257	4 354	4 466
Landstingens investeringsutgifter	186	151	147	153	136	175
Det statliga tandvårdsstödet	1 426	1 462	1 515	1 604	2 607	3 129
Statsbidrag till landstingen för särskilt tandvårdsstöd	405	405	405	0	0	0
Administrationskostnader	151	163	168	169	204	175
<b>Summa</b>	<b>13 580</b>	<b>14 648</b>	<b>15 568</b>	<b>16 607</b>	<b>18 655</b>	<b>20 411</b>
Årlig förändring av de totala kostnaderna	+6,1 %	+7,9 %	+6,3 %	+7,9 %	+11,6 %	+8,8 %

<sup>13</sup> Preliminära uppgifter.

## 3 Tandhälsa

I detta avsnitt redogörs inledningsvis för begreppet tandhälsa och hur tandhälsan kan mätas och följas upp. Därefter följer en översiktlig beskrivning av det befintliga datamaterial som avser tandhälsoutvecklingen bland den vuxna befolkningen samt en redovisning av resultaten från berörda undersökningar. En summering och utredningens slutsatser lämnas sist.

### 3.1 Inledning

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

För vårdplanering och prioriteringar krävs tandhälsodata för att kunna göra jämförelser mellan olika sjukdomsgrupper och sjukdomstillstånd.<sup>1</sup> Samhället och individen satsar betydande resurser på tandvård. Det är därför angeläget att kunna mäta utfallet av gjorda insatser och att visa på maximering av nyttoeffekter med tillgängliga resurser.

---

<sup>1</sup> Wörnberg-Gerdin (2006).

## 3.2 Att mäta tandhälsa

Tandhälsa<sup>2</sup> kan definieras som ”en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av sjukdom”.<sup>3</sup> Det finns därmed både objektiva och subjektiva perspektiv på tandhälsa. Bedömningen av tandhälsotillståndet bör ske som en syntes av en odontologisk bedömning grundad på undersökning och diagnostik samt individens bedömning av sin egen tandhälsa.

Den objektiva bedömningen är en klinisk odontologisk bedömning som förutom protesförekomst, antal egna tänder och dessas status även inbegriper diagnostik av munhålans samtliga vävnader. För att beskriva tandhälsosituationen i en befolkning på ett objektivt sätt behöver därför flera mått nyttjas, exempelvis antalet felfria egna tänder, förekomst av kariesangrepp och tandlossnings-sjukdom samt förekomst av och status på protetik.

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

### 3.2.1 Befintligt underlag

Det saknas samlad epidemiologisk information på riksnivå om tandhälsan i den vuxna befolkningen och det finns ingen samstämmighet om vilka mått eller index som är lämpliga att använda för att följa och beskriva tandhälsan. Såvitt avser tandhälsan bland barn och ungdomar följer dock Socialstyrelsen löpande utvecklingen. Sedan den första tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 har Riksförsäkringsverket och senare Försäkringskassan följt nyttjandet av tandvårdsförsäkringen, men det finns inga undersökningar som

---

<sup>2</sup> I detta betänkande används begreppet tandhälsa synonymt med begreppen oral hälsa och munhälsa.

<sup>3</sup> Hugoson et al (2003).



visar vilka tandhälsoeffekter och därmed vilken inverkan på folkhälsan som tandvårdsförsäkringen haft.

I de löpande undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) som utförs av Statistiska Centralbyrån (SCB) finns viss information om den självskattade tandhälsan hos vuxna. Dessa undersökningar är riksomfattande avseende befolkningen över 16 år och innehåller ett flertal frågor där den tillfrågade gör en självskattning av sin tandhälsa utifrån ett antal parametrar. Vidare finns information om tandhälsa i den nationella folkhälsoenkäten som Statens folkhälsoinstitut genomför, där man använt liknande frågor som de som ingår i ULF-undersökningarna.

Det finns endast ett fåtal riksomfattande epidemiologiska undersökningar angående tandstatus bland den vuxna befolkningen. Den senaste undersökningen av detta slag genomfördes 1985 och publicerades år 1991.<sup>4</sup> Därutöver finns flera regionala undersökningar avseende tandhälsa och tandvårdsvanor. Undersökningarna omfattar både objektiva data från kliniska undersökningar och subjektiva data från enkät- eller intervjuundersökningar.

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

### **3.3 Tandhälsans utveckling**

#### **3.3.1 Tandhälsan hos ungdomar**

Socialstyrelsen har sedan 1985 följt utvecklingen av karies hos barn och ungdomar. Den karies som registreras är s.k. dentinkaries, det vill säga karies som tränger igenom emaljen och når in till tandbenet. Detta innebär att individer registreras som kariesfria om de uppvisar kariesangrepp som är begränsade till emaljen. Dessa indi-

---

<sup>4</sup> Håkansson (1991).

vider är i egentlig mening inte utan kariesskador, men skadorna föranleder inte reparativ behandling utan endast förebyggande åtgärder.<sup>5</sup>

Sedan 1985 har det skett en kraftig förbättring avseende karies hos barn och ungdomar. Förbättringen avser andelen som bedöms som kariesfria i mjölktaandsbettet, procentuell andel kariesfria 12-åringar och antalet 19-åringar som är approximativt kariesfria. Statistiken från de senaste åren antyder dock att det finns en tendens till avmattning vad avser tandhälsförbättringen. Till exempel har andelen kariesfria 12-åringar minskat med 3 procentenheter mellan år 2000 och år 2005. World Health Organization (WHO) har satt upp ett antal tandhälsomål för barn och ungdomar. Sverige uppnår målet för 12-åringar men ännu inte målet om 80 procent kariesfria 6-åringar.

Enligt en studie har 70 procent av 19-åringar i Göteborg bakteriebeläggningar på mer än hälften av tandytorna (plackindex > 50 procent) och en tredjedel av ungdomarna i denna grupp uppvisade inflammerat blödande tandkött.<sup>6</sup>

Stockholms läns landsting har låtit genomföra en uppföljning av ungdomstandvården och i augusti 2005 redovisat resultaten i en rapport<sup>7</sup>. I denna undersökning uppgav 30 procent av de tillfrågade att de inte avser att besöka tandvården igen förrän de får ont eller får andra akuta besvär. Profylaxframgångarna kan därmed vara i farozonen.

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

### 3.3.2 Tandhälsan hos äldre

Den ökande andelen äldre individer i samhället har allt fler naturliga tänder kvar. Detta kan tolkas som förbättrad tandhälsa, men eftersom endast begränsad förebyggande tandvård har kommit denna generation till del, har de i dag en mängd fyllningar och kronor eller broar som kräver underhåll och ofta omgörning. Sam-

---

<sup>5</sup> Socialstyrelsen (2006b).

<sup>6</sup> Abrahamsson et al (2006).

<sup>7</sup> Stockholms läns landsting (2005).

tidigt är kunskapen otillfredsställande om anpassade diagnosinstrument och behandlingsmetoder för dessa äldre.

De allvarligaste orala sjukdomarna drabbar omvårdnadsberoende och äldre. Muntorrhet är en biverkan av högt läkemedelsintag och är till stor del förklaringen till denna problematik. I tandvårdsreformen 1999 uppmärksammades de omvårdnadsberoende patientgrupperna särskilt, med utökade möjligheter till uppsökande verksamhet och subventionerad nödvändig tandvård.

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

Socialstyrelsens uppföljningsrapport för år 2004 av den uppsökande tandvården visar att endast hälften av de berättigade individerna fått del av förmånerna sex år efter reformens införande.<sup>8</sup> En stor del av de som inte får del av den uppsökande verksamheten är äldre som är i behov av vård och omsorg och bor i ordinärt boende.

### 3.3.3 Antal kvarvarande tänder, löständer och implantat

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

Av SCB:s ULF-undersökning från 2004/05 framgår att tandhälsan, mätt som antalet kvarvarande tänder, genomgått stora förändringar under senare decennier. Allmänt sett är tandförluster sällsynta bland yngre vuxna. Andelen personer som helt saknar egna tänder har minskat kraftigt, från 19,3 procent till 2,8 procent i befolkningen i åldersgruppen 30–84 år sedan början av 1980-talet. Även i de högre åldersgrupperna ses en påtaglig minskning av andelen helt tandlösa. Antalet helt tandlösa i åldern 75–84 år har minskat från 59,5 procent 1980/81 till 13,7 procent 2004/05. Bland de över 84 år har andelen helt tandlösa minskat från 41,5 procent 1996/97 till 28,3 procent 2004/05. De socioekonomiska skillnaderna har också blivit mindre. Även Försäkringskassan och

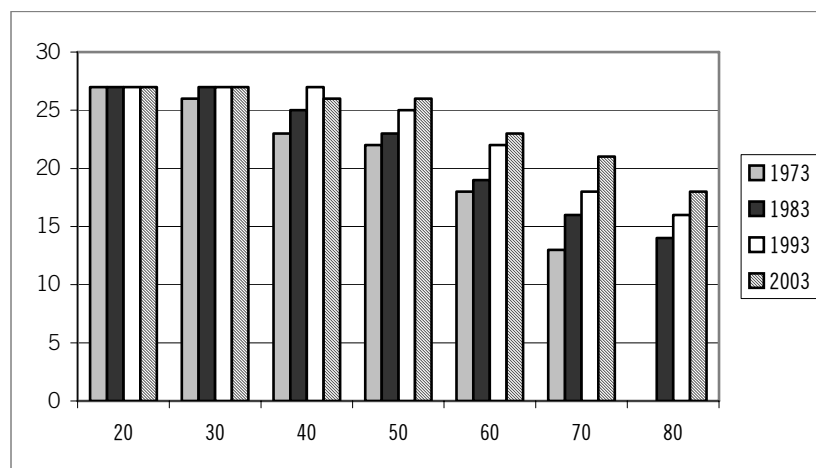
---

<sup>8</sup> Socialstyrelsen (2006a).

Socialstyrelsens rapport från 2006 visar att andelen som helt saknar egna tänder är låg.

Av de regionala studierna i Jönköping<sup>9</sup>, Dalarna<sup>10</sup> och Västerbotten<sup>11</sup> framgår att antalet kvarvarande tänder hos personer i de olika åldrarna ökat över tiden. Personer i åldrarna under 50 år har i genomsnitt fler än 26 tänder kvar i samtliga dessa studier och i åldrarna 65–70 har man i genomsnitt fler än 19 tänder kvar. I klinisk odontologi brukar anges att 20 tänder är tillräckligt för acceptabel tuggfunktion.

**Figur 3.1** Antal egna tänder bland individer i Jönköping i olika åldersgrupper under perioden 1973–2003



*Källa:* Oral health of individual aged 3–80 years in Jönköping Sweden during 30 years 1973–2003, Swedish Dental Journal vol. 29 issue 4 2005.

Vad gäller förekomst av löständer och implantat finns endast begränsad statistik att tillgå. Frågan följdes fram till mitten av 1980-talet. Förekomsten av personer med enbart löständer i åldrarna 20–60 år har minskade från 16,5 procent år 1965 till 9,1 procent år 1975 och 3,9 procent år 1985.<sup>12</sup> ULF-undersökningen från 1996/97 visar att förekomst av implantat är sällsynt i de lägre åldersgrupperna t.o.m. 44 år. I åldersgruppen 45–64 år uppger drygt två procent att de har någon typ av implantat medan före-

<sup>9</sup> Hugoson et al (2005).

<sup>10</sup> Uhrbom, Bjerner (2003).

<sup>11</sup> Wänman et al (2004).

<sup>12</sup> Håkansson (1991).

komsten ökar till fem procent i åldrarna 65–84 år. Det är troligt att förekomsten av implantat är betydligt högre idag till följd av att högkostnadsskyddet för protetik, som gäller från och med det kalenderår man fyller 65 år, infördes den 1 juli 2002. Det finns dock inga undersökningar om detta.

### 3.3.4 Karies

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

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

Sammanfattningsvis framgår av de nämnda undersökningarna att kariessituationen hos personer i åldrarna upp till 40 år förbättrats, vilket för med sig att antalet fyllda tandytor har minskat. Det finns dock indikationer på ökad andel primärkariesade tandytor i åldersgruppen 30–35 år. För övriga åldersgrupper är andelen kariesangrepp relativt oförändrad eller något minskad, undantaget Västerbottenundersökningen. Det bör dock påpekas att diagnoskriterierna för när karies skall behandlas har ändrats under de senaste decennierna, varför jämförelser bör göras med viss försiktighet.

### 3.3.5 Tandlossning (parodontit)

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

Av Jönköpingsstudien framgår att förekomsten av tandsten under tandköttskanten minskat kraftigt. I flera åldersgrupper har

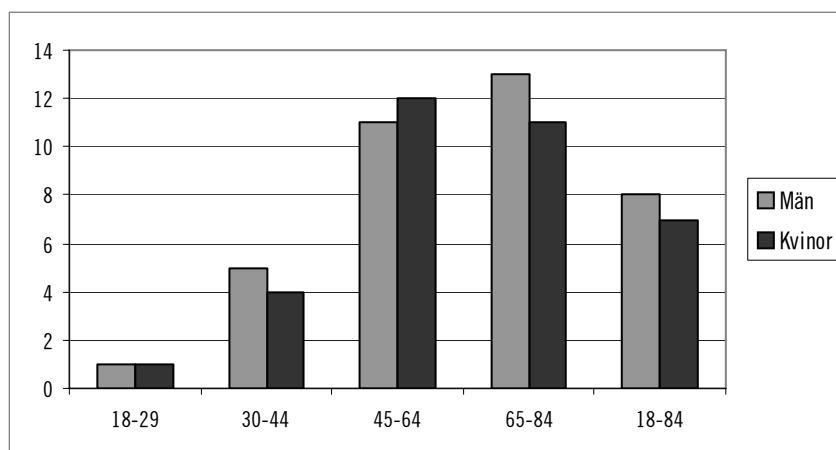
förekomsten mer än halverats under den undersökta 30-årsperioden. Då det gäller antalet personer med tandköttsfickor överstigande 4 millimeter har det skett en viss förbättring. I åldersgrupperna upp till 40 år har dock förbättringstakten avtagit under de senaste 10 åren.

Studien i Norrbotten undersökte hur många tänder som behövde dras ut på grund av tandlossning. 1991 gällde detta 0,1 procent av 35-åringarnas tänder, 0,2 procent av 50 åringars tänder och 0,5 procent av 65-åringarnas tänder. Motsvarande siffra 2001 är var 0,0 procent av 35- och 50 åringarnas tänder och 0,8 procent av 65-åringarnas tänder.

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

Folkhälsoinstitutets rapport från 2004<sup>13</sup> visar att cirka 8 procent av de tillfrågade upplevde att de hade problem med tandlossning. De upplevda besvären var betydligt vanligare bland äldre än bland yngre. Resultatet visade inga större skillnader mellan olika socioekonomiska grupper.

**Figur 3.2** Andel personer som upplever att de har problem med tandlossning



Källa: Folkhälsoinstitutet (2004).

<sup>13</sup> Folkhälsoinstitutet (2004).

### 3.3.6 Käkbensinflammation

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

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

### 3.3.7 Käkledsbesvär (bettfysiologiska besvär)

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

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

### 3.3.8 Tillfredsställelse med tänderna

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

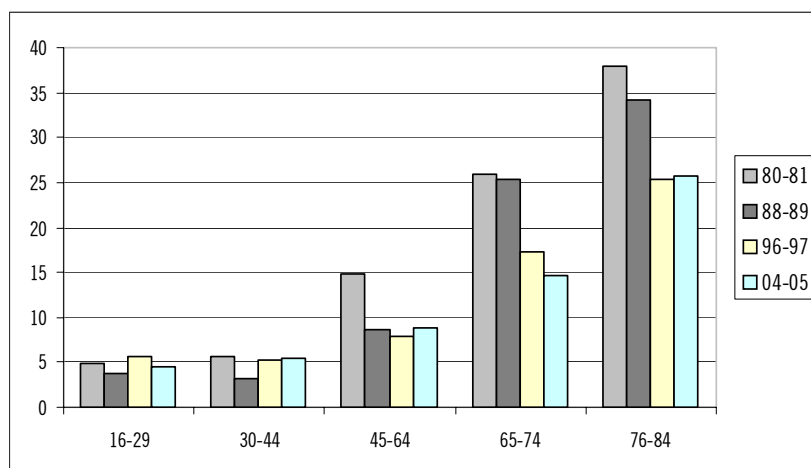
Hur vi tror att de egna tänderna uppfattas i umgänget med andra människor är en fråga som har betydelse för de flesta personer. Missnöjet med de egna tändernas utseende är, enligt ULF-undersökningen,

sökningen, mest utbrett i åldrarna 20–39 år, där omkring 25 procent uppger att de inte är nöjda. Tillfredsställelsen med tänderna ökar med åldern. Vidare framgår att upplevda besvär från tänder eller proteser minskar ju äldre individerna blir.

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

Nedsatt tuggförmåga definieras i ULF-undersökningarna som att inte alls eller endast med svårighet kunna tugga hårda födoämnen som hårt bröd eller äpple. Tuggförmågan i åldersgrupperna upp till 44 år är förhållandevis god och cirka 5 procent upplever att de har en nedsatt tuggförmåga. I åldrarna 45 år och äldre har tuggförmågan förbättrats under den senaste 20-årsperioden, även om en viss försämring skett i åldersgrupperna 45–64 år respektive 76–84 år mellan 1996/97 och 2004/05.

**Figur 3.3** Andel personer som uppger sig ha nedsatt tuggförmåga

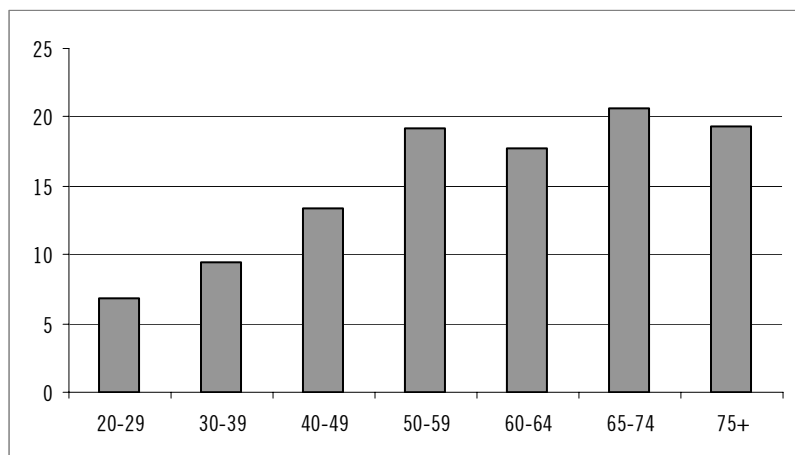


Källa: Statistiska Centralbyrån (2006).



En undersökning som gjordes av Försäkringskassan och Socialstyrelsen år 2005 visar att cirka 15 procent av de svarande i åldern 20 år och äldre anger att man har en synlig tandlucka. Svaren fördelat på ålder visas i figur 3.4.

**Figur 3.4** Andel personer som anger att man har synlig tandlucka



Källa: Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006c).

### 3.3.9 Snedfördelning av tandhälsan

Folkhälsoinstitutet presenterade i oktober 2005 en rapport<sup>14</sup> som dokumenterar Sveriges folkhälsopolitik. En rikstäckande enkätundersökning genomfördes för första gången 2004 och har därefter genomförts årligen. I rapporten anges att tandhälsa är en viktig bestämningssfaktor för god folkhälsa. Dålig tandhälsa minskar livskvaliteten, försämrar sociala relationer och är ett hinder för goda matvanor samt en god allmän hälsa.

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

<sup>14</sup> Folkhälsoinstitutet (2005b).

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

Försäkringskassans och Socialstyrelsens studie<sup>15</sup> visar att det finns samband mellan att besöka tandvården minst vartannat år och att ha en god tandhälsa. De som besöker tandvården minst vartannat år har betydligt större sannolikhet att kunna tugga hårda saker och att ha egna tänder. Det finns också ett samband mellan att kunna klara en oväntad tandvårdsutgift och att ha god tandhälsa.

Invandringen till Sverige kan komma att påverka tandhälso-utvecklingen och innebära en särskild utmaning när det gäller att nå ut med budskap om behovet och värdet av god egenvård för bättre tandhälsa. För ungdomsgrupper och i ett mångfaldsperspektiv är det angeläget att öka förståelsen för hur psykosociala faktorer och beteende påverkar ett hälsoinriktat beteende.

### 3.4 Summering och slutsatser

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

Det finns som visats ovan stora skillnader i tandhälsa beroende på ålder. Den svenska vuxna befolkningen kan grovt delas upp i olika generationer utifrån tandhälsa. I gruppen 20–39 år dominerar individer med i stort sett alla tänder i behåll, ett fåtal lagade tänder och relativt goda parodontala förhållanden. Denna åldersgrupp har växt upp med tillgång till olika fluorpreparat ("fluorgenerationen"). I jämförelse har gruppen 40–59 år i genomsnitt något färre tänder, ett större antal fyllningar, mer kron- och broprotetik och rotbehandlingar samt något sämre parodontala förhållanden ("fyllningsgenerationen"). Detta blir än mer uttalat i gruppen 60 år och

---

<sup>15</sup> Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006c).

äldre, i vilken dessutom den största andelen med såväl konventionell som käkbensförankrad protetik (implantat) återfinns ("protetikgenerationen"). I de allra äldsta åldersgrupperna finns många individer som saknar alla eller ett stort antal tänder och som har avtagbara protetiska ersättningar.

Den s.k. fyllningsgenerationen har ett stort antal fyllningar med amalgam eller plastmaterial. Dessa material utsätts för ständiga påfrestningar och behöver bytas ut efter viss tid. Vissa material är mindre beständiga än andra och även om det inte blir nya hål uppkommer materialrelaterade skador som måste åtgärdas. En lagad tand är alltid försvagad. Antalet individer med lagade tänder är stort. Detta betyder att reparativa insatser kommer att utgöra en stor del av tandvården under många år framöver.

För de yngre åldersgrupperna gäller att den tidigare fortlöpande förbättringen av tandhälsan nu tycks avta. Ovan refererade undersökningar från Stockholms län och Göteborg visar att munhygien är dålig i stora ungdomsgrupper. Detta riskerar att i längden leda till försämrad tandhälsa och ökade tandvårdsbehov. Enkätundersökningarna visar att andelen unga som anser att de har problem att tugga hårda saker ökar, även om andelen fortfarande är låg och lägre än i början av 1980-talet.

I takt med att tandhälsan förbättras ökar behoven av tandvård. Med fler egna tänder i munnen ökar behovet av reparation och underhåll. Detta kallas ibland för tandvårdens paradox. Tandhälsoförbättringen leder dock samtidigt till att de ökade tandvårdsbehoven ändrar karaktär och medför en tydligare tyngdpunkt på förebyggande insatser, vilket är mindre kostsamma tandvårdsåtgärder och därmed bör bidra till minskade tandvårdskostnader för individen och det offentliga.

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

Bristerna i nationell epidemiologi inom tandvårdsområdet är betydande. Det är angeläget att utveckla tandhälsostatistiken, oavsett framtida utformning av tandvårdsstödet. Behovet av ett förbättrat statistiskt underlag för hälsoekonomiska utvärderingar inom tandvården är uppenbart. Utredningen lämnar förslag om detta, se avsnitt 16.

## 4 Tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader

I detta avsnitt lämnas en redovisning av tandvårdskonsumtionen och tandvårdskostnaderna år 2000–2005. Inledningsvis ges en övergripande beskrivning av det statistikunderlag som använts. Därefter redovisas statistik över besöksfrekvensen till tandvården och statistik över tandvårdskonsumtionen fördelad på olika typ av tandvård.

### 4.1 Tandvårdsstödet kostnadsutveckling 2000–2005

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

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

Tabell 4.1 Utgifter i det statliga tandvårdsstödet, år 2005

	Totala utgifter (miljarder kronor)	Utgifter som går att följa på individ- och åtgärdsnivå (miljarder kronor)	Andel av utgifterna som går att följa på individ- och åtgärdsnivå
65-	1,11	0,57	55 %
65+	1,74	1,69	97 %
<b>Alla</b>	<b>2,85<sup>1</sup></b>	<b>2,26</b>	<b>78 %</b>

	Totalt antal patienter (miljoner)	Antal patienter som går att följa på individ- och åtgärds- nivå	Andel av patienterna som går att följa på individ- och åtgärdsnivå
20–64	3,6	1,2	33 %
65+	1,1	0,4	36 %
<b>Alla</b>	<b>4,7</b>	<b>1,6</b>	<b>34 %</b>

*Källa:* Försäkringskassan, egna beräkningar.

Den statistik som finns i Försäkringskassans databas går att följa på individ- och åtgärdsnivå för cirka 80 procent av de totala statliga utgifterna. Statistiken går att följa på individ och åtgärdsnivå för ca 34 procent av alla patienter, vilket motsvarar omkring 1,6 miljoner individer (tabell 4.1). Orsaken till att statistiken representerar en högre andel av utgifterna än av andelen patienter är att det i databasen registreras mer uppgifter om kostsam vård än om mindre kostsam. Detta förklaras av att kostsam vård, främst protetiska behandlingar, i stor utsträckning förhandsprövas och därmed registreras i databasen. Mindre kostsam vård registreras däremot i mindre utsträckning på individ- och åtgärdsnivå. Tandvårdskonsumtionen hos de som inte finns registrerade i databasen består främst av patienter med mindre kostsam vård. Detta medför att den tillgängliga statistiken som presenteras på individ- och åtgärdsnivå ger en överskattning av andelen patienter med höga tandvårdskostnader.

Kostnaderna inom det statliga tandvårdsstödet har ökat kraftigt under åren 2000–2006. Den mest markanta ökningen har skett under perioden 2002–2004, dvs. i samband med införandet av högkostnadsskyddet för patienter 65 år och äldre. Kostnadsökningen kan uteslutande hänföras till patienter som är 65 år och äldre

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

medan kostnaderna för patienter som är 20–64 år i princip har varit konstant under perioden. Mellan år 2002 och 2003 ökade de statliga utgifterna inom tandvårdsstödet med 880 miljoner kronor samt mellan år 2003 och 2004 med ytterligare 740 miljoner kronor. Högst var de statliga utgifterna år 2004, varefter de minskat något under år 2005 och 2006. En förklaring till detta kan vara att det initialt fanns en relativt hög efterfrågan på protetiska behandlingar. Vartefter dessa patienter har behandlats har efterfrågan minskat och kostnaden avtagit.

**Tabell 4.2** Det statliga tandvårdsstödet totala kostnader år 2000–2006 (miljarder kronor)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
65+				1,37	2,07	1,74	1,86
20–64				1,10	1,14	1,11	0,99
<i>Totalt</i>	<i>1,17</i>	<i>1,48</i>	<i>1,59</i>	<i>2,47</i>	<i>3,21</i>	<i>2,85</i>	<i>2,85</i>

*Källa:* Försäkringskassan, egna beräkningar.

## 4.2 Hur många besöker tandvården?

Andelen personer som besöker tandvården varje år har undersöks i en rad olika enkätundersökningar av bland annat SCB och Försäkringskassan. Någon total besöksstatistik som omfattar hela riket finns dock inte att tillgå. Utredningen har använt SCB:s undersökning om levnadsförhållanden (ULF) för att studera hur besöksfrekvenserna förändrats över tiden. För att studera hur ofta patienterna besöker tandvården har utredningen använt Försäkringskassans enkätundersökning.<sup>2</sup> Skillnaderna mellan de båda undersökningarnas resultat är små och det enda som motiverar att använda olika statistikkällor är att åldersgrupperingen i ULF-undersökningen bygger på en, ur tandvårdssynpunkt, delvis inoptimal indelning.

<sup>2</sup> Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006b).

#### 4.2.1 Avtagande besöksfrekvens under 2000-talet

Besöksfrekvensen har i ett långsiktigt perspektiv ökat inom tandvården. Under perioden 1980–2005 ökade andelen patienter som årligen besökte tandläkare eller tandhygienist med drygt 9 procentenheter. Ökningen har skett under 1980- och 1990-talen för att sedan falla tillbaka under 2000-talet. Sedan år 1999 har besöksfrekvensen minskat med ca 5 procentenheter.

Den generellt ökade besöksfrekvensen under perioden 1980–2005 har dock inte fått genomslag i alla åldersgrupper. För patienter äldre än 45 år har besöksfrekvensen ökat medan den minskat för patienter yngre än 45 år. Utvecklingen har varit särskilt negativ under perioden 1999–2005 då andelen som besöker tandvården i åldersgruppen 20–44 år har minskat med cirka 10 procentenheter. Under denna tidsperiod har besöksfrekvensen även avtagit för patienter i åldersgruppen 45–74 år. Den enda åldersgrupp där besöksfrekvensen ökat under perioden 1999–2005 är patienter 75 år och äldre, där besöksfrekvensen ökat med ca 3 procentenheter. Trots detta har åldersgruppen äldre än 75 år lägre besöksfrekvens än åldersgruppen 65–74 år.

Den lägsta besöksfrekvensen finns i åldersgrupperna 20–24 år och 25–34 år, där ca 52–53 procent årligen besöker tandvården. Besöksfrekvensen är också relativt låg i gruppen 35–44 år och för patienter äldre än 75 år, där 61,1 procent respektive 64,4 procent besökte tandvården under år 2005. Ett stort fall i besöksfrekvensen sker mellan åldersgruppen 16–19 år, som omfattas av den avgiftsfria barn och ungdomstandvården, och gruppen 20–24 åringar. Denna skillnad har ökat över tiden.

Utöver besöksfrekvensen kopplat till ålder visar Försäkringskassans och Socialstyrelsens rapport att personer som inte besöker tandvården minst vartannat år löper en påtagligt större risk att få tandhälsoproblem än de som besöker tandvården minst vartannat år.<sup>3</sup> De som uppger att de inte går regelbundet till tandvården eller inte varit hos tandvården på minst två år tillhör i stor utsträckning socioekonomiskt svaga grupper. Enligt ULF-undersökningen är besöksfrekvensen särskilt låg för personer med arbetarbakgrund och för personer med utländsk bakgrund. Dessa grupper har alla en besöksfrekvens som understiger genomsnittet med ca 7 procentenheter år 2005.

---

<sup>3</sup> Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006b).

**Tabell 4.3** Andel av befolkningen i olika åldersgrupper som besöker tandvården under ett år

Ålder	1980–81	1984–85	1990–91	1994–95	1998–99	2000–01	2004–05
16–19	77,6	85,3	84,6	87,9	87,1	83,3	79,4
20–24	64,2	66,7	65,1	64,3	63,7	56,4	53,4
25–34	64,9	73,3	69,1	65,5	61,9	55,9	52,6
35–44	68,7	78,2	78,8	76,1	71,2	65,4	61,1
45–54	65,3	75,1	79,6	81,5	81,7	77,7	74,6
55–64	54,2	63,8	75,3	78,7	82,3	81,4	76,7
65–74	36,3	48,7	64,9	67,6	75,7	73,2	75,2
75–84	25,8	34,1	49,1	50,9	61,7	61,2	64,0
<b>16–84</b>	<b>58,5</b>	<b>67,4</b>	<b>71,9</b>	<b>72,2</b>	<b>73,0</b>	<b>69,2</b>	<b>67,0</b>

Källa: SCB, ULF-undersökningen.

#### 4.2.2 Hur ofta besöker patienter tandvården?

Den årliga besöksfrekvensen hos tandvården var enligt Försäkringskassans undersökning<sup>4</sup> 68,2 procent, vilket skall jämföras med ULF-undersökningens 67,8 procent. Ur Försäkringskassans undersökning kan även utläsas hur många som besöker tandvården vartannat år respektive mer sällan än vartannat år. Resultaten visar att omkring 84,9 procent besöker tandvården vartannat år eller oftare. Fördelat på åldersgrupper är besöksfrekvensen under en tvåårsperiod lägst i åldersgruppen 20–29 där ca 77 procent besöker tandvården under en tvåårsperiod. I åldersgrupperna 30–39 år och 40–49 år är besöksfrekvensen drygt 80 procent medan närmare 90 procent av patienterna mellan 50–74 besöker tandvården vartannat år eller oftare. För patienter äldre än 75 år sjunker besöksfrekvensen till 80 procent.

Alla besöker dock inte tandvården i förebyggande syfte. Utredningen har i tidigare betänkande redovisat uppskattningar om att ca 60 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården i förebyggande syfte under en artonmånadersperiod. Motsvarande siffra för en tolv månadersperiod är 50 procent. Det innebär att hälften av de patienterna som besöker tandvården under ett år får tandvård som inte primärt är av förebyggande karaktär.<sup>5</sup>

<sup>4</sup> Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006b).

<sup>5</sup> SOU 2006:27.



**Tabell 4.4 Andelen patienter som besökt tandvården under senast året, 1–2 år respektive mer än 2 år sedan**

Ålder	Högst 1 år sedan	1–2 år sedan	Mer än 2 år sedan	Vet ej	Totalt
20–29	50,2	26,6	22,1	1,1	100
30–39	59,8	20,8	17,8	1,6	100
40–49	64,5	18,3	14,9	2,2	100
50–59	76,4	13,6	9,2	0,7	100
60–64	81,9	12,4	4,8	0,9	100
65–74	77,3	11,6	9,6	1,5	100
75+	68,8	11,7	16,2	3,3	100
<i>Alla</i>	<i>68,2</i>	<i>16,7</i>	<i>13,6</i>	<i>1,5</i>	<i>100</i>

*Källa: Försäkringskassan.*

Utredningen kan således konstatera att då besöksfrekvenserna studeras över ett längre tidsintervall minskar skillnaderna mellan de olika åldersgrupperna. Det är dock samma åldersgrupper som har de lägsta besöksfrekvenserna oavsett om det är andelen besök under en ett- eller tvåårsperiod som studeras.

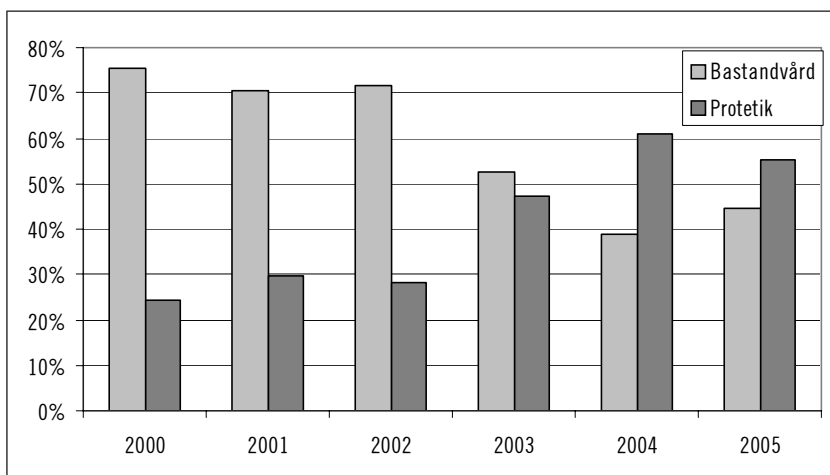
### 4.3 Tandvårdskonsumtion inom det statliga tandvårdsstödet

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

Bastandvården svarar för den övervägande delen av all tandvård, mätt som antalet utförda åtgärder. Som andel av det utbetalda tandvårdsstödet utgjorde bastandvården år 2000 nästan 75 procent. Under åren 2000–2005 har bastandvårdens andel av det utbetalda tandvårdsstödet minskat kraftigt. Minskningen beror dock inte på att bastandvården har minskat i vare sig volym eller kostnad utan på att det utbetalade tandvårdsstödet för protetik ökat kraftigt. Protetiska åtgärder svarade för cirka 25–30 procent av det utbetalda tandvårdsstödet under åren 2000–2002. Åren 2003–2005 har dock

en kraftig förändring av tandvårdskonsumtionen skett. Den andel av tandvårdsstödet som betalats ut för protetiska åtgärder har ökat till ca 50 procent och uppgick som högst år 2004 till drygt 60 procent.

**Figur 4.1** Andel bastandvård och protetik inom det statliga tandvårdsstödet år 2000–2005



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Den kraftiga ökningen av protetiska åtgärder sammanfaller tidsmässigt med införandet av 65+-reformen. Reformen är en viktig faktor för att förklara den förskjutning av tandvårdskonsumtionen som skett under 2000-talet. Av figur 4.1 framgår dock att en viss förskjutning mellan bastandvård och protetik skedde redan under 2000-talets första år, då ersättningen för protetiska åtgärder inte var lika stor. Denna underliggande konsumtionsförändring förstärktes av 65+-reformen, men förskjutningen mellan bastandvård och protetik märks även bland patienter yngre än 65 år. Ökningen bland patienter yngre än 65 år är emellertid inte lika stor. Utredningen kan därför konstatera att det tycks finnas en förskjutning av tandvårdskonsumtionen mot protetiska behandlingar, oaktat den förstärkta subvention som tillförts patienter äldre än 65 år via högkostnadsskyddet för protetiska åtgärder.

### 4.3.1 Vilken vård utförs av folktandvården respektive privata vårdgivare?

Fördelningen av det utbetalda tandvårdsstödet mellan privata och offentliga vårdgivare framgår av tabell 4.5. Omkring 70 procent av tandvårdsstödet betalades år 2005 till privata vårdgivare. Denna andel har varit relativt stabil under hela 2000-talet. Däremot har fördelningen mellan bastandvård och protetik förändrats över tiden. Förändringen beror uteslutande på att kostnaderna för protetik har ökat medan kostnaderna för bastandvård varit relativt konstant. Därmed har andelen av tandvårdsstödet som betalas ut till protetik ökat samtidigt som andelen som utbetalats för bastandvård har minskat. Denna utveckling framgår av tabell 4.5 där 49 procent av tandvårdsstödet betalades ut till privata vårdgivare som ersättning för utförd bastandvård år 2000. År 2005 var andelen nere i 30 procent. Samtidigt har den protetiska vården ökat från ca 19 procent år 2000 till 40 procent år 2005.

Från och med juli år 2002 går det utbetalda tandvårdsstödet att särskilja mellan patienter yngre respektive äldre än 65 år. Under år 2003 utbetalades närmare 80 procent av tandvårdsstödet avseende patienter äldre än 65 år till privata vårdgivare. Drygt 50 procent av dessa 80 procent utgjorde ersättning för protetiska åtgärder. För patienter yngre än 65 år betalades omkring 60 procent av tandvårdsstödet ut till privata vårdgivare.

**Tabell 4.5 Utbetalat tandvårdsstöd år 2000-2005 (miljoner kronor)**

År	Ålder	Folktandvård				Privattandvård				Totalt
		Bastandvård		Protetik		Bastandvård		Protetik		
2000		302	27 %	56	5 %	547	49 %	212	19 %	1 117
2003	20-64	324	29 %	83	8 %	511	46 %	182	17 %	1 100
	65+	144	10 %	116	9 %	349	25 %	761	56 %	1 370
	Totalt	468	19 %	199	8 %	860	35 %	942	38 %	2 470
2005	20-64	294	26 %	150	13 %	489	44 %	177	16 %	1 110
	65+	130	7 %	251	14 %	366	21 %	992	57 %	1 740
	Totalt	425	15 %	401	14 %	856	30 %	1 169	41 %	2 850

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Folktandvårdens andel av det utbetalda tandvårdsstödet utgjorde år 2000 ca 30 procent. Den övervägande delen av detta utgjordes av ersättning för bastandvård. Under perioden 2000–2005 har folktandvårdens andel av det totala tandvårdsstödet varit relativt oförändrad. En förskjutning av fördelningen mellan bastandvård och protetisk har dock skett även inom folktandvården. Andelen av det totala tandvårdsstödet som utbetalades till folktandvården för protetiska behandlingar uppgick år 2000 till ca 5 procent. Denna andel hade år 2003 ökat till 8 procent och uppgick år 2005 till ca 14 procent. År 2005 utbetalades ungefär lika mycket tandvårdsstöd avseende bastandvård som för protetik.

#### 4.3.2 De vanligaste åtgärderna

I följande avsnitt analyseras vilka åtgärder som utförs inom tandvården. Av tabell 4.6 framgår de tio vanligaste åtgärderna uppdelade efter patienter yngre respektive äldre än 65 år. Tabellen visar att ett fåtal åtgärder svarar för en övervägande del av det totala antalet utförda åtgärder i samtliga åldersgrupper. De tio vanligaste åtgärderna svarar för 72 procent av det totala antalet utförda åtgärder.

Bland patienter yngre än 65 år svarar de tio vanligaste åtgärderna för ca 86 procent av det totala antalet utförda åtgärder inom tandvården. De vanligaste åtgärderna är flerytsfyllningar och undersökning (åtgärderna 55 och 11).<sup>6</sup> Tillsammans svarar de för ca 34 procent av samtliga åtgärder i denna åldersgrupp. Andra vanliga åtgärder är förebyggande åtgärder av större och mindre omfattning (åtgärd 22 och 24) och enytsfyllningar (åtgärd 54). Akutbesök utgör omkring 8 procent av samtliga besök som patienter yngre än 65 år gör i tandvården.

---

<sup>6</sup> Antalet undersökningar som inrapporteras avseende patienter 20-64 år är med stor sannolikhet underskattade i Försäkringskassans databas. Eftersom ingen ersättning utgår för denna åtgärd kan man anta att de fall, där endast en undersökning utförs, inte rapporteras in till Försäkringskassan.

**Tabell 4.6 De tio mest utförda åtgärderna och deras andel av det totala antalet åtgärder som utförs inom tandvården**

Rank	20–64 år		65 år och äldre		Alla	
	Åtgärdsnummer	Andel av antalet åtgärder	Åtgärdsnummer	Andel av antalet åtgärder	Åtgärdsnummer	Andel av antalet åtgärder
1	55	18 %	62	12 %	55	15 %
2	11	16 %	11	12 %	11	15 %
3	22	12 %	22	10 %	22	11 %
4	24	11 %	54	9 %	54	10 %
5	54	10 %	55	8 %	24	7 %
6	91	8 %	24	6 %	91	5 %
7	12	5 %	91	5 %	62	4 %
8	31	3 %	65	3 %	12	3 %
9	62	2 %	76	3 %	31	1 %
10	13	1 %	31	3 %	65	1 %
<i>Summa</i>		<i>86 %</i>		<i>71 %</i>		<i>72 %</i>

Anm. Förklaring till åtgärdskoderna finns i bilaga 4.

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

För patienter äldre än 65 år är de vanligaste åtgärderna undersökning (åtgärd 11) och laboratoriefremställt inlägg, flera ytor eller krona (åtgärd 62). Tillsammans utgör de knappt 25 procent av det totala antalet åtgärder som utförs på patienter äldre än 65 år. Andra vanliga åtgärder är enyts- och flerytsfyllningar (åtgärd 54 och 55). Akutbesök (åtgärd 91) svarar för ca 5 procent av antalet åtgärder. Av de protetiska åtgärderna återfinns förutom kronor (åtgärd 62) även hängande broled (åtgärd 65) och rebasering och/eller komplicerad lagning av protes (åtgärd 76) bland de tio vanligaste åtgärderna. Dessa båda åtgärder svarar för ca 3 procent av antalet utförda åtgärder var.

#### 4.3.3 Några specifika behandlingars utveckling 2000–2005

##### *Implantatbehandlingar*

En viktig förklaring till att kostnaden för tandvårdsstödet ökade under perioden 2000–2005 är den kraftiga ökningen av antalet implantat. Antalet implantatbehandlingar har ökat med ca

17 000 behandlingar under perioden 2002–2005. Ökningen har framförallt skett bland patienter äldre än 65 år. För patienter yngre än 65 år har antalet implantatbehandlingar också ökat men i betydligt mindre omfattning än vad som skett bland patienter äldre än 65 år. Av tabell 4.7 framgår att antalet implantatbehandlingar var mer än fem gånger så många under år 2005 som under år 2002. Sett till antalet utförda behandlingar har den största ökningen skett i åldergruppen 65–69 år, där antalet implantatbehandlingar ökat med ca 5 000 mellan år 2002–2005. I procentuella termer har dock den största ökningen skett för patienter äldre än 85 år, där antalet implantatbehandlingar ökat från 50 stycken år 2002 till ca 950 år 2005.

**Tabell 4.7** Antal implantat år 2002–2005

	2002	2003	2004	2005	Ökning 2002–2005
<50	970	1 380	1 330	1 290	320
50–59	1 260	1 480	1 590	1 480	220
60–64	750	810	950	970	220
65–69	350	3 470	6 850	5 710	5 360
70–74	310	3 360	6 320	4 860	4 550
75–79	270	2 970	5 080	3 760	3 490
80–84	170	1 710	3 030	2 350	2 180
>=85	50	710	1 110	940	890
<i>Totalt</i>	<i>4 130</i>	<i>15 890</i>	<i>26 260</i>	<i>21 360</i>	<i>17 230</i>

*Källa:* Försäkringskassan, egna beräkningar.

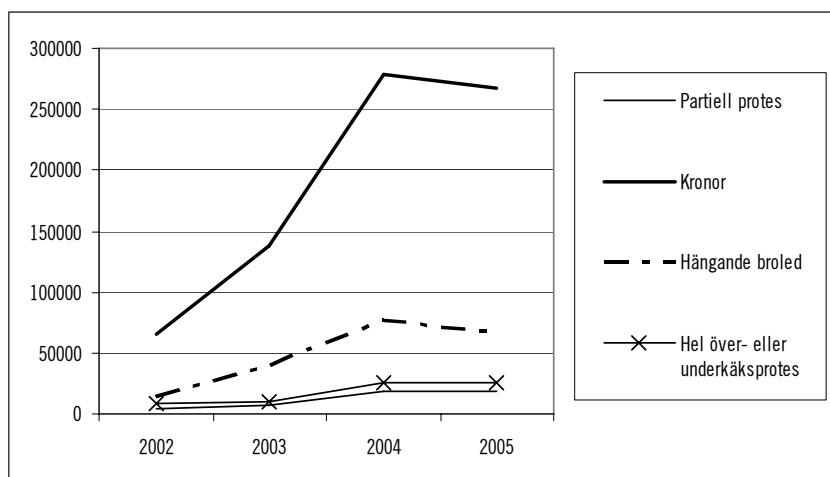
#### *Andra protetiska åtgärders utveckling 2002–2005*

Utöver implantat behandlingar är det även intressant att följa utvecklingen av partiella proteser (åtgärd 73 och 74), kronor (åtgärd 62), hängande broled (åtgärd 65) och hela över- eller underkäksproteser (åtgärd 75). Dessa åtgärder är tillsammans med implantatbehandlingar de mest kostsamma inom det statliga tandvårdsstödet.

Den mest utförda behandlingen på patienter 65 år och äldre är tandkronor (åtgärd 62). I Försäkringskassans databas fanns det år 2002 omkring 50 000 inrapporterade sådana åtgärder. Under åren 2003–2005 har antalet kronor ökat kraftigt och år 2005 fanns det ca 270 000 åtgärder med tandkronor registrerade i databasen. År 2005

utfördes drygt 70 procent av alla tandkronor på patienter 65 år och äldre. Den stora ökningen kan nästan uteslutande hänföras till patienter 65 år och äldre. Till viss del är sannolikt det kraftigt ökade antalet tandkronor en effekt av en bättre täckning av statistiken i Försäkringskassans databas, men en del av denna utveckling kan sannolikt även förklaras av en reell ökning av antalet utförda tandkronor under den studerade perioden.

**Figur 4.2 Några viktiga protetiska åtgärders utveckling under åren 2002–2005 (Antal åtgärder)**



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

En annan vanlig åtgärd är hängande broled. Av figur 4.2 framgår att även denna åtgärd har ökat under den studerade perioden även om ökningen inte varit lika dramatisk som för åtgärden tandkronor. Mellan åren 2004 och 2005 har dock ökningen stagnerat och till och med minskat. Knappt 80 procent av alla hängande broled som görs, utförs på patienter 65 år och äldre. Flest utförs på patienter i åldern 65–69 år (25 procent) men en relativt stor mängd utförs även på patienter i åldersgrupperna 70–74 år (20 procent), 75–79 år (16 procent) och äldre än 85 år (15 procent).

De avtagbara protetiska konstruktionerna har inte haft en lika tydlig ökning under de studerade åren. Antalet partiella proteser har under perioden ökat från ca 5 000 åtgärder till knappt 20 000. Ökningen är koncentrerad till åren 2003 och 2004 medan antalet partiella proteser inte ökat mellan åren 2004 och 2005. Flest parti-

ella proteser sätts in på patienter i åldersgruppen 50–59 år. Därefter avtar antalet partiella proteser med stigande ålder.

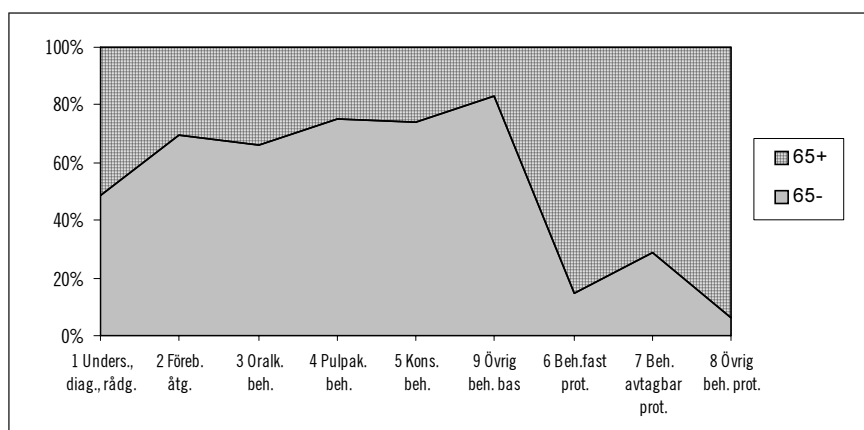
En likartad utveckling har även antalet hela över- eller underkäksproteser. Mellan åren 2003 och 2004 ökade antalet utförda åtgärder med ca 15 000 och uppgick år 2005 till ca 26 000 stycken. De allra flesta utförs på patienter mellan 65 och 79 år. Dessa åldersgrupper svarar för nästan 50 procent av samtliga helproteser som utförs inom tandvården. Ökningen av antalet proteser har en nära koppling till utveckling av implantatbehandlingar. Ökningen kan till stor del förklaras av att avtagbara proteser används i väntan på att implantatskruvar skall läka fast och den avtagbara konstruktionen byts därefter ut mot en fast över- eller underkäksprotes.

#### **4.3.4 Vilka åtgärder kostar mest för tandvårdsstödet?**

En översiktlig bild av hur dagens tandvårdsstöd fördelar sig mellan patienter yngre respektive äldre än 65 år framgår av figur 4.3. Här redovisas tandvårdsstödet andel inom tandvårdstaxans nio olika vårdgrupper. Inom området undersökning, diagnostik och rådgivning utbetalas ungefär lika mycket av stödet till patienter äldre än 65 år som till patienter yngre än 65 år. Inom övriga vårdgrupper inom avdelningen bastandvård betalas det mesta av tandvårdsstödet till patienter yngre än 65 år. Störst är andelen i vårdgruppen övrig behandling inom bastandvård där närmare 80 procent av det utbetalda tandvårdsstödet konsumeras av patienter yngre än 65 år. Detta beror huvudsakligen på att abonnemangstandvården företrädesvis vänder sig till patienter yngre än 65 år.



**Figur 4.3** Andel av subvention fördelad efter åldersgrupper och åtgärds-kategorier, år 2005



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

För protetiska åtgärder utbetalas mellan 70–95 procent av stödet till patienter som är äldre än 65 år. En mer detaljerad uppdelning av den protetiska vården i mindre aggregerade åldersgrupper visar att det utbetalda tandvårdsstödet andel ökar med stigande ålder fram till åldersgruppen 50–59 år. För patienter i åldersgruppen 60–64 år är det utbetalda stödet till protetiska åtgärder mindre än för gruppen 50–59 år. Utredningen menar att en trolig effekt av det s.k. 65+stödet är att patienter i åldersgruppen 60–64 år avvaktar med protetiska behandlingar till det år de fyller 65.

#### *Åtgärdernas andel av tandvårdsstödet*

Tandvårdskonsumtionen kan även analyseras utifrån åtgärdernas andel av de totala utgifterna i tandvårdsstödet. Det är i detta sammanhang viktigt att skilja på begreppen behandling och åtgärd. En behandling hos tandläkare består av en kombination av flera olika åtgärder. Analysen visar således inte hur stor andel av kostnaden som olika behandlingar svarar för utan utgår från de enskilda åtgärdernas andel av den totala kostnaden. I tabell 4.8 presenteras de tio åtgärder som svarar för de största utgifterna i tandvårdsstödet. Av tabellen framgår att det är ett fåtal åtgärder som svarar för den största delen av kostnaden. De åtgärder som genererar

högst utgifter är inte helt överensstämmande med de åtgärder som till antalet utförs i störst utsträckning. De till antalet mest förekommande åtgärderna avser som beskrivits ovan främst bastandvård, t.ex. undersökning och fyllningar (lagning av hål). De åtgärder som genererar högst utgifter är främst protetiska åtgärder.

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

**Tabell 4.8 De tio mest kostsamma åtgärderna och deras andel av de totala utgifterna i tandvårdsstödet, år 2005**

Rank	20–64 år		65 år och äldre		Alla	
	Åtgärdsnummer	Andel av total kostnad	Åtgärdsnummer	Andel av total kostnad	Åtgärdsnummer	Andel av total kostnad
1	62	22 %	62	37 %	62	33 %
2	55	15 %	87	8 %	87	6 %
3	22	8 %	682	7 %	682	5 %
4	54	6 %	85	7 %	85	5 %
5	91	6 %	86	6 %	55	5 %
6	73	4 %	65	4 %	86	5 %
7	24	4 %	84	4 %	65	4 %
8	43	3 %	75	4 %	84	4 %
9	75	3 %	681	3 %	75	3 %
10	11	2 %	73	2 %	22	3 %
<i>Summa</i>		73 %		82 %		73 %

Anm. Förklaring till åtgärdskoderna finns i bilaga 4.

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

## 4.4 Tandvårdskostnader

I detta avsnitt analyseras tandvårdskostnaden på individnivå. Tandvårdskostnaden på individnivå kan beräknas både utifrån vårdgivarpriser och patientpriser. Utredningen har valt att redovisa båda dessa mått där så är möjligt. Uppgifterna bygger på statistik från Försäkringskassans databas. Eftersom det i denna databas finns en undertäckning av antalet individer som årligen besöker tandvården skall analysen i detta avsnitt ses i ljuset av detta. Undertäckningen omfattar främst patienter med låga tandvårdskostnader eftersom dyrare och mer omfattande behandlingar får utföras först efter förhandsprövning och dessa registreras i databasen.

### 4.4.1 Vårdgivarpriser och patientpriser

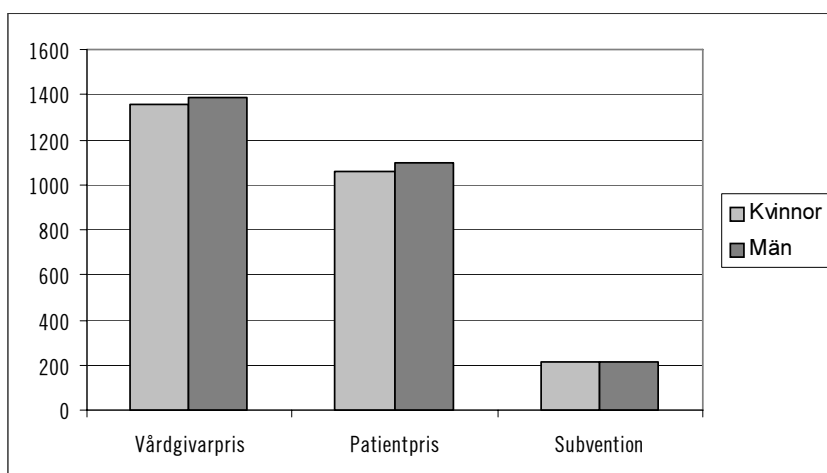
En övergripande bild av den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen ges av figur 4.4. Av figuren framgår hur stor tandvårdskonsumtion (vårdgivarpris), patientkostnad och subvention som utgår för median patienten. För denne patient uppgår tandvårdskonsumtionen årligen till ca 1 350 kronor.<sup>7</sup> Av de betalar patienten ca drygt 1 100 kronor själv och den statliga subventionen per patient uppgår till drygt 200 kronor.<sup>8</sup> Skillnaden mellan kvinnors och mäns tandvårdskonsumtion är relativt liten. Av figuren framgår att skillnaden avseende vårdgivarpris och patientpris inte är större än 50 kronor.

---

<sup>7</sup> Utredningen redovisar de uppgifter som finns tillgängliga i Försäkringskassans databas. Då täckningsgraden avseende mindre kostsam vård är låg i denna databas blir den verkliga kostnaden lägre än det som anges i detta avsnitt för den genomsnittlige patienten som besöker tandvården.

<sup>8</sup> Utredningen har valt att redovisa mediankostnaden, då medelvärdet påverkas så pass mycket av de få dyra behandlingar som utförs inom tandvården att det ger en felaktig bild av den tandvårdskonsumtion som de flesta patienter har.

**Figur 4.4** Vårdgivarpris, patientpris och subvention för kvinnor respektive män (median)



Anm. Med vårdgivarpris avses det pris som tas ut av vårdgivaren, vilket i texten också benämns tandvårdskonsumtion.

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Utredningen har också studerat hur stor andel av tandvårdens patienter som har tandvårdskostnader i olika intervall. I figur 4.5 redovisas tandvårdskonsumtionen för patienter i olika kostnadsintervall för dels vårdgivarpriset, dels patientpriset. Vårdgivarpriset motsvarar den totala kostnaden för genomförd behandling. Patientpriset motsvarar det pris som vårdgivaren debiterat patienten, dvs. med hänsyn taget till den ersättning som lämnas för respektive åtgärd.

Av figuren framgår att cirka 80 procent av patienterna betalade mindre än 3 000 kronor för sin tandvård under det aktuella året.<sup>9</sup> Drygt 90 procent betalade mindre än 5 000 kronor. Mindre än 1 procent av patienterna hade tandvårdskostnader som översteg 10 000 kronor. De flesta patienter har dock höga tandvårdskostnader endast vid några enstaka tillfällen i livet. Endast en liten del av patienterna har höga tandvårdskostnader under flera år i sträck. Av de knappa 20 procent som har en tandvårdskostnad som överstiger 3 000 kronor under ett år är det relativt få som har en sådan kostnad under flera på varandra följande år. Utredningen har i tidigare

<sup>9</sup> På grund av undertäckning i databasen är detta sannolikt en överskattning av andelen patienter som har kostnader som överstiger 3 000 kronor.

betänkande konstaterat att ca 3 procent har tandvårdskostnader som överstiger 3 000 kronor två år i rad och ca 0,5 procent har sådana kostnader under fyra år i rad.<sup>10</sup>

Patienten betalar dock inte hela tandvårdskostnaden, utan vårdgivarens priser subventioneras genom tandvårdsstödet. Av figur 4.5 framgår hur stor den genomsnittliga subventionen är för tandvård i olika kostnadsintervall. En slutsats av figuren är att skillnaden mellan vårdgivarpriset och patientpriset är ungefär lika stor oberoende av vilket kostnadsintervall som studeras. Det innebär att det statliga tandvårdsstödet, i procentuella termer, är ungefär lika stort oberoende av hur mycket den utförda vården kostar. Dagens tandvårdsstöd har därmed mer en utformning som ger lite till alla snarare än att utgöra ett reellt skydd för patienter som har höga tandvårdskostnader.<sup>11</sup>

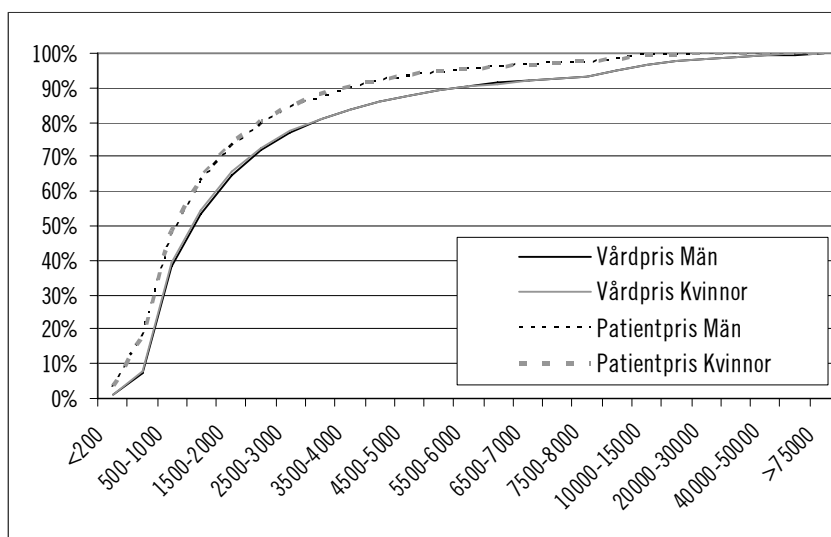
Då det utbetalade tandvårdsstödet beaktas framgår av figur 4.5 att cirka 75 procent av patienterna konsumerade tandvård som kostade mindre än 3 000 kronor. Behandlingar till en kostnad över 5 000 kronor genomgår drygt 10 procent av patienterna och behandlingar som kostar mer än 10 000 kronor genomgår cirka 5 procent av patienterna. Av figuren framgår också att skillnaderna vad gäller vårdgivarpris och patientpris mellan män och kvinnor är relativt små.

---

<sup>10</sup> SOU 2006:71.

<sup>11</sup> Undantaget från detta resonemang är högkostnadsskyddet avseende protetisk vård för patienter 65 år och äldre. Denna grupp är dock för liten för att få ett genomslag i figur 4.5.

**Figur 4.5** Andel patienter i olika kostnadsintervall fördelat efter vårdgivarpriser och patientpris, år 2005



Anm. Med vårdgivarpris avses det pris som tas ut av vårdgivaren, vilket i texten också benämns tandvårdskonsumtion.

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

#### 4.4.2 Hur har tandvårdskonsumtionen förändrats?

Kostnaden för tandvård varierar kraftigt med åldern. Av figur 4.6 framgår den genomsnittliga kostnaden för patienter 20 år och äldre under åren 2002–2005.<sup>12</sup> För patienter i åldern 20–64 år stiger den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen från ca 1 500 kronor per år för patienter som är 20 år till ca 3 500 kronor per år för patienter som är 60 år. Skillnaden i tandvårdskonsumtion mellan de olika åren är förhållandevis små.

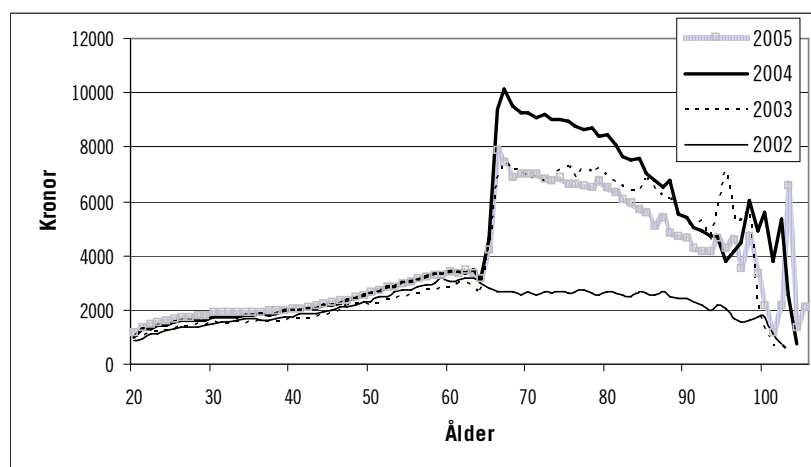
För patienter 65 år och äldre är dock skillnaderna mellan åren markant. År 2002 avtog tandvårdskonsumtionen för åldersgrupper över 65 år, medan utvecklingen under åren 2003–2005 har inneburit en kraftig ökning av tandvårdskonsumtionen för denna grupp. Den största tandvårdskonsumtionen har patienter i åldern 66–67 år. Därefter avtar tandvårdskonsumtionen successivt med stigande ålder. Att tandvårdskonsumtionen är störst i just denna ålders-

<sup>12</sup> Eftersom Försäkringskassans databas innehåller en undertäckning av patienter med liten tandvårdskonsumtion är den genomsnittliga tandvårdskostnaden för patienter yngre än 65 år överskattad.

grupp har sin förklaring i att en förhandsprövning kan skickas in först under det år patienten fyller 65 år. Därefter tar det mellan ett och två år innan behandlingen är genomförd och slutreglerad av Försäkringskassan. Då har patienten hunnit bli ca 66–67 år. Den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen för patienter i dessa åldrar var under 2004 ca 10 000 kronor medan motsvarande kostnad under 2003 och 2005 var ca 7 500 kronor.

Utredningen ser således ett tydligt samband med tandvårdskonsumtionens utveckling för olika åldersgrupper och utformningen av ersättningssystemet. Införandet av högkostnadsskyddet för pensionärer avseende protetiska arbeten har medfört en betydande ökning av tandvårdskonsumtionen i denna åldersgrupp.

**Figur 4.6** Genomsnittlig tandvårdskonsumtion för patienter äldre än 20 år



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

#### 4.5 Sammanfattning och slutsatser

Utredningen har i detta avsnitt belyst tandvårdskonsumtionens utveckling under åren 2000–2005. Nedan sammanfattas resultaten och de slutsatser som utredningen drar utifrån de genomförda analyserna.

Besöksfrekvensen har i ett långsiktigt perspektiv ökat inom tandvården men har under de senaste åren minskat. Sedan år 1999 har besöksfrekvensen minskat med ca 5 procentenheter. Ett stort fall i besöksfrekvensen sker mellan åldersgruppen 16–19 år, som

omfattas av den avgiftsfria barn och ungdomstandvården, och gruppen 20–24-åringar. Denna skillnad har ökat över tiden.

Omkring 85 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården vartannat år eller oftare. Fördelat på åldersgrupper är besöksfrekvensen under en tvåårsperiod lägst i åldersgruppen 20–29 där ca 77 procent besöker tandvården under en tvåårsperiod. För patienter som är 75 år och äldre sjunker besöksfrekvensen till 80 procent.

Bastandvården svarar för den övervägande delen av all tandvård, mätt som antalet utförda åtgärder. Som andel av det utbetalda tandvårdsstödet utgjorde bastandvården år 2005 ca 45 procent. Under åren 2000–2005 har det skett en förskjutning av tandvårdskonsumtionen från bastandvård till protetik. Denna förskjutning har förstärkts av 65+-reformen, men även denna obeaktad har andelen av tandvårdsstödet som betalas ut till protetiska åtgärder ökat. Förändringen av tandvårdskonsumtionen kan uteslutande förklaras av att de protetiska behandlingarna har ökat och beror inte på att det utförs mindre bastandvård än tidigare.

Ett fåtal åtgärder svarar för en övervägande del av det totala antalet utförda åtgärderna inom tandvården. Även i förhållande till de totala utgifterna är det ett fåtal åtgärder som står för en övervägande del av kostnaden. De mest kostsamma åtgärderna är tandkronor och implantatbehandlingar. Tillsammans utgör de drygt 60 procent av det utbetalda tandvårdsstödet.

Skillnaden mellan kvinnors och mäns tandvårdskonsumtion är relativt liten. Skillnaden avseende vårdgivarpris och patientpris är inte större än 50 kronor.

Utredningen ser ett tydligt samband med tandvårdskonsumtionens utveckling för olika åldersgrupper och utformningen av dagens tandvårdsstöd. Införandet av högkostnadsskyddet för patienter 65 år och äldre avseende protetiska behandlingar har medfört en betydande ökning av tandvårdskonsumtionen för denna åldersgrupp. Samtidigt har tandvårdskonsumtionen minskat för patienter i åldersgruppen 60–64 år. Utredningen menar att en trolig effekt av det s.k. 65+-systemet är att patienter i åldersgruppen 60–64 år avvaktar med protetiska behandlingar till det år de fyller 65.

Ett fåtal patienter har höga tandvårdskostnader. Knappt 20 procent av patienterna som besöket tandvården har kostnader som överstiger 3 000 kronor. Patienter som har höga tandvårdskostnader har det under något eller några enstaka år. Endast en liten del av patienterna har höga tandvårdskostnader under flera år.



## 5 Prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden

I detta avsnitt ges inledningsvis en beskrivning och en analys av prisutvecklingen inom tandvårdsområdet. Därefter diskuteras skillnaderna i prisutveckling för olika åtgärder samt följer en kort redogörelse för prisskillnaderna mellan olika vårdgivare. Avsnittet avslutas med en jämförelse av prisutvecklingen för tandvård i olika länder och en summering.

### 5.1 Prisutvecklingen i stort

På en marknad som tandvårdsmarknaden där det offentliga finansierar en del av patienternas kostnad finns det två priser, dels det pris som patienterna betalar, dels det totala pris som vårdgivarna tar ut. I detta avsnitt analyseras utvecklingen av båda dessa priser. Det finns ingen samlad statistik över utvecklingen av vårdgivarnas priser. I avsnittet redovisas därför ett antal olika prisundersökningar som omfattar olika delar av tandvårdsmarknaden.

#### 5.1.1 Vårdgivarnas pris

Under perioden med prisreglering av tandvården, 1974–1998, ökade vårdgivarnas priser sett till hela perioden mindre än totala konsumentprisindex (KPI). Efter det att priserna släpptes fria har prisökningarna varit betydligt högre än i ekonomin i stort.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i ett antal undersökningar undersökt prisutvecklingen inom folktandvården. Enligt SKL var den totala prisökningen 71 procent från januari 1998 till januari 2006.<sup>1</sup> Priserna steg, enligt denna källa, med 16 procent under 1999. För perioden januari 2005 till januari 2006 uppges prisökningen till 3,1 procent, vilket är betydligt lägre än genom-

---

<sup>1</sup> Sveriges Kommuner och Landsting (2006a, 2006b).

snittet för perioden. Enligt SKL har ökningstakten avtagit från 2002.

Folktandvårdens pris för skilda åtgärder har ökat i olika takt under perioden 1998 till 2006. Generellt har priserna för undersökning och förebyggande vård ökat minst medan priserna för oralkirurgi och konserverande behandlingar ökat mest (tabell 5.1). SKL:s prisundersökningar baseras på fördelningen av åtgärder och prisutvecklingen inom folktandvården.<sup>2</sup> En samlad prisutveckling för hela marknaden skulle troligtvis visa på en högre prisökningstakt än SKL:s undersökningar. Detta eftersom privata vårdgivare har haft generellt högre prisökningar och har en större andel av marknaden för protetik, där prisökningstakten varit hög.

**Tabell 5.1 Folktandvårdens prisutveckling 1998–2006 för olika åtgärder samt deras andel av de totala åtgärderna 2002, procent**

Åtgärdsgrupp	Prisökning 1998–2006, procent	Andel av de totala åtgärderna 2002
1. Undersökning, diagnostik, rådgivning (åtg. 11–16)	40,8	30,2
2. Förebyggande åtgärder (åtg. 22–25)	61,7	18,9
3. Oralkirurgisk behandling (åtg. 31–35)	120,6	4,7
4. Pulpakirurgisk behandling (åtg. 41–43)	57,0	1,8
5. Konserverande behandling (åtg. 51–56)	93,8	30,6
9. Övrig behandling inom bastandvården (åtg. 91 och 93)	80,5	10,2
6. Behandling med fast protes (åtg. 61–67)	68,1	2,2
7. Behandling med avtagbar protes (åtg. 71–78)	68,6	1,5
8. Övriga behandlingar inom protetik (åtg. 81)	86,6	0,0
<i>Summa</i>	<i>70,9</i>	<i>100</i>

Anm. Åtgärd 51 är inte ersättningsberättigande enligt förordningen om tandvårdstaxa.  
Källa: SKL (2006a).

Riksförsäkringsverket (RFV), numera Försäkringskassan, har i ett flertal rapporter undersökt prisutvecklingen för både privata och offentliga vårdgivare.<sup>3</sup> Undersökningarna visar för olika behandlingspaket, under perioden 1998 till 2004, en total prisökning som i de flesta fall legat långt över ökningarna av KPI. Priserna har ökat olika mycket för olika åldersgrupper, behandlingar och vårdgivare.

<sup>2</sup> Åtgärdsfördelningen (casemixen) för 2002 används för alla år i SKL:s undersökningar.

<sup>3</sup> RFV (2004).

Priserna för privata vårdgivare har generellt ökat mer än för folktandvården. Fram till år 2004 visade RFV:s prisundersökningar inga tecken på avtagande ökningstakt. Försäkringskassans undersökning från 2005 visar dock på en tendens till avtagande prisökningstakt.

Prisskillnaden mellan folktandvården i olika landsting är stor. Skillnaden mellan det dyraste och det billigaste landstinget för olika åtgärder var, år 2004, i genomsnitt 25 procent.<sup>4</sup> Vilken folktandvård som är dyrast respektive billigast varierar mellan olika behandlingar. RFV menade därför att det inte går att förklara skillnaden med exempelvis högre löner eller lokalkostnader. För privattandläkarna är priserna generellt högre i storstäderna, vilket av RFV anses kunna förklaras av högre omkostnader.

RFV finner inget tydligt samband mellan folktandvårdens och de privata vårdgivarnas prissättning i respektive län, men i de flesta fall ligger de privata vårdgivarna över landstingens prisnivå.<sup>5</sup> Enligt RFV finns det tendenser till att landstingen skulle vara prisledande, men RFV menar att det inte säkert går att klarlägga om det är så eller inte.

Enligt Konkurrensverket var korrelationen mellan folktandvårdens och privattandvårdens priser i hela landet, år 2002, relativt svag men signifikant positiv för sju av de tio undersökta behandlingspaketerna.<sup>6</sup> Korrelationen var större för storstadslänen men framförallt för mellersta och övre Norrland än i riket. Konkurrensverket menar att RFV:s undersökningar visar att det finns en viss priskonkurrens på marknaden eftersom de privata vårdgivarna inte kan agera helt oberoende av folktandvården.

### 5.1.2 Patientpriser

För tandvård avgörs patienternas priser dels av vårdgivarens pris, dels av den ersättning inom tandvårdsstödet som staten betalar. Den statliga subventionsgraden minskade under början av 1980-talet men framförallt i början av 1990-talet. Från slutet av 1990-talet har de statliga subventionerna av patienternas tandvårdskostnader ökat i varierande grad för olika grupper.

---

<sup>4</sup> RFV (2004).

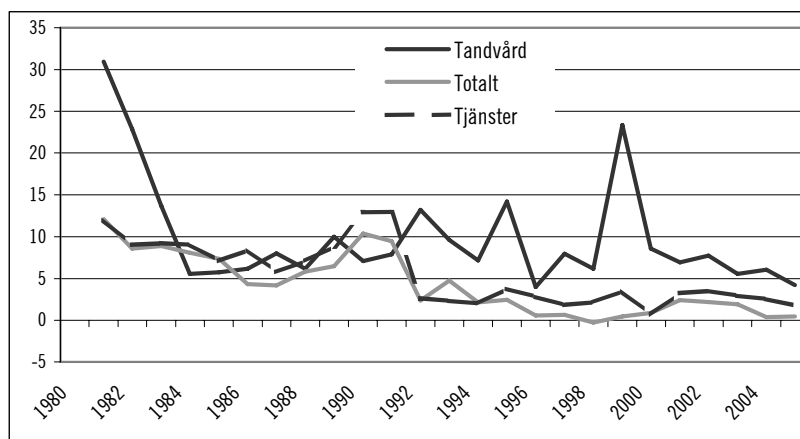
<sup>5</sup> *ibid.*

<sup>6</sup> Konkurrensverket (2004).

Konsumentprisindex (KPI) mäter de priser som konsumenterna möter. Som framgår av figur 5.1 har tandvård under de flesta år sedan 1981 haft en högre prisökningstakt jämfört med den genomsnittliga prisökningstakten. Den höga prisökningstakten 1981 och 1982 förklaras av en uppskrivning av taxan 1981 och minskade subventioner 1981–1982.

När ökningstakten i KPI totalt och för tjänster under 1990-talet växlade ner i och med det nya inflationsmålet tycks KPI för tandvård inte ha följt med i samma utsträckning. Under början av 1990-talet minskade statens subventioner av tandvård och därmed ökade priserna för patienterna. Efter att den statliga prisregleringen för tandvårdsmarknaden avskaffades från den 1 januari 1999 steg patientpriserna kraftigt det första året. Under 1999 steg de, enligt SCB, med 23 procent. Prisökningstakten har därefter fortsatt att ligga över KPI totalt och även KPI för tjänster, men har minskat. För hela perioden 1998-2005 har prisökningen för tandvård varit 80 procent medan den för totala KPI varit 9 procent och KPI för tjänster 20 procent. Efter den mycket höga ökningstakten 1999 finns en trend mot lägre prisökningstakt för tandvård mätt enligt KPI.

**Figur 5.1** Årlig förändring av KPI för tandvård, totalt och för tjänster, procent, 1981–2005



Källor: Riksbanken, SCB samt egna beräkningar.

## 5.2 Analys av prisutvecklingen

I detta avsnitt analyseras vårdgivarnas pris. När man studerar prisutvecklingen på en marknad så är enligt den enklaste modellen:

Förändring i pris = Förändring i pris på produktionsfaktorer – Förändring i produktivitet + Förändring av vinst

Med hjälp av denna enkla uppställning går det att analysera utvecklingen av vårdgivarnas pris på tandvård. Huvudfrågan är om vårdgivarna använt sin starka ställning gentemot patienten för att tillskansa sig orimligt höga ersättningar. Om det förekommer orimligt höga ersättningar kan dessa tas ut antingen i form av pengar eller i form av minskad arbetsbelastning, exempelvis färre patienter per arbetsvecka.

### 5.2.1 Produktionsfaktorer

För tandvård är den huvudsakliga insatsvaran arbete, 75 procent av kostnaden för tandvård uppges vara personalkostnader.<sup>7</sup> Lönerna för en yrkesgrupp bestäms i huvudsak av utbudet och efterfrågan på denna. Socialstyrelsen bedömer att arbetsmarknaden för tandläkare är i obalans i och med att efterfrågan överstiger utbudet.<sup>8</sup> För tandhygienister anser Socialstyrelsen att marknaden är i balans. Arbetslösheten bland tandläkare är mycket låg, enligt Socialstyrelsens undersökning under 1 procent. Den är något högre bland tandhygienister men fortfarande låg jämfört med de flesta andra yrken. Eftersom såväl tandläkare som tandhygienister är legitimationsyrken är det svårt att snabbt öka det inhemska arbetsutbudet.

Enligt SCB:s strukturlönestatistik har lönerna för dem som är utbildade till tandläkare och tandhygienister under perioden 1995 till 2004 ökat med totalt 56 respektive 47 procent (figur 5.2).<sup>9</sup> Denna ökning är ungefär lika stor som för många andra yrkesgrupper, exempelvis dem som är utbildade till läkare. Enligt SKL har lönerna för tandläkare och tandhygienister i landstingen ökat med 50–60 respektive 50 procent mellan 1995 och 2004. Den totala ökningen av lönerna för tjänstemän i privat sektor har mellan åren 1995 och 2004 varit 48 procent.<sup>10</sup> Tandläkare har under denna

---

<sup>7</sup> Sveriges Kommuner och Landsting (2006a).

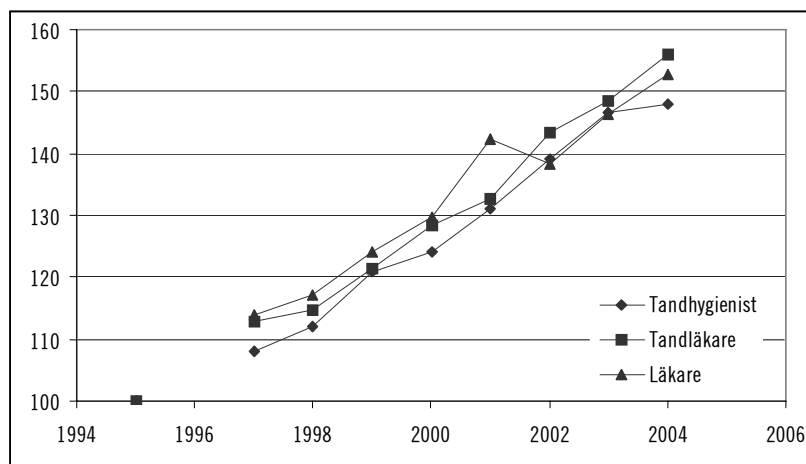
<sup>8</sup> Socialstyrelsen (2006d).

<sup>9</sup> Det går att få denna statistik från 1995 men inte för 1996.

<sup>10</sup> Denna statistik är inte strukturrensad, vilket innebär att sammansättningsförändringar kan påverka förändringstakten.

period således, enligt SCB:s strukturlönestatistik, haft en löneökningstakt per år som legat cirka en halv procentenhet högre än genomsnittet för tjänstemän i privat sektor.

**Figur 5.2 Utvecklingen av medellönen för de som är utbildade till tandhygienist, tandläkare respektive läkare 1995–2004. Index 1995=100<sup>11</sup>**



Källor: SCB:s lönestatistisk årsbok, 1995–2003, SCB samt egna beräkningar.

På den svenska arbetsmarknaden steg under 1980-talet lönerna snabbt i nominella tal men för de flesta mycket lite i reala termer. Efter övergången till låg inflation i mitten av 1990-talet har reallönerna ökat kraftigt för de flesta grupper, särskilt för vissa tjänstemannagrupper. Löneökningar innebär ökade kostnader i produktionen som antingen måste finansieras av höjda konsumentpriser, sänkta vinster eller ökad produktivitet. Det har under 1990-talet skett ett skifte uppåt i produktivitetstillväxten, vilket har möjliggjort stigande reallöner kombinerat med låg prisökningstakt totalt sett.

Löneökningstakten för tandvårdspersonal i Sverige påverkas av den internationella rörligheten av arbetskraft. Svenska tandläkare har under 1990-talet uppvisat en relativt hög internationell rörlighet. Det har framförallt handlat om migration till Storbritannien

<sup>11</sup> Det är viktigt att påpeka att figuren visar lönen för dem som är utbildade till tandläkare och inte för dem som arbetar som tandläkare. Egna företagare finns med i statistiken. Deltidslöner har räknats upp till heltidslöner och endast de mellan 18 och 65 år finns med i statistiken. Bara de med känd arbetstid finns med. År 2003 fanns 5 600 personer med utbildning till tandläkare mellan 18 och 65 år enligt denna statistik.

och Norge. Den svenska tandläkarsammanslutningen i England, Swedish Dental Society of England, uppgav för maj 2002 att 847 svenska tandläkare var yrkesverksamma där.<sup>12</sup> Migrationen av svenska tandläkare har dock minskat de senaste åren i och med att arbetsmarknaden för tandläkare förbättrats i Sverige. Istället har migrationen av tandläkare in i Sverige ökat, framförallt från Polen och Tyskland. Nettomigrationen var under mitten av 1990-talet negativ men den har därefter gått mot noll eller överskott under de första åren på 2000-talet.

### 5.2.2 Produktivitet

Det finns inga, av utredningen, kända undersökningar av produktivitetsutvecklingen i tandvårdssektorn. Enligt Nationalräkenskaperna har den bransch privat tandvård ingår i, Utbildnings-, hälso- och sjukvårdsföretag<sup>13</sup>, haft en oförändrad produktivitet åren 1996 till 2004. Tandvård utgör dock endast omkring en tiondel av omsättningen i denna bransch.

Det finns många likheter i produktionen av tandvård och sjukvård. SKL har genomfört ett omfattande arbete för att mäta produktiviteten inom sjukvården. Detta görs genom att använda data som klassificerar olika sjukdomar beroende på hur resurskrävande de är. SKL:s mätningar med denna metod liksom studier för andra länder visar på en låg eller sjunkande produktivitetstillväxt för sjukvård.<sup>14</sup> Utredningen anser att erfarenheterna för sjukvård tyder på att det är rimligt att anta en relativ låg eller sjunkande produktivitetstillväxt även för tandvård.

Utredningen anser att prisskillnaderna mellan olika vårdgivare tyder på att det finns ett utrymme för att effektivisera många verksamheter och därigenom minska kostnaderna.

---

<sup>12</sup> SOU 2002:53.

<sup>13</sup> SNI-kod 80–95.

<sup>14</sup> Sveriges Kommuner och Landsting (2005) samt Atkinson review (2005).

### 5.2.3 Vinster

Om vårdgivarna kunnat använda sin starka ställning gentemot patienten för att ta ut onormalt höga ersättningar borde detta synas i antingen högre löner eller högre vinster. Som visats ovan har tandvårdspersonalen inte haft uppseendeväckande höga löneökningar mellan 1995 och 2004. Enligt SCB:s företagsstatistik så hade företagen inom näringsgrenen för tandvård en högre rörelsemarginal<sup>15</sup> än näringslivet i stort (tabell 5.2). Rörelsemarginalen tycks ha ökat efter 1999 men var även 1997 och 1998 på en högre nivå än i övriga näringslivet. Rörelsemarginalen är starkt beroende av vilken typ av produktion det handlar om. Det är därför viktigt att vara försiktig i jämförelser av rörelsemarginalen mellan sektorer. Då det är stora variationer mellan åren är det svårt att se en tydlig trend.

**Tabell 5.2 Rörelsemarginal, procent, 1997–2003**

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1997–2003	1999–2003
Tandvård	5,9	9,5	11,0	8,6	6,5	7,0	13,2	8,8	9,2
Näringslivet	6,5	6,3	5,9	6,5	4,7	4,7	5,6	5,7	5,5

*Källa:* SCB samt egna beräkningar.

En tänkbar förklaring till de ökade vinsterna inom tandvårdssektorn är att de tidigare var allt för låga. När marknaden prisreglerades 1974 sattes de reglerade priserna på en relativt hög nivå, dvs. de flesta vårdgivare fick till följd av prisregleringen möjlighet att höja sina priser.<sup>16</sup> Uppskrivningen av de reglerade priserna skulle vara baserad på kostnadsökningarna i produktionen av tandvård. Vårdgivarna menade dock att priserna skrevs upp i en allt för långsam takt och därmed innebar en låg lönsamhet.

Såväl Privattandläkarna som SKL menar att 1998 års prisnivå inte avspeglade kostnaderna för att producera tandvård. Om vårdgivarna inte kunde få en rimlig vinstnivå så var priserna för låga. Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 menade att arvodesnivån innan avregleringen inte avspeglade de verkliga kostnaderna för väl anpassade lokaler, välutbildad personal och god arbetsmiljö.<sup>17</sup> Konkurrensverket anser dock inte att den kraftiga prisökningen

<sup>15</sup> Rörelsemarginalen visar rörelseresultatet som andel av omsättningen.

<sup>16</sup> Brinck (2004).

<sup>17</sup> SOU 2002:53.



åren närmast efter slopandet av prisregleringen kan förklaras av att det fanns ett uppdämt behov av investeringar och kompetensutveckling.<sup>18</sup> Dessa utgör nämligen en relativt liten del av kostnaderna inom tandvården, exempelvis cirka 6 procent av Praktiker-tjänsts omsättning år 2002.

#### 5.2.4 Orsakerna till prisökningen

Informationen om prisutvecklingen efter att prissättningen släpptes fri 1999 är bristfällig. Ökningen i vårdgivarnas priser har varit kraftig men det är svårt att säga exakt hur stor. Enligt SKL ökade folktandvårdens priser med 71 procent mellan januari 1998 och januari 2006. Patientpriserna har ökat mindre till följd av att det 1999 och 2002 infördes ökade statliga subventioner för vissa åtgärder.

De stora prisökningarna behöver inte nödvändigtvis innebära att vårdgivarnas priser ökat för mycket. Priset på en vara skall avspegla kostnaden för att producera denna. Det finns tre tänkbara huvudförklaringar till utvecklingen av vårdgivarnas priser från 1999:

1. De reglerade priserna var på en allt för låg nivå – när prissättningen släpptes fri så anpassades priserna till de verkliga kostnaderna.
2. Kostnaderna för att producera tandvård har ökat kraftigt.
3. Vårdgivarna har använt sin starka ställning gentemot patienten till att ta ut orimligt höga ersättningar.

Utredningen menar att det inte är klarlagt huruvida det fanns ett uppdämt behov av prisökningar vid avregleringen 1999. De kraftiga ökningarna av priserna de första två åren tyder på detta men det är svårt att belägga i siffror hur stort detta uppdämnda behov skulle ha varit. Att priserna därefter har ökat snabbare än i totala ekonomin kan i huvudsak förklaras av att lönekostnadsökningarna för tandvård slagit igenom på priset. Löneökningarna i tandvårdssektorn, är med tanke på arbetsmarknadsläget för tandläkare och tandhygienister, inte anmärkningsvärda. Det är svårt att med tillgänglig information dra några klara slutsatser om vinstnivåerna i tandvårdsbranschen.

---

<sup>18</sup> Konkurrensverket (2004).

En tolkning av prisutvecklingen på tandvård är att det fanns ett högt effektiviseringsstryck på tandvårdssektorn så länge det fanns en prisreglering som inte medgav kostnadsökningar. När prisregleringen försvann kunde vårdgivarna övervältra kostnaderna på patienterna istället för att fortlöpande effektivisera verksamheten. En annan tänkbar förklaring till prisökningarna efter 1998 är att landstingens subvention av folktandvårdens vuxentandvård minskade – en övergång till självfinansiering gav högre priser. Att folktandvården inte längre kompenseras för ingående moms är en form av subvention som minskat.

Utredningen anser att det är svårt att säkert avgöra orsakerna till de kraftigt ökade priserna mellan åren 1998 och 2005. Utredningen menar dock att huvuddelen av prisökningen kan förklaras av att kostnaderna för att producera tandvård har ökat men också att det skedde en nödvändig anpassning från de tidigare reglerade priserna. Det är dock ännu inte säkerställt om detta kan förklara hela prisökningen eller om vårdgivarna kunnat använda sin starka ställning gentemot patienten för att ta ut orimligt höga ersättningar.

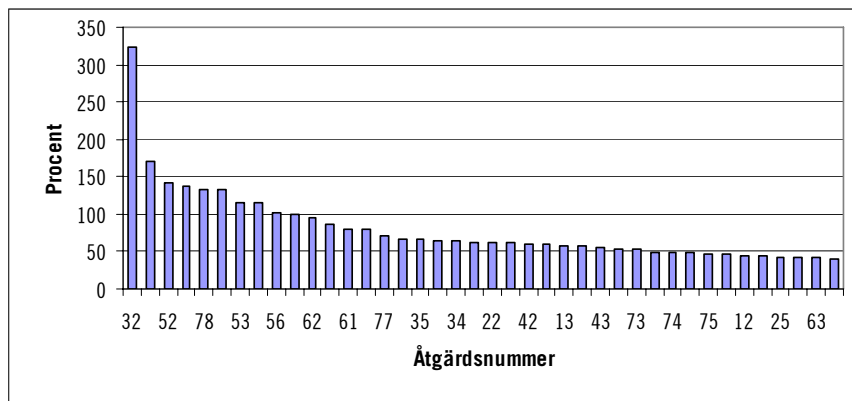
Prisökningstakten på tandvård har minskat betydligt de senaste åren. På grund av att tandvård är en personalintensiv verksamhet är det emellertid troligt att ökningstakten även i framtiden kommer att vara högre än i många andra sektorer. Därtill kan en brist på tandläkare pressa upp löneökningstakten för denna grupp, ett ökat utbud av tandhygienister kan dock motverka en sådan utveckling. En ökad internationell konkurrens på tandvårdsmarknaden kommer troligtvis att verka dämpande på prisutvecklingen, detta förutsatt att omfattningen av patient- och personalrörlighet över gränserna ökar.

### 5.3 Prisutvecklingen för olika åtgärder

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

Skillnaden i ökningstakt mellan olika åtgärder är stor, som visas i figur 5.3. Den klart högsta prisökningstakten har åtgärd 32 (tanduttagning, varje ytterligare inom samma kvadrant och vid samma behandlingstillfälle) haft medan åtgärd 11 (undersökning) haft den lägsta prisökningen under perioden 1998 till 2006. Åtgärderna inom grupp 3 (Oralkirurgi) och 5 (Konserverande behandling) har haft de generellt högsta prisökningarna medan grupperna 1 (Undersökningar), 2 (Förebyggande åtgärder) och 4 (Pulpakirurgi) haft de generellt lägsta prisökningarna.

Figur 5.3 Prisökning per åtgärd 1998–2006, procent



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2006a), egna beräkningar.

### 5.3.1 Orsaker till prisskillnaderna per åtgärd

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

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

Priserna i den reglerade tandvårdstaxan härrörde från en tidsstudie som gjordes i början av 1970-talet. Även om vissa förändringar gjorts över tiden så gjordes det inga större förändringar av relationerna mellan olika åtgärder från mitten av 1980-talet. Den tekniska och odontologiska utvecklingen kan därför ha inneburit att de

relativa kostnaderna för att utföra olika åtgärder förändrats över tiden. Med den fria prissättningen kan det därmed ha skett en anpassning till mer rimliga relationer.

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

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

Försäkringskassan har undersökt skillnaderna i materialpriser inom privattandvården 2005.<sup>19</sup> Man fann stora skillnader i såväl vårdgivarpriserna för gjut- och ädelmetaller samt titankomponenter. Försäkringskassan har föreslagit sänkta ersättningar för titankomponenter i implantatbehandlingar eftersom man menar att priserna på den internationella marknaden sjunkit.<sup>20</sup> Bland de åtgärder som ökat mest i pris finns relativt få åtgärder där inslaget av material är relativt stort. Det förefaller därmed som eventuella prisökningarna på material inte kan förklara de skilda prisökningarna på olika åtgärder.

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

En hypotes är att priserna höjts mest där det känns minst, dvs. på åtgärder med ett relativt lågt pris. Figur 5.4 visar att det inte finns någon tydlig samvariation mellan prisnivån 1998 och ökningstakten fram till 2006.<sup>21</sup> Intressant är dock att det är åtgärder med relativt lågt pris som haft prisökningar över 80 procent, men det finns även åtgärder med relativt lågt pris som haft en relativt låg prisökningstakt. Utredningen menar därmed att vårdgivarna inte kan sägas ha höjt priserna mest varken för relativt billiga eller för relativt dyra åtgärder. Här är det viktigt att beakta att vissa

---

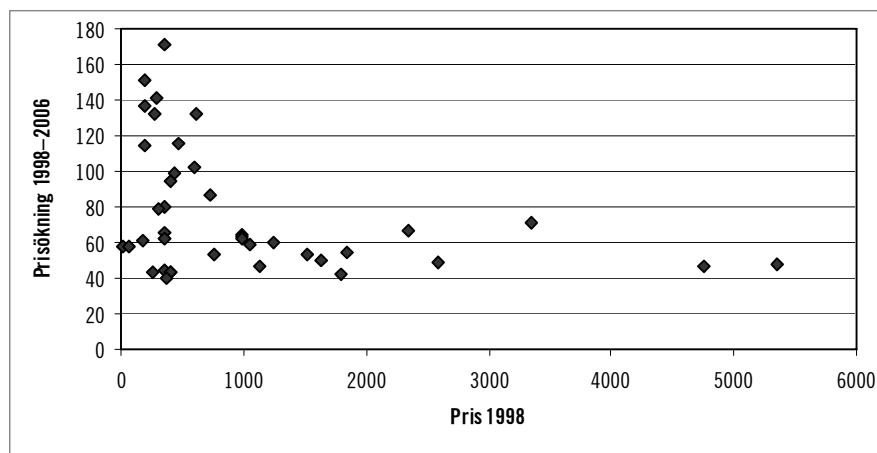
<sup>19</sup> Försäkringskassan (2005b).

<sup>20</sup> Försäkringskassan (2006a).

<sup>21</sup> Åtgärd 32 har i figuren exkluderats eftersom prisökningstakten varit väldigt hög.

implantatbehandlingar som är relativt dyra inte finns med i SKL:s statistik.

**Figur 5.4** Prisökning i landstingen 1998–2006 samt priset 1998, per åtgärd

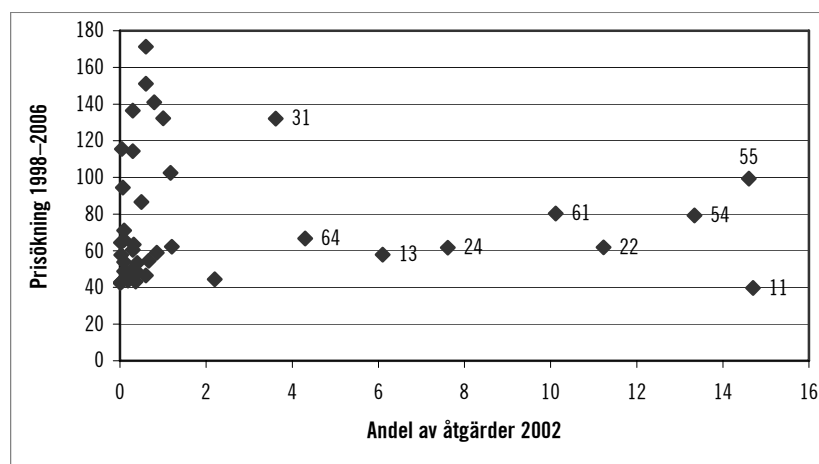


Källa: SKL (2006a) samt egna beräkningar.

En annan tänkbar hypotes är att landstingen höjt priserna mest på de åtgärder som patienterna sällan har behov av att få utförda. Figur 5.5 visar samvariationen mellan hur vanligt förekommande en åtgärd är och prisökningen.<sup>22</sup> Inte heller här finns det något tydligt mönster. De högsta prisökningarna har skett för relativt sällan förekommande åtgärder men i denna grupp finns även åtgärder som haft en relativt låg prisökningstakt. Det är här viktigt att komma ihåg att en relativt liten prisökning på en åtgärd som utförs ofta kan ge en större intäktsökning än en relativt stor prisökning på en åtgärd som utförs sällan.

<sup>22</sup> Åtgärd 32 har i figuren exkluderats eftersom prisökningstakten varit väldigt hög.

**Figur 5.5** Prisökning i landstingen 1998-2006 samt andel av åtgärder 2002, per åtgärd



Källa: SKL (2006a) samt egna beräkningar.

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

### 5.3.2 Prisutveckling hos olika vårdgivare

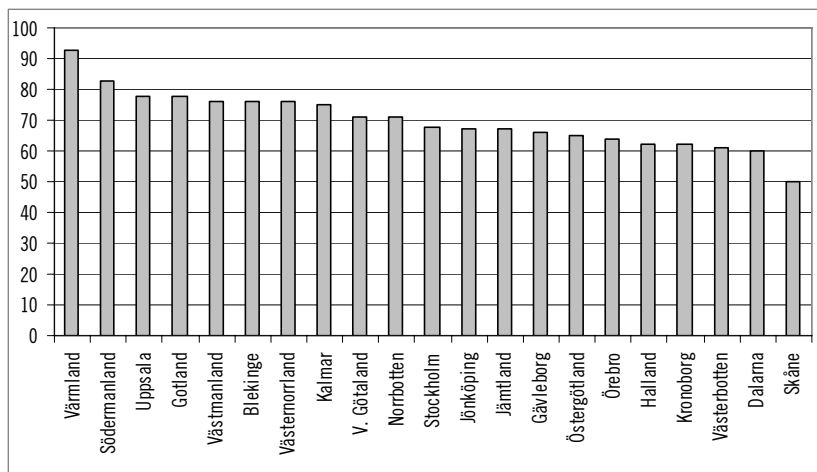
Detta avsnitt behandlar främst prisutvecklingen i olika landsting men också landstingens påverkan på de privata vårdgivarnas priser.

Fram till 1999 hade landstingen samma priser men efter prissättningen släpptes fri har priserna ökat olika mycket i landstingen. Om samma vikter används för de enskilda landstingen som används för landstingen totalt så skiljer sig prisökningen mellan olika landsting sig åt mellan 50 och drygt 90 procent (figur 5.6). I 16 av 21 landsting ligger prisökningen mellan 60 och 75 procent.

SKL anser att de angivna värdena är ett uttryck för den ungefärliga, men inte exakta, nivån på prisökningarna inom respektive landsting. De pekar på att det finns en viss osäkerhet i beräk-

ningarna. Detta eftersom det används samma vikter, svårigheten att ta hänsyn till latituder och att alla landsting inte uppnår kostnads-täckning under enskilda år.

**Figur 5.6 Total prisökning i landstingen 1998–2006, procent**

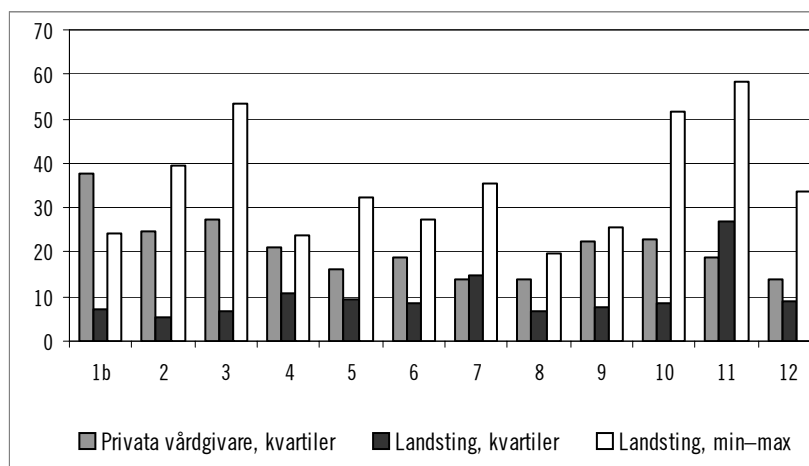


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2006b).

Försäkringskassan redovisar prisskillnader mellan olika vårdgivare i både privat och offentlig regi.<sup>23</sup> Med hjälp av redovisningen av priset för olika behandlingspaket går det att ge en grov bild av prisskillnaderna. Figur 5.7 visar att skillnaden mellan första och tredje kvartilen är högre för de privata vårdgivarna än för landstingen. Till viss del är denna skillnad en följd av att det bara finns 21 landsting. Om man istället tittar på ytterfallen av landstingen så är skillnaden betydande. Försäkringskassans slutsats är att prisskillnaden mellan merparten av vårdgivarna är relativt liten.

<sup>23</sup> Försäkringskassan (2005a).

**Figur 5.7** Procentuell skillnad mellan högsta och lägsta patientpris för olika behandlingspaket för åldrarna 30–64 år, maj 2005



Källa: Försäkringskassan (2005a) samt egna beräkningar.

RFV och Försäkringskassan har undersökt prisutvecklingen för olika vårdgivare och finner att de privata vårdgivarnas priser generellt ökat mer än landstingens priser. RFV fann inget tydligt samband mellan landstingens och de privata vårdgivarnas prissättning i respektive län men i de flesta fall ligger de privata vårdgivarna över landstingens prisnivå.<sup>24</sup> Det finns tendenser till att landstingen skulle vara prisledande men det går inte att klarlägga. Eriksson finner däremot i en studie att landstingens prissättning för olika behandlingspaket påverkar de privata vårdgivarnas priser och att landstingen därmed är prisstyrande.<sup>25</sup>

Korrelationen mellan folktandvårdens och privattandvårdens priser i hela landet var 2003 relativt svag men signifikant positiv för sju av de tio undersökta behandlingspaketen.<sup>26</sup> Den var högre än i riket i storstadslänen men framförallt i mellersta- och övre Norrland. Konkurrensverket menar att RFV:s undersökningar visar att det finns en viss priskonkurrens på marknaden eftersom de privata vårdgivarna inte kan agera helt oberoende av folktandvården.

<sup>24</sup> RFV (2004).

<sup>25</sup> Eriksson (2004).

<sup>26</sup> Konkurrensverket (2004).



### 5.3.3 Orsaker till prisskillnaderna mellan olika vårdgivare

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

Utredningen bedömer dock att dessa faktorer knappast kan förklara de stora skillnaderna i prisökningstakt över en så pass lång tidsperiod som åtta år. Investeringarna utgjorde under perioden 1999 till 2004, enligt SKL:s statistik, 4–5 procent av nettokostnaderna för tandvård.<sup>27</sup> Utgifterna för kompetensutveckling kan knappast vara så höga att de på lång sikt kan skapa så stora prisskillnader mellan olika landsting.

RFV har analyserat prisskillnaderna mellan olika åtgärder hos landstingen år 2004.<sup>28</sup> Skillnaden mellan det dyraste och det billigaste landstinget var för olika åtgärder i genomsnitt 25 procent. Vilket landsting som är dyrast respektive billigast varierar mellan olika åtgärder. RFV (2004) menade därför att det inte går att förklara skillnaden med exempelvis högre löner eller lokalkostnader.

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

Grönqvist har undersökt förekomsten av utbudsstyrd efterfrågan inom högkostnadsskyddet för äldre.<sup>29</sup> Hans resultat visar på förekomst av utbudsstyrd efterfrågan på ett av tre undersökta fall. Det går därmed inte att utifrån hans undersökning dra några tydliga slutsatser om utbudsstyrd efterfrågan inom 65+.

---

<sup>27</sup> Statistik om hälso- och sjukvård, olika år.

<sup>28</sup> RFV (2004).

<sup>29</sup> Grönqvist (2006).

Grönqvist har också undersökt om län med ett relativt stort antal tandläkare har högre priser än län med ett relativt litet antal tandläkare. Hans resultat ger ett visst stöd för denna hypotes. Tidigare studier visar på liknande resultat när det gäller sannolikheten att besöka tandläkare och tandvårdskonsumtionen.<sup>30</sup>

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

#### 5.4 Prisutvecklingen i Sverige relativt i omvärlden

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

I detta avsnitt jämförs prisutvecklingen framförallt med Danmark och Norge men även med övriga EU-länder. Det finns i dessa länder stora skillnader rörande hur tandvårdsmarknaden är organiserad. Förändringar av den offentliga subventionsnivån får stort genomslag på KPI för tandvård.

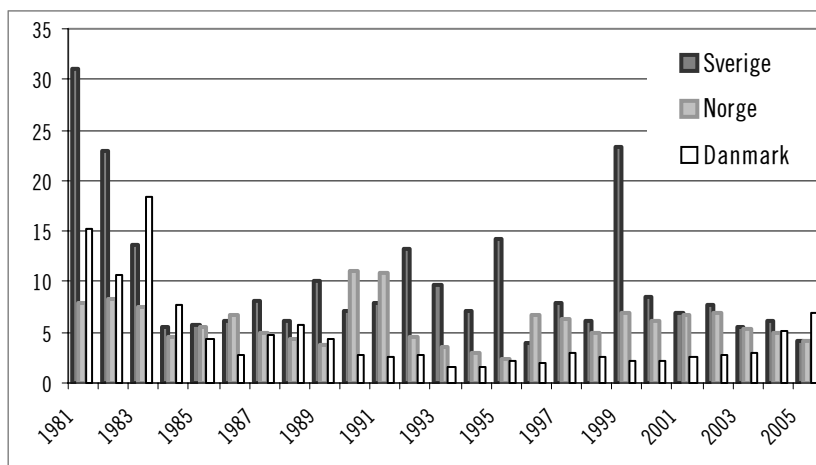
Figur 5.8 visar den årliga prisökningstakten för tandvård för Danmark, Norge och Sverige för åren 1981 till 2005. Sett till hela denna tidsperiod har Sverige haft betydligt högre prisökningstakt än de övriga länderna, 930 procent mot 321 procent för Norge och 215 procent för Danmark. Detta beror framförallt på att prisökningarna under vissa år (1981-1983, 1992, 1995 och 1999) varit väldigt höga i Sverige.

---

<sup>30</sup> Olsson (1999).

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

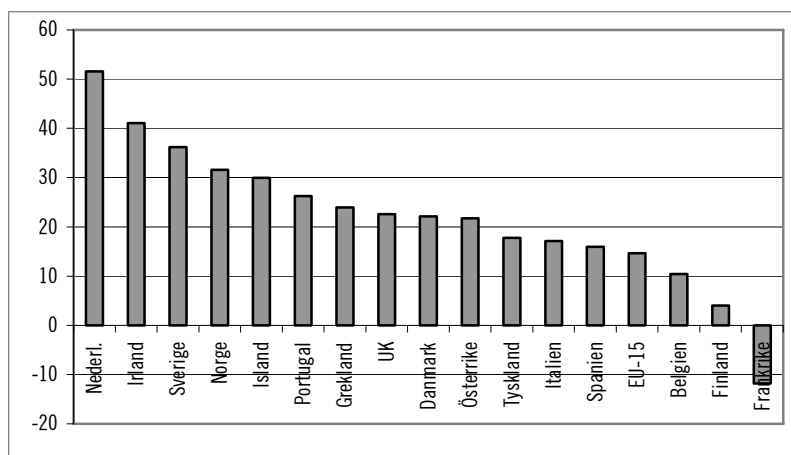
**Figur 5.8** Årlig prisökning enligt KPI, tandvård, 1981–2005



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

För EU-15 finns data för en betydligt kortare period, från 2000. Figur 5.9 visar att Sverige under denna period varit ett av de länder som haft den högsta ökningen av KPI för tandvård. På grund av Frankrikes negativa prisökning samt Tysklands och Italiens relativa låga ökningstakter så hamnar EU-snittet lågt.

Figur 5.9 Ökning av KPI för tandvård 2000–2005, procent



Källa: Eurostat samt egna beräkningar.

## 5.5 Summering

Vårdgivarnas priser på tandvård ökade kraftigt efter att prissättningen släpptes fri 1999. Prisökningstakten har dock minskat betydligt de senaste åren. Utredningen anser att det är svårt att säkert avgöra orsakerna till de kraftigt ökade priserna mellan åren 1998 och 2005. Utredningen menar dock att huvuddelen av prisökningen kan förklaras av att kostnaderna för att producera tandvård har ökat men också att de tidigare reglerade priserna var på en för låg nivå. Det är dock ännu inte säkerställt om vårdgivarna också har kunnat använda sin starka ställning gentemot patienten för att ta ut höga ersättningar.

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

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

## 6 Marknaden för tandvård

I detta avsnitt redovisas en övergripande bild av hur marknaden för tandvård fungerar samt en teoretisk bakgrund och analys som grund för arbetet med utformning av det nya tandvårdsstödet. Därefter diskuteras vad som krävs för att tandvårdsmarknaden skall kunna fungera bättre. Vidare ges privata respektive offentliga vårdgivares syn på konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden.

### 6.1 Marknadsmislyckanden

En grundläggande idé inom ekonomiskt tänkande är att marknader med perfekt konkurrens är effektiva. Perfekt konkurrens skall ses som en teoretisk utgångspunkt och inte som ett mål som kan uppnås. Vid perfekt konkurrens på en marknad är det omöjligt att använda tillgängliga resurser mer effektivt. Mycket få, om några, marknader kan sägas ha perfekt konkurrens. Tandvårdsmarknaden är definitivt inte en av dem.

Marknader fungerar inte perfekt på grund av marknadsmislyckanden. Dessa kan t.ex. leda till lägre produktion och högre priser än vid en perfekt fungerande marknad. Marknadsmislyckanden innebär inte att marknaden inte har levererat effektivitet utan att den bästa tänkbara lösningen inte har åstadkommit. Det finns tre typer av marknadsmislyckanden: Externa effekter, asymmetrisk information och marknadsmakt.<sup>1</sup> De två senare är intressanta på tandvårdsmarknaden.

---

<sup>1</sup> Bergman (2002).

### 6.1.1 Ojämnt fördelad information

Om producenterna och konsumenterna inte har samma information om varan är informationen ojämnt (asymmetriskt) fördelad, vilket innebär att en part får ett övertag på marknaden. Det är tänkbart att köpare respektive säljare har mer eller mindre information om olika förhållanden på marknaden och att det därmed inte är uppenbart vem som har ett informationsövertag som helhet.

Tandvård är en marknad som karaktäriseras av förekomsten av asymmetrisk information. Patienten har betydligt mer information om sin upplevda hälsa och sina levnadsvanor medan producenten av tandvård har betydligt mer information om medicinsk diagnos och vilken som är den lämpliga behandlingen för olika besvär.

Patienten har generellt otillräcklig information om:

- priset och kvaliteten hos olika vårdgivare,
- vad det offentliga tandvårdsstödet täcker,
- vilken behandling patienten behöver och vilka behandlingsalternativ som finns,
- det förväntade priset och kvaliteten hos en specifik behandlingsmetod och
- kvaliteten på den vård som patienten får.

Även efter det att patienterna har fått en behandling är det svårt för dem att bedöma kvaliteten på det som utförts och huruvida lämpligt material använts. Bara avsaknad av smärta är inte nödvändigtvis ett tecken på en bra kvalitet. Å andra sidan kan patienten vara missnöjd med en behandling trots att den givit förväntat resultat ur medicinsk synpunkt.

Det är ofta svårt att definiera vilken som är den bästa behandlingen för en patient. Bland vårdgivarna skiljer sig synen på vilken som är den lämpliga behandlingen vid en viss diagnos åt. Det finns sällan bara en behandling som kan sägas vara objektivt rätt för en patient.

Enligt en undersökning från Forskningsgruppen för samhälls- och informationsstudier (FSI) är patienternas kunskaper kring sakförhållanden på marknaden dåliga.<sup>2</sup> Exempelvis känner knappt hälften av de tillfrågade till att det råder fri prissättning inom tandvården och ungefär lika många uppger att tandvård är ungefär lika dyrt oavsett vilken tandläkare man väljer.

---

<sup>2</sup> FSI (2005).

Oklarheter kring prisbilden på tandvårdsmarknaden härrör delvis från bristen på transparent information. Försäkringskassan har i en undersökning för 2005 visat att efterlevnaden hos vårdgivarna när det gäller bestämmelserna om prislistor var relativt låg.<sup>3</sup> På bara 40 procent av de undersökta mottagningarna fanns prislistor på väl synlig plats.

Konsumenter har som regel kostnader för att hitta information om pris och kvalitet för de produkter och tjänster som olika producenter kan leverera, dessa kostnader kallas för transaktionskostnader. Ofta kan också kunden behöva spendera tid och kanske pengar på att ta reda på vilka faktiska behov hon eller han har. Det är i praktiken sällan möjligt eller åtminstone ekonomiskt rimligt att skaffa perfekt information om alla alternativ.

För en produkt som är så komplicerad som tandvård är det självklart att patienterna inte kan ha perfekt information om alla typer av tandproblem eller möjliga behandlingar. För att kunna agera som konsumenter behöver dock patienterna ett visst mått av information. Det finns idag stora brister när det gäller patienternas kunskaper om hur tandvårdsmarknaden fungerar och prisbilden på marknaden.

### 6.1.2 Marknadsmakt

En producent har marknadsmakt när det är möjligt att sätta ett högre pris än vid perfekt konkurrens. Ett pris högre än marginalkostnaden innebär att det på marknaden inte kommer att produceras den samhällsekonomiskt optimala kvantiteten. Det är inte givet att företag använder sin marknadsmakt för att tillskansa sig fördelar men om de vill maximera sin vinst så kommer de att göra det.

Graden av marknadsmakt för företagen på en marknad avgörs av hur känslig efterfrågan är för prisförändringar, marknadskoncentrationen och graden av samarbete.<sup>4</sup> Den önskvärda nivån på konkurrensen är den som innebär att företag inte har någon marknadsmakt. I praktiken kommer dock detta vara omöjligt att uppnå. Frågan blir därför då hur mycket marknadsmakt som är acceptabel.

Vårdgivarna har av flera skäl betydande marknadsmakt på tandvårdsmarknaden. Även om det numera råder etableringsfrihet

---

<sup>3</sup> Försäkringskassan (2006b).

<sup>4</sup> Cabral (2000).

så länge behörighetskrav uppfylls så spelar detta mindre roll så länge patienterna är ovilliga att byta vårdgivare. Marknaden för tandvård karaktäriseras av låg patientörslighet mellan olika vårdgivare. Enligt en enkätundersökning från FSI så uppger cirka 80 procent av de som svarat att de brukar gå till samma tandläkare.<sup>5</sup> Denna andel är högre bland dem som uppger att de går till tandläkaren minst en gång om året. Den absolut främsta orsaken till att man går till samma tandläkare uppges vara förtroendet för sin tandläkare (73 procent). Endast 2 procent av respondenterna uppger att de valt tandläkare efter pris. I och med att de flesta verkar välja vårdgivare baserat på förtroende snarare än pris har vårdgivarna marknadsstyrka när de väl har skapat ett förtroende.

Som beskrivits ovan har vårdgivarna ett informationsövertag på flera områden. Detta ger betydande marknadsstyrka på tandvårdsmarknaden. Det innebär att vårdgivarna kan styra patienternas efterfrågan på tandvårdsmarknaden och utgör därmed en betydande risk för överbehandling. På tandvårdsmarknaden träffar patienten emellertid ofta återkommande samma vårdgivare. Detta innebär att vårdgivaren måste beakta den framtida relationen vid sina möten med patienten. Därigenom ökar incitamenten att erbjuda en god behandling till ett rimligt pris. I samma riktning verkar givetvis att tandvårdspersonal har starka professionella normer.

Det är för en välfungerande marknad inte nödvändigt att alla konsumenter är välinformerade och aktiva utan det kan räcka om en minoritet är det.<sup>6</sup> Därigenom blir det svårare för producenterna att utöva marknadsstyrka. Detta förutsatt att producenterna inte kan skilja ut de som inte är välinformerade och aktiva och prisdiskriminera dessa.

Enligt ovan nämnda undersökning från FSI så skulle bara ungefär hälften av respondenterna byta vårdgivare om det fanns en annan inom rimligt avstånd som tog ett lägre pris.<sup>7</sup> Detta även om priset skulle vara mindre än hälften så högt. Detta kan återspegla att patienterna tillmäter förtroende ett högt värde och således är beredda att betala relativt mycket för att behålla samma vårdgivare.

---

<sup>5</sup> FSI (2005).

<sup>6</sup> Konkurrensverket (2004).

<sup>7</sup> FSI (2005).



## Den ökade rörligheten över gränserna

Tandvård har historiskt sett varit en marknad som varit skyddad från internationell konkurrens. För att kunna utföra tandvård så måste vårdgivare och patient träffas. Utländsk konkurrens inom tandvårdssektorn kan komma både från rörlighet av producenter och konsumenter. När det gäller påverkan på marknaden är det ingen skillnad på om patienten åker utomlands för att få vård eller om företag med utländsk personal etablerar sig i Sverige.

Eftersom Sverige är ett land med relativt höga löner finns tandläkare i andra länder med lägre löneläge. Det är därmed möjligt att både få tandvårdsbehandling billigare i ett annat land och att utländsk personal skulle kunna producera tandvård till ett lägre pris i Sverige.

På senare tid har vårdgivare med utländsk personal startat verksamhet i Sverige och svenskarnas benägenhet att konsumera tandvård utomlands ökat. Detta innebär att tandvård kunnat tillhandahållas billigare och därmed har utövat ett konkurrenstryck på de svenska vårdgivarna. Omfattningen av svenskarnas rörlighet för tandvård utomlands är hittills relativt liten och det finns få företag med utländsk personal som har en lägre lönekostnad än genomsnittet. Det är dock troligt att denna form av konkurrens kommer att öka i framtiden.

År 2006 var det enligt Försäkringskassan 1 109 personer som sökte ersättning för planerad tandvård utomlands. Detta utgör troligtvis inte samtliga som söker tandvård utomlands eftersom alla inte begär ersättning från Försäkringskassan.

Den mest omskrivna etableringen i Sverige år 2005 var CityDental som öppnade en mottagning i Stockholm. Företaget har priser som för många åtgärder ligger ungefär på halva nivån jämfört med Folktandvården i Stockholms län. De anställda tandläkarna är utländska och har lägre lönekostnad än genomsnittet i Sverige. CityDental uppger dock att företaget kan hålla låga priser även via stordriftsfördelar. Flera företag har planer på att öppna mottagningar med samma koncept på olika orter i Sverige.

## 6.2 Offentliga regleringar

Det offentliga använder olika typer av regleringar för att hantera problem som uppstår till följd av marknadsmisslyckanden. Om det offentliga skall försöka korrigera ett marknadsmisslyckande eller inte beror dels på marknadsmisslyckandets storlek, dels på ingripandets kostnader. Det finns ingen bransch i Sverige som helt saknar offentliga regleringar, exempelvis omfattar konkurrensrätten alla sektorer. Graden av reglering varierar dock från bransch till bransch. En stark form av reglering är olika typer av prisregleringar.

Det är oftast svårt att reglera marknadsförhållanden eftersom det finns ett antal problem med offentliga regleringar.<sup>8</sup> Det främsta problemet är att det är svårt att utforma optimala regleringar, eftersom den som reglerar mycket sällan har lika god information som producenter och konsumenter.

Kostnaderna för en reglering kan delas upp i direkta och indirekta. De direkta kostnaderna är kostnader för formulering av regler, tillämpning av regler, övervakning och informationsinhämtning. Finansieringen av de direkta kostnaderna för en reglering kan, om det sker via beskattning, skapa effektivitetsförluster. De indirekta kostnaderna är betydligt svårare att beräkna men är antagligen större än de direkta kostnaderna. Det handlar främst om olika anpassningskostnader för producenter och konsumenter samt om effekterna på företagsamhet och teknisk utveckling.

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

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

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

---

<sup>8</sup> SOU 2005:4, kapitel 11.

skall väljas. Om man utgår från dagens priser på olika åtgärder försvårar denna metod strukturella förändringar av priserna så länge inte olika delar räknas upp med olika index.

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

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

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

Om man prisreglerar en del av ett företags produktion kan det uppstå problem med korssubventionering, dvs. att en producent låter intäkter från en delmarknad gå till att täcka kostnaderna på en annan delmarknad. Vid en prisreglering kan det ske en subventionering av den prisreglerade eller den icke prisreglerade delmarknaderna beroende på konkurrenssituationen på de två delmarknaderna. Oavsett vilket stör det marknadens funktionssätt eftersom priset på ingen av delmarknaderna kommer att avspegla kostnaden. Därigenom snedvrids konkurrensen och konsumtionen.

### 6.3 Konkurrens mellan offentlig och privat tandvård

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

Folktandvårdens marknadsandel på den samlade tandvårdsmarknaden är ungefär 50 procent. För vuxentandvård var marknadsandelen 2002, beräknad utifrån patientavgifter respektive försäkringsavgifter, 31 respektive 34 procent.<sup>9</sup> För barn och ungdomar svarade folktandvården för 91 procent av landstingens kostnader. Marknadsandelarna varierar dock geografiskt. Privata tandläkare finns främst i de större orterna medan folktandvården i andra områden har i det närmaste monopol på den lokala tandvårdsmarknaden.

Landstingen skall planera tandvården och erbjuda en god tandvård åt alla som är bosatta eller stadigvarande vistas inom respektive landsting, det så kallade befolkningsansvaret.<sup>10</sup> De skall svara för den avgiftsfria tandvården för barn och ungdomar, specialisttandvård, övrig tandvård för den vuxna befolkningen i den omfattning som de bedömer som lämpligt och tandvård för särskilda grupper. Landstingen måste ta emot alla patienter, även de som är extremt kostnadskrävande. Det finns också krav på tillgänglighet avseende lokalisering, öppettider och lokalernas utformning.

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

Tandvården för barn och ungdomar skall vara avgiftsfri för patienten.<sup>11</sup> Landstingen skall svara för att avgiftsfri uppsökande verksamhet bedrivs på särskilda boenden för äldre och funktionshindrade personer m.m., samt att dessa personer erbjuds nödvändig tandvård mot vårdavgifter som motsvarar dem som gäller för den öppna hälso- och sjukvård.

---

<sup>9</sup> Konkurrensverket (2004).

<sup>10</sup> Tandvårdslagen (1985:125).

<sup>11</sup> Landstingen kan dock ta ut en avgift om patienten på begäran ges en behandling som inte anses nödvändig.

Enligt kommunallagen<sup>12</sup> skall självkostnadsprincipen råda när det gäller folktandvårdens tandvårdstaxa. Denna innebär att avgiften skall svara mot kostnaden för den tjänst som folktandvården tillhandahåller. Landstingen har dock olika principer för sin prissättning av olika åtgärder. Vissa korssubventionerar mellan olika typer av åtgärder medan andra har kostnadsbaserade priser för varje åtgärd. I Konkurrensverkets enkät för 2003 uppgav de flesta landstingen att de tillämpade principen om full kostnadstäckning för varje åtgärd i allmäntandvården för vuxna.

Såväl SKL som Privattandläkarna har fått möjlighet att till utredningen inkomma med synpunkter på konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden mellan den offentliga och privata sektorn. Nedan återges deras synpunkter. Utredningen har inte gjort någon bedömning av rimligheten i dessa. Konkurrensfrågorna behandlas dock utförligt i avsnitt 17 och 20.

SKL har uppgett följande:

- Folktandvården kan missgynnas av att vara en del av landstingen eftersom verksamheten inordnas under förutsättningar som kan vara optimala totalt sett men inte för folktandvården. Det handlar om allt från allt för stora lokaler till att planeringsprocessen kräver tid och resurser. Därtill måste folktandvården följa landstingens generella personal- och lönepolitik, vilket begränsar möjligheterna att anpassa dessa efter folktandvårdens behov och efter vad en eventuell konkurrenssituation föranleder.
- Folktandvården måste, till skillnad från den privata tandvården, uppfylla andra krav på tillgänglighet. I detta ligger att man måste svara för tandvård i t.ex. glesbygd där kundunderlaget inte är tillräckligt för att kostnader och intäkter skall gå ihop. Vidare måste man svara för öppethållande året runt och att det finns jourtandvård. Folktandvården måste även se till att lokalerna är anpassade för funktionshindrade.
- Folktandvården rekryterar och utbildar i normalfallet övervägande delen av tandvårdspersonalen. Det gäller tandläkare inklusive specialister, tandhygienister och tandsköterskor. De privata vårdgivarna rekryterar i sin tur normalt sin personal ur folktandvårdens personalstyrka. Detta innebär att folktandvården på ett annat sätt måste bedriva ett kontinuerligt

---

<sup>12</sup> Kommunallagen (1991:900).

rekryteringsarbete, inklusive introduktion och utbildning av nyutbildad personal som saknar tillräcklig klinisk erfarenhet.

- De privata vårdgivarna kan till skillnad från folktandvården välja bort vissa patienter eller viss tandvård.
- Det finns en konkurrensnackdel i att man inom ett landsting inte kan ha olika priser på olika orter, vilket privattandläkarna kan.
- Privattandläkarna har en fördel i att de friare kan disponera överskott mellan verksamhetsår.
- Att vara stor kan ge fördelar när det gäller att få bättre priser av leverantörer men kan också skapa problem när det gäller att hitta leverantörer som klarar så stora volymer. Det kan också finnas stordriftsfördelar vad gäller lokalutnyttjande och utveckling.
- I viss utsträckning kan folktandvården ha en fördel av att vara dominerande vad gäller barn- och ungdomstandvården. Det kan innebära att många väljer att vara kvar som patienter även efter att man lämnat den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården.
- Landstingen kan till skillnad från privata vårdgivare få tillbaka ett schablonmässigt belopp från kommunkontosystemet motsvarande ingående moms. Samtliga landsting uppger att man nu hanterar återbetalningen på ett konkurrensneutralt sätt. Detta innebär att folktandvården inte skall tillgodogöras den återbetalade mervärdesskatten.

Privattandläkarna har uppgett följande:

- Än i dag finns det anledning att tro att det inom vissa landsting återförs moms som har koppling till konkurrensutsatt verksamhet. Grundproblematiken med olika regler för mervärdesskatt. Om momsfrågan skulle få en formell lösning skulle varje misstanke om snedvridning kopplat till moms kunna avskrivas. Innan denna lösning är på plats är momsfrågan att betrakta som något som snedvrider konkurrensen.
- Det finns stora brister i särredovisningen av folktandvården och transparensen i den tillgängliga redovisningen. Landstingen kan eller vill inte särredovisa kostnader och intäkter för respektive verksamhetsområde inom tandvården, dvs. barn- och ungdomstandvård, abonnemangstandvård, vuxentandvård och specialisttandvård. Detta skapar problem vid en jämförelse mellan offentlig och privat tandvård och skapar också problem

vid prissättning. Förklaringarna till bristerna i särredovisning är sannolikt flera. En huvudförklaring är att folktandvården har en verksamhet som är blandad. Å ena sidan bedrivs folktandvården i klassisk förvaltningsform, dvs. med fastställd budget, anpassning till landstings ekonomisystem etc. Å andra sidan skall folktandvården agera som en aktör på en konkurrensutsatt marknad. Att kombinera dessa två ”roller” kan naturligtvis vara svårt men ursäktar inte grundläggande krav på särredovisning och marknadsmässighet i den ekonomiska hanteringen.

- Landstingsersättningen till folktandvården för folktandvårdsspecifika kostnader handlar om mångmiljonbelopp och är därför ett, ur konkurrenssynpunkt, intressant område. Privattandläkarnas uppfattning är att det förekommer subventioner i inte obetydlig omfattning.
- Ett landsting kan för folktandvården välja att avskrika ett uppkommet underskott efter ett verksamhetsår eller att låta folktandvården medföra uppkomna underskott in i nästkommande verksamhetsår. Det kan därmed vara möjligt för ett landsting att på andra sätt hämta in ett av folktandvården orsakat underskott inom andra verksamheter eller via intäktsökningar, exempelvis skattehöjningar. Omvänt kan ett överskott inom folktandvården intecknas för annan verksamhet inom ett landsting och därmed ”förlorar” folktandvården möjlighet att medföra överskott.
- Förutom, att i första hand vara ett system för friska patienter, bidrar abonnemangstandvården till att komplicera särredovisningen. Också denna del av tandvården bör särredovisas för att utröna om systemet är självbärande. Risken finns att vanlig vuxentandvård (per åtgärd) finansierar abonnemangstandvården eller vice versa, dvs. korssubventionering mellan två ”system”. Enligt de uppgifter Privattandläkarna har tas prissättningen fram genom s.k. skuggdebitering. Det betyder att premierna är satta efter den vanliga prislistan. Om den prislistan inte har en tillräckligt hållbar grund, dvs. en bra särredovisning och kostnadstäckning, överförs felaktigheter också till nivån på premierna.

Möjligheterna att närmare analysera konkurrensförhållandena mellan privata och offentliga aktörer på tandvårdsmarknaden försvåras av att transparensen i landstingens redovisning av folktandvårdens intäkter och kostnader är för låg. Innan redovisningen blir tydligare

är det mycket svårt att uttala sig om konkurrensförhållandena. Utredningen anser därför att tydligheten i landstingens bokföring bör öka. Även Konkurrensverket har fört fram detta förslag.<sup>13</sup>

## 6.4 Summering

Tandvårdsmarknaden är långt ifrån en perfekt fungerande marknad. Det finns betydande marknadsmisslyckanden till följd av marknadsmakt och ojämnt fördelad information. Dessutom skulle staten vid en tandvårdsreform ytterligare öka sin finansieringsandel av de totala tandvårdskostnaderna. Båda dessa faktorer talar för offentliga regleringar i syfte att förbättra tandvårdsmarknadens funktionssätt och för det offentliga att noga övervaka marknaden.

Utredningen anser att ökade subventioner av tandvårdskostnaderna bör bli subventioner av patienternas priser och inte av producenterna. Subventionen skall innebära ett lägre pris för patienten än det varit utan en subvention. Utan en mer välfungerande marknad finns en risk för att en ökad offentlig subvention istället blir kostnadsdrivande.

Att huvuddelen av prisutvecklingen kan förklaras av ökade kostnader och ett uppdämt behov av prisökningar innebär att prisutvecklingen inte självklart kan tas som intäkt för behov av ökad reglering. Tandvårdsmarknaden fungerar inte perfekt men det är få marknader som gör det. Som beskrivits ovan är det svårt att reglera en marknad till effektivitet. Regleringar är ett substitut för väl fungerande konkurrens. Ambitionen bör så långt som möjligt vara att stimulera en naturlig utveckling av marknadens funktionsätt. Mot en sådan bakgrund finns det starka argument mot att använda någon form av prisreglering för att hantera marknadsmisslyckandena. Huvudalternativet bör istället vara att skapa mer välfungerande marknader.

Mer aktiva och medvetna patienter är en stor potential för en bättre fungerande marknad. Studier visar att patienterna på tandvårdsmarknaden är inaktiva och saknar information om förhållandena på marknaden. Därför behövs det åtgärder för att förbättra patienternas kunskaper om tandvårdsmarknaden. Det kan räcka om en minoritet av patienterna är aktiva, förutsatt att deras rörlighet utövar ett tillräckligt tryck på vårdgivarna.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Konkurrensverket (2004).

<sup>14</sup> Konkurrensverket (2004).



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

## 7 Modeller för ersättning av tandvård

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

### 7.1 Inledning

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

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

Incitamenten för såväl patienter som vårdgivare påverkas av hur ersättningssystemet ser ut. Det finns ett antal problem som kan uppstå i olika ersättningssystem. De angivna problemen uppstår i olika grad i de skilda ersättningssystemen, vilket beskrivs närmare i de följande avsnitten.

- Moralisk hasard – Om patienterna inte själva betalar den fulla kostnaden för sin tandvård skapas incitament för patienterna att överkonsumera vård. Ju mindre de betalar själva desto mindre måste patienterna känna konsekvenserna av sina handlingar och deras beteende kan därmed förändras. Hur stort

detta problem är avgörs av hur mycket efterfrågan påverkas av ett förändrat pris.

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

## 7.2 Fast lön

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

### 7.3 Styckeprisersättning

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

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

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

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

---

<sup>1</sup> Grytten (2005).

<sup>2</sup> Robinson m.fl. (2004).

genom exempelvis bättre tillgång på opartisk information. Ett tänkbart alternativ för att hantera vårdgivarnas makt över prissättningen är någon form av prisreglering, se avsnitt 6.

#### 7.4 Ersättning per patient (capitation)

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

Enligt en litteraturöversikt av empirisk forskning från Johansson m.fl. har ersättning per patient bl.a. följande effekter<sup>4</sup>:

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

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

En enskild vårdgivare har idag i genomsnitt 1 000–1 500 patienter. Detta innebär att förekomsten av större vårdbehov kan slå hårt mot en vårdgivares ekonomi om denne endast får ett enhetligt fast belopp per patient. En liten andel av befolkningen har mycket höga kostnader, 0,7 procent har en vårdkostnad över

<sup>3</sup> Grytten (2005).

<sup>4</sup> Johansson m.fl. (2006).

40 000 kronor, genomsnittskostnaden är i denna grupp ca 70 000 kronor. En enskild vårdgivare skulle därmed påverkas mycket ekonomiskt av att få ett fåtal fler högkostnadspatienter. Om en enskild vårdgivare har tio istället för sju sådana högkostnadspatienter skulle det innebära en ökad kostnad på 200 000 kronor.

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

För att minska både problemet med patientselektion och underbehandling används ofta riskberoende ersättningsbelopp, dvs. att summan per individ varierar beroende på individens risk. För att kunna variera beloppet beroende på risk krävs att det finns identifierbara indikatorer gällande patienten som vårdgivaren inte själv kan påverka. Det är dock svårt att finna sådana indikatorer. Grytten<sup>5</sup> menar att nivån på munhälsa inte kan användas som indikator eftersom vårdgivarna då skulle lockas att överdriva patienternas hälsoproblem för att få en högre ersättning per patient.

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

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

---

<sup>5</sup> Grytten (2005).

**Tabell 7.1 Olika former av capitation**

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

## 7.5 Olika ersättningssystem i praktiken

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

### 7.5.1 Ersättningssystem i olika länder

Olika länder har olika system när det gäller att via försäkringslösningar minska osäkerheten i invånarnas tandvårdsutgifter. Det kan sägas finnas två huvudmodeller, de som är baserade på det offentliga och de som är baserade på obligatoriska försäkringar i icke-offentliga institutioner (tabell 7.2). En annan skiljelinje mellan olika ersättningssystem går mellan universella och selektiva tandvårdsstöd.

**Tabell 7.2** Ersättningssystem i olika länder

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

*Källa:* Dental Liaison Committee (2004).

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

### Brittiska Denplan och NHS<sup>6</sup>

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

Denplan har 1,3 miljoner patienter hos över 6 000 vårdgivare (1/3 av vårdgivarna). Det som erbjuds är inte försäkringar utan avtal med vårdgivarna. Innan en patient kan teckna ett avtal inom Denplan måste patientens tandläkare bedöma tandhälsan. Avgiften sätts efter dennes nuvarande tandhälsa och revideras på årlig basis. Vårdgivarna använder 5 olika riskgrupper. Denplan erbjuder olika

<sup>6</sup> Detta avsnitt bygger på uppgifter från brittiska Department of health och BDA.



produkter med varierande täckningsgrad, patienterna kan välja att teckna avtal som endast täcker akuttandvård eller avtal som omfattar all bastandvård.

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

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

1. £15,50 (207 SEK) för något som liknar behandlingspaket 2 i dagens tandvårdsstöd, dvs. en undersökning och en förebyggande åtgärd.
2. £42,40 (568 SEK) för tandhälsobesök samt sådant som lagningar, fyllningar och utdragningar.
3. £189 (2523 SEK) för allt som ingår i ovan samt mer komplexa åtgärder som kronor och bryggor. Implantat ingår dock inte.

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

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

Den brittiska tandläkarorganisationen (BDA) menar emellertid att det nya avgiftssystemet kommer att göra det mindre lönsamt att

ansluta sig till NHS. De ser ökade problem med köer till NHS med det nya ersättningssystemet. BDA pekar på att vissa åtgärder kommer att vara förlustgivande eftersom det bara finns tre avgiftsklasser. Dessutom menas att skillnaden när det gäller de vårdstyrande egenskaperna inte är särskilt stora mellan det nya och det gamla ersättningssystemet, det handlar fortfarande om en styckeprisersättning.

### 7.5.2 Ersättningen till vårdgivare i Sverige

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

#### *Styckeprisersättning*

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

Den 1 juli 2002 infördes ett högkostnadsskydd avseende protetik för dem som fyller minst 65 år det år då vården ges (65+reformen). Det är viktigt att dra lärdom av erfarenheterna av reformen, eftersom konstruktionen tydligt visar på kontrollsvårigheterna med ett styckeprisbaserat högkostnadsskydd.

Kostnaderna för 65+reformen blev nästan tre gånger högre än vad regeringen prognostiserade. Riksrevisionen menar i en granskningsrapport att regeringen underskattat efterfråge- och behandlingsinriktningen som följde av reformen, dvs. de dynamiska effekterna, och att kostnadsberäkningarna inte tagit tillräcklig hänsyn till konsekvenserna av utökningen av gruppen inom högkostnadsskyddet från 75 år och äldre till 65 år och äldre.<sup>7</sup>

Riksrevisionen anser att konstruktionen av 65+reformen inneburit en mycket svårkontrollerad utveckling genom sin blandning av svag reglering och ofullständigt fungerande marknad. Myndig-

---

<sup>7</sup> Riksrevisionen (2006).

heten pekar på ett antal bristande förutsättningar för kostnads-kontroll:

1. Avsaknaden av egenavgifter över karensbeloppet har givit svaga incitament för patienten att hålla tillbaka efterfrågan när patienten kommit över karensbeloppet.
2. Ofullständig konkurrens mellan vårdgivare och mellan leverantörer av material – Detta leder till högre priser än vid bättre fungerande konkurrens.
3. Vid fri prissättning fungerar inte prisreglering av behandlingen så att tandvårdsersättningen också motsvarar det pris patienten betalar – Genom att endast ersättningen från staten regleras har patienternas priser varierat.
4. Förhandsprövningen har begränsad betydelse som kontroll av vilken behandling som är nödvändig – Riksrevisionen anser att Försäkringskassans normering av vad som skall räknas som nödvändig tandvård inte är tillräckligt tydlig.
5. Förhandsprövningen avgör inte om priset är skäligt utan det gör landstingsfullmäktige i respektive landsting – Variationerna i landstingens priser för olika åtgärder är stor.

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

#### *Ersättning per patient (capitation)*

Vid sidan av den dominerande styckeprisbaserade ersättningen inom dagens tandvårdsstöd finns även en capitationsbaserad ersättningsform, ersättning till abonnemangstandvård.

Försäkringskassan ersätter abonnemangstandvård enligt två åtgärder. Åtgärd 97 som avser avtal för de under 30 år och åtgärd 98 som avser avtal för de över 30 år. Båda dessa ersätts med 200 kr per

patient och år. För att få denna ersättning krävs att avtalen skall omfatta all bastandvård och löpa över två år. All tandvård ingår således inte nödvändigtvis i abonnemangstandvården.

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

År 2007 finns, sett till hela landet, drygt 5 procent av befolkningen i åldrarna 20 till 29 år i någon form av abonnemangstandvård. Andelen skiljer sig dock kraftigt åt mellan olika län. Såsom visas i tabell 7.3 finns det stora skillnader i hur abonnemangen i olika landsting är konstruerade. Det gäller framförallt antalet riskgrupper och vilka åldrar som erbjuds teckna abonnemang.

**Tabell 7.3** Antal patienter i abonnemangstandvården år 2007, antal riskgrupper, årlig patientavgift samt tillåten ålder

	Antal totalt	Varav 20–29 år	Antal risk- grupper	Årlig patientavgift (jan 2007)	Tillåten ålder
Stockholms läns landsting	2 300	2 300	3	510–1 300	20–29
Västerbottens läns landsting	5 605	4 674	8	456–4 980	20–64
Norrbottnens läns landsting	4 499	2 861	5	400–5 100	20–64
Uppsala läns landsting	6 620	3 473	13	600–9 240	20–62
Sörmlands läns landsting	13 123	3 604	11	480–9 980	20–63
Östergötlands läns landsting	6 328	2 613	7	495–8 635	20– <sup>8</sup>
Landstinget Kronoberg	1 876	1 534	6	480–10 200	20–39
Kalmar läns landsting	6 118	4 074	4	420–9 600	20–41
Blekinge läns landsting	2 381	1 670	4	516–14 124	20–41
Region Skåne	39 093	25 911	4	420–13 200	20–44
Västra Götalandsregionen	5 650	2 520	5	420–4 788	20–65
Landstinget i Värmland	15 281	4 044	16	516–16 320	20–63
Landstinget Dalarna	762	190	6	480–9 000	20–49
Landstinget i Gävleborg	10 056	4 000	4	537–5 382	20–49
Landstinget Västernorrland	73	69	8	468–4 932	20–49
Jämtlands läns landsting	1 990	1 990	6	280–6 000	20–29
<i>Totalt</i>	<i>121 755</i>	<i>65 527</i>			

*Källa:* Sveriges Folktandvårdsförening.

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

<sup>8</sup> I Östergötland finns det ingen övre åldersgräns men abonnemang erbjuds inte till patienter med hög risk.

## 8 Garantier inom tandvårdsområdet

I detta avsnitt redogörs för det skydd som patienter inom tandvården har samt redovisas en kartläggning av förekomsten av garantier m.m. inom tandvården. Slutligen analyseras situationen när det gäller garantier inom tandvårdsområdet ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

### 8.1 Dagens regler

Det finns ett flertal författningar som innehåller bestämmelser om vårdgivarens skyldigheter och patientens rättigheter när det gäller tandvård, bl.a. tandvårdslagen (1985:125), lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, patientjournallagen (1985:562) och lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Även förordningen om tandvårdstaxa innehåller bestämmelser angående detta.

Patientskadelagen (1996:779) innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och skyldighet för vårdgivaren att ha en försäkring som täcker sådan ersättning. Förutsättningen för att ersättning skall kunna ges är att skadan som uppkommit varit möjlig att undvika, att det varit fel på tandvårdsutrustningen, att diagnosen varit felaktig, att infektion tillförts behandlingen, eller att ett olycksfall inträffat i samband med tandvården eller medicin ordinerats felaktigt.

Om skadan har skett vid behandling inom folktandvården anmäler patienten skadan till Personskadereglering AB. Om vården skett hos en privat vårdgivare anmäler patienten skadan till det försäkringsbolag där vårdgivaren är försäkrad. Vårdgivaren är skyldig att upplysa patienten om i vilket försäkringsbolag vårdgivaren har sin patientförsäkring. Om patienten inte är nöjd med bedömningen hos respektive försäkringsbolag kan hon eller han vända sig till

patientskadenämnden som har rätt att pröva ärenden från alla försäkringsbolag.<sup>1</sup>

En viktig konsumentaspekt vid köp av tjänster är kunskapen om hur man kan reklamera köpet. I Konsumentverkets rapport Konsumenten och tandvårdsmarknaden<sup>2</sup> uppges att bara cirka en fjärdedel av alla tandvårdskonsumenter vet hur de skall reklamera en tandvårdstjänst som de anser är felaktig.

Konsumenttjänstlagen (1985:716) omfattar arbete på lösa saker, dock ej behandling av levande djur, arbete på fast egendom och förvaring av lösa saker. Tandvård och annan hälso- och sjukvård omfattas inte av lagen. För tjänster som omfattas av konsumenttjänstlagen gäller att tjänsten skall anses felaktig om resultatet avviker från vad konsumenten kan förvänta sig om tjänsten utförts fackmässigt. Detta gäller även om avvikelser beror på olyckshändelse eller motsvarande, sådana föreskrifter eller myndighetsbeslut som väsentligen syftar till att säkerställa att föremålet för tjänsten är tillförlitligt från säkerhetssynpunkt eller vad som därutöver är avtalat.

Enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. skall det i varje landsting finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom den tandvård som enligt tandvårdslagen (1985:125) bedrivs av landstingen. En patient hos folk-tandvården som inte är nöjd med den behandling hon eller han fått vänder sig direkt till den behandlande tandläkaren. Om frågan inte kan lösas direkt med tandläkaren kan patienten vända sig till landstingets patientnämnd. Patientnämnden försöker lösa tvisten och kan lämna rekommendationer på hur den skall kunna lösas.

Lagen om patientnämndsverksamhet m.m. omfattar inte den privata tandvården. Privattandläkarna har dock byggt upp en organisation med förtroendenämnder som liknar patientsäkerhetsnämnderna på den offentliga sidan. Om frågan inte kan lösas direkt med tandläkaren kan patienten vända sig till Privattandvårdsupplysningen som förmedlar kontakt med någon av Privattandläkarnas lokala förtroendenämnder. Förtroendenämnden försöker lösa tvisten och kan lämna rekommendationer till parterna. Om en fråga inte kan lösas av den lokala förtroendenämnden kan ärendet överlämnas till Privattandläkarnas centrala förtroendenämnd.

Socialstyrelsen har ett tillsynsansvar över tandvården. Om Socialstyrelsen anser att det bör utdelas någon disciplinpåföljd till

---

<sup>1</sup> Stockholms läns landsting (2007).

<sup>2</sup> Konsumentverket (2003).

vårdpersonal inom tandvårdsområdet kan myndigheten anmäla detta till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. HSAN är en statlig myndighet, som prövar om en yrkesutövare inom hälso- och sjukvården gjort sig skyldig till fel i sin yrkesutövning. Nämnden kan i sådana fall ålägga yrkesutövaren en disciplinär påföljd. Även den som är eller varit patient kan göra en anmälan till HSAN. Om patienten inte själv kan göra anmälan, får anmälan i stället göras av en närstående.

### *Garantier*

Fram till år 1999 innehöll tandvårdsförsäkringen en garanti gällande protetiska arbeten. Den innebar att en tandläkare inte fick ta ut arvode när vissa protetiska arbeten behövdes göras om inom viss tid. Såväl försäkringen som patienten garanterades alltså ett skydd mot kostnader som uppkom när protetiska arbeten behövdes göras om inom tiden för garantin.

Efter det att prissättningen släpptes fri år 1999 reglerar förordningen om tandvårdstaxa enbart förhållandet mellan vårdgivare och Försäkringskassa. Förhållandet mellan vårdgivare och patient regleras av vanliga civilrättsliga regler. Det innebär att alla bindande regler om vårdgivarens pris, inklusive reglerna om vårdgivarens pris för behandlingar som måste göras om, togs bort ut tandvårdstaxan. Dock anges i 26 § förordningen om tandvårdstaxa att det av prislistan skall framgå om vårdgivaren har en försäkring för att göra om protetiska arbeten.

Utöver det försäkringsskydd som enligt patientskadelagen skall ges vid felbehandlingar erbjuder vårdgivarna patienterna garantier för vissa behandlingar, vanligen protetiska behandlingar. I betänkandet Tandvården till 2010 föreslås att vårdgivarna bör utforma en garanti även när det gäller vissa delar av bastandvården.<sup>3</sup> Skälet till förslaget var att denna utredning erfarit att det ibland uppkommer missnöje hos patienter som fått betala för en åtgärd inom bastandvården som sedan inte fungerat på avsett sätt under en rimlig tid. Det kan till exempel röra sig om en fyllning som lossnat.

---

<sup>3</sup> SOU 2002:53.



*Omgörningar och återkrav*

Om en behandling inom bastandvården måste göras om berättigar den nya behandlingen till ersättning från Försäkringskassan. Ersättningen betalas ut även om behandlingen måste göras tätt efter det att den ursprungliga behandlingen gjordes eller om vårdgivaren har lämnat en garanti på behandlingen.

Under vissa förutsättningar<sup>4</sup> betalar Försäkringskassan inte ut ersättning till vårdgivaren för omgörningar vid protetiska arbeten, vilket regleras av förordningen om tandvårdstaxa. I de fall omgörningen görs av en annan vårdgivare än den som gjort den ursprungliga behandlingen lämnar Försäkringskassan ersättning till den nya vårdgivaren men får samtidigt återkräva motsvarande belopp från den första vårdgivaren.

*Vård i annat EU-land*

En person har med stöd av EG-fördraget rätt att få ersättning i efterhand för tandvård utförd i annat EU/EES-land om tandvården hade varit ersättningsberättigad i Sverige.<sup>5</sup> I dessa fall betalas ersättningen ut till patienten i efterhand. En person är bara skyldig att återbetala utbetald ersättning från Försäkringskassan om ersättningen lämnats med ett för högt belopp om någon genom att bl.a. lämna oriktiga uppgifter eller genom underlåtenhet förorsakat att det lämnats ett för högt belopp.<sup>6</sup> Om Försäkringskassan har beviljat ersättning för tandvård som är utförd i annat EU/EES-land och den behandlingen måste göras om saknar Försäkringskassan således möjlighet att kräva tillbaka den tidigare betalda ersättningen från patienten. Försäkringskassan kan inte heller neka ersättning för omgörningen om den överensstämmer med kraven i 6 § förordningen om tandvårdstaxa, dvs. är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

---

<sup>4</sup> En vårdgivare får inte tillgodoräkna sig ersättning när en behandling med avtagbar protetik helt eller delvis måste göras om inom ett år från den dag proteserna lämnades ut till patienten eller om fast protetik helt eller delvis måste göras om inom två år efter det att proteserna slutligen sattes fast. Vårdgivaren får dock tillgodoräkna sig ersättning om proteserna utförts med immediatteknik, proteserna var avsedda endast för tillfälligt bruk, patienten kan lastas för att behandlingen måste göras om eller om proteserna utsatts för yttre våld. 16 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.

<sup>5</sup> RÅ 2004 Ref 41.

<sup>6</sup> 20 kap 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

## 8.2 Kartläggning av förekomsten av garantier m.m.

Enligt utredningens tilläggsdirektiv skall utredningen kartlägga i vilken mån vårdgivarna lämnar garantier för utförd behandling och analysera situationen ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Utredaren skall vidare göra en analys av de regler som gäller för återkrav av tandvårdsersättning när behandlingar med fast eller avtagbar protetik måste göras om och bedöma hur denna fråga skall regleras i det nya tandvårdsstödet.

För att kartlägga förekomsten av garantier har utredningen låtit genomföra en enkätundersökning bland vårdgivarna angående vilka garantier som lämnas för utförd vård (se bilaga 3). Ur Försäkringskassans register över vårdgivare har ett slumpmässigt urval på 1 000 vårdgivare gjorts, varav 700 privata mottagningar och 300 folktandvårdskliniker.

### *Privattandvård*

Enligt en överenskommelse mellan Privattandläkarna och Konsumentverket lämnar medlemmar i Privattandläkarna ett års garanti för avtagbar protetik samt två års garanti för fast protetik. Garantin omfattar ersättning för den ursprungliga behandlingskosten för protetik. Därutöver får patienten betala mellanskillnaden.

Den enkätundersökning som utredningen låtit genomföra visar att drygt 90 procent av alla privata vårdgivare erbjuder någon form av garanti för någon del av de behandlingar vårdgivaren utför.

Undersökningen visar att skriftliga garantier inom behandlingsområdena konserverande och pulpakirurgiska behandlingar är ovanliga. Dock lämnar cirka 40 procent av vårdgivarna någon form av muntlig garanti på pulpakirurgiska behandlingar och drygt 60 procent på konserverande behandlingar. Medianlängden på de muntliga garantierna är 12 månader. Av de muntliga garantierna gäller 10–15 procent fullt ut hos annan vårdgivare. Det innebär att 4–5 procent av vårdgivarna ger muntliga garantier som gäller fullt ut hos annan vårdgivare för dessa behandlingar. Ytterligare cirka 15 procent av vårdgivarna ger muntliga garantier som delvis gäller hos annan vårdgivare.

Vid behandlingar med protetik lämnar drygt 90 procent av vårdgivarna garanti, av dessa lämnar cirka hälften en skriftlig garanti. Det är något vanligare med skriftlig garanti vid behandlingar med

fast protetik än vid behandlingar med avtagbar protetik. Av garantierna gäller cirka 90 procent helt eller delvis hos annan vårdgivare. Cirka hälften av vårdgivarnas garantier gäller fullt ut även hos annan vårdgivare.

Inom området tandreglering är det ovanligt med garantier, såväl muntliga som skriftliga.

Att patienten inte är nöjd med behandlingen och önskar få den omgjord på grund av bristande kvalitet är vanligast när det gäller konserverande behandlingar, där cirka 30 procent av vårdgivarna uppger att de har haft någon patient som önskat få en behandling omgjord. Inom de andra behandlingsområdena har 10–15 procent av vårdgivarna haft någon patient som önskat få någon behandling omgjord på grund av bristande kvalitet.

När man tittar på hur många vårdgivare som gjort om en behandling på grund av bristande kvalitet har cirka 60 procent av vårdgivarna gjort om en konserverande behandling. Inom de andra behandlingsområdena har mellan 10 och 30 procent av vårdgivarna gjort om någon behandling. I de fall en behandling är omgjord på grund av bristande kvalitet har patienten inte behövt betala någon del av kostnaden för den nya behandlingen. Detta gäller i stort sett hos alla vårdgivare oavsett behandlingsområde och om behandlingen omfattas av en formell garanti eller inte.

Drygt 75 procent av alla tillfrågade vårdgivare har en garantiförsäkring som gäller vid protetiska arbeten. Försäkringen innebär att vårdgivaren är återförsäkrad mot kostnader som uppstår på grund av den garanti vårdgivaren ger patienten. Inom övriga behandlingsområden är det cirka 10 procent av vårdgivarna som har en garantiförsäkring.

### *Folktandvården*

Enligt den genomförda undersökningen lämnar knappt 90 procent av alla folktandvårdskliniker någon form av garanti till patienten för någon del av de behandlingar vårdgivaren utför. Skriftliga garantier inom behandlingsområdena konserverande- och pulpakirurgiska behandlingar är ovanliga. Dock lämnar cirka 30 procent av klinikerna någon form av muntlig garanti på pulpakirurgiska behandlingar och drygt 50 procent lämnar muntliga garantier på konserverande behandlingar. Medianlängden på de muntliga garantierna är 12 månader. Av de muntliga garantierna gäller mellan

10 och 15 procent fullt ut hos annan vårdgivare. Det innebär att 4–5 procent av klinikerna ger muntliga garantier som gäller fullt ut hos en annan vårdgivare. Ytterligare cirka 15 procent av vårdgivarna ger muntliga garantier som delvis gäller hos en annan vårdgivare.

Vid protetiska behandlingar lämnar så gott som alla kliniker som utför dem garanti på arbetet. Cirka hälften lämnar muntlig garanti och cirka hälften lämnar skriftlig garanti. Cirka 85 procent av de givna garantierna gäller helt eller delvis om behandlingen utförs av annan vårdgivare. Hos cirka 60 procent av klinikerna ges garantier som gäller fullt ut hos någon annan vårdgivare.

Det behandlingsområde där det är vanligast att patienter önskar få behandlingen omgjord på grund av bristande kvalitet är konserverande behandling. Drygt 50 procent av klinikerna har haft någon patient som önskat få behandlingen inom behandlingsområdet konserverande behandling omgjord. Inom övriga behandlingsområden har 20–32 procent av klinikerna haft någon patient som velat ha en behandling omgjord på grund av bristande kvalitet.

När man tittar på de folktandvårdskliniker som gjort om behandlingar på grund av bristande kvalitet så är det vanligast inom behandlingsområdet konserverande behandling, drygt 80 procent av klinikerna har gjort om en sådan behandling. Inom de övriga behandlingsområdena har 26–38 procent av klinikerna gjort om någon behandling. I de fall en behandling har gjorts om på grund av bristande kvalitet behöver patienten inte betala något för det. Detta gäller på drygt 95 procent av alla kliniker och oavsett om behandlingen omfattades av en formell garanti eller inte.

Cirka 20 procent av folktandvårdsklinikerna har en försäkring mot kostnader i samband med garantier. I de fall klinikerna saknar en sådan försäkring belastar eventuella kostnader i samband med garantier verksamhetens totala budget.

#### *Patienternas syn på garantier inom tandvårdsområdet*

Det finns inget samlat underlag gällande patienternas syn på förekomsten av garantier inom tandvårdsområdet. Antalet tvister som blivit föremål för hantering av tandvårdsorganisationernas respektive centrala förtroendenämnd är dock relativt få, vilket kan tyda på att de flesta tvister löses lokalt eller att det är fråga om relativt få tvister. År 2005 hade Privattandläkarnas centrala förtroendenämnd tolv ärenden som avsåg ekonomiska tvister mellan

vårdgivare och patient. Dessa ärenden handlade inte uteslutande om garantier, utan avsåg även andra tvister angående priset för utförd vård. I sammanhanget kan också påpekas att både den privata tandvården och folktandvården får ett betyg över genomsnittet i Svenskt Kvalitetsindex.<sup>7</sup> Privattandvården får högst kvalitetsindex av alla tjänstemarknader.

#### *Försäkringskassans handläggning av omgörningsärenden*

Antalet ärenden hos Försäkringskassan som gäller förhandsprövningar på grund av att protetiskt arbete behöver göras om av en annan vårdgivare än den som utförde den ursprungliga behandlingen, är relativt konstant och har under de senaste åren uppgått till drygt 170 ärenden per år. År 2006 fattade Försäkringskassan beslut i 176 ärenden om utbetalning av tandvårdsersättning vid omgörningar. Av dessa beviljades ersättning i 139 ärenden. Försäkringskassan avslög 23 ärenden och 14 ärenden avskrevs eller avvisades. Även om antalet omprövningsärenden varit konstant har tandvårdsförsäkringens kostnad för omgörningar ökat, då den beviljade ersättningen för omgörningarna ökat. År 2004 var medianersättningen 15 690 kronor, vilket ökat till 25 670 kronor år 2006. År 2006 betalade Försäkringskassan ut drygt 4 miljoner kronor för omgörningar.

I de ärenden där förhandsprövning beviljats och omgörningen utfördes av annan vårdgivare än den som utförde den ursprungliga behandlingen, riktade Försäkringskassan återkrav på motsvarande summa mot den ursprungliga vårdgivaren. Inte i något ärende riktade Försäkringskassan ett högre krav mot den ursprungliga vårdgivaren än vad som utbetalats till den nya vårdgivaren.

---

<sup>7</sup> Svenskt Kvalitetsindex (2007).

### *Tandtekniska produkter*

Fram till år 1992 var det obligatoriskt för de tandtekniska laboratorierna att ha en garanti och ett återförsäkringsansvar. Den obligatoriska garantin omfattade ett år på avtagbar protetik och två år på fast protetik.

Efter det att obligatoriet togs bort rekommenderar Sveriges Tandteknikerförbund och Dentallaboratoriernas Riksförening sina medlemmar att lämna sådan garanti som fram till 1992 var obligatorisk, dvs. ett år för avtagbar protetik och två år för fast protetik. En del av de tandtekniska arbetena inhandlas från tandtekniska laboratorier i andra länder, vilka inte omfattas av dessa rekommendationer.

## **8.3 Summering och slutsatser**

Utredningen skall enligt tilläggsdirektiven analysera vad dagens situation gällande garantier innebär ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Frågor som är kopplade till patientens medicinska säkerhet regleras av tandvårdslagen, lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och patientskadlagen och hanteras på samma sätt inom tandvården som inom övrig hälso- och sjukvård. Utredningen har därför valt att tolka frågan om vad garantier skulle innebära för patientsäkerheten utifrån ett ekonomiskt perspektiv.

Den genomförda enkätundersökningen visar att vårdgivarna anser att de i relativt stor utsträckning gör om behandlingar som inte motsvarar förväntad kvalitet utan att patienten behöver betala något för omgörningen. Detta gäller oavsett om behandlingen omfattats av en formell garanti eller inte.

Förekomsten av garantier, såväl muntliga som skriftliga, är vanligast när det gäller protetiska behandlingar, där i stort sett alla vårdgivare ger garanti på utfört arbete. Garantins längd motsvarar den period då Försäkringskassan inte betalar ut någon ersättning för omgörningar, dvs. ett år för avtagbar protetik och två år för fast protetik.

Vårdgivarnas garantier omfattar inte alltid omgörningar hos annan vårdgivare. Detta kan innebära en viss otrygghet för patienten eftersom frågan om kostnaden för en omgörningen hos en annan vårdgivare delvis är oreglerad. Privattandläkarnas överenskommelse med Konsumentverket innebär dock att patienten hålls

skadeslös vid omgörning av annan vårdgivare såvitt avser protetiska behandlingar.

Utredningen anser att det är viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv att patienten har möjligheten att välja att en annan vårdgivare, än den som utförde den ursprungliga tandvårdsbehandlingen, skall göra om behandlingen. En förutsättning för att patienten skall ha denna möjligheten är att frågan om den nya vårdgivarens ersättning för omgörningen är löst. Den nya vårdgivaren skall få betalt för behandlingen men patienten skall inte behöva betala något för den. Samtidigt är det rimligt att den ursprungliga vårdgivaren blir återbetalningsskyldig till patient och Försäkringskassan.

Om vårdgivaren har en garantiförsäkring hanteras frågan om regleringen av kostnaden för omgörningen av det protetiska arbetet genom att den ursprunglige vårdgivarens försäkringsbolag fastställer om ärendet omfattas av omgörningsgarantin eller inte. Försäkringsbolaget kan använda Försäkringskassans förhandsprövning gällande omgörningsbehovet som beslutsunderlag.

När försäkringsbolaget fastställt att omgörningen omfattas av försäkringen behöver patienten inte betala något för omgörningen, oavsett om behandlingen görs om av den ursprungliga vårdgivaren eller en annan vårdgivare. I det senare fallet betalar Försäkringskassan, efter förhandsprövning, ut ersättning från tandvårdsstödet till den nya vårdgivaren. Patienten betalar mellanskillnaden mellan vårdgivarens pris och Försäkringskassans ersättning, men får tillbaka det hon eller han betalat för den ursprungliga behandlingen från den ursprunglige vårdgivaren.

I de fall där vårdgivaren saknar en garantiförsäkring är osäkerheten större såvitt avser omgörning som utförs av annan vårdgivare än den som ursprungligen utförde behandlingen. I dessa fall betalar Försäkringskassan, efter förhandsprövning, ut ersättning till den nya vårdgivaren. Patienten får betala den nya vårdgivaren för mellanskillnaden mellan den nya vårdgivarens pris och ersättningen från tandvårdsstödet. Därefter får patienten kräva den ursprungliga vårdgivaren på ersättning motsvarande patientavgiften för den ursprungliga behandlingen. Om parterna inte kommer överens måste frågan lösas genom gängse civilrättsliga regler. Försäkringskassans beslut att omgörningen skall berättiga till ersättning, kan naturligtvis vara ett stöd för patienten i dessa fall.

Enligt enkätundersökningen är det relativt vanligt att patienter önskar få en behandling omgjord på grund av att den inte mot-

svarar förväntad kvalitet, främst inom behandlingsområdet konserverande behandling. Det bör dock påpekas att enkätundersökningen inte fångar upp hur många patienter som önskat få en behandling omgjord och som verkligen har fått en omgörning. När utredningen studerar i vilken utsträckning vårdgivarna anser att de gjort om behandlingar på grund av bristande kvalitet överstämmer dessa siffror relativt väl med siffrorna för när vårdgivarna anser att patienten vill ha en behandling omgjord. Noterbart är dock att en större procentuell andel vårdgivare har gjort om någon behandling än motsvarande siffra för patientens missnöje. Detta tyder på att vårdgivare även gör om behandlingar då de i senare undersökningar upptäcker att en tidigare behandling inte motsvarat förväntad kvalitet, även om patienten inte upptäckt det än.

Det som berörs i den genomförda enkätundersökningen är i vilken utsträckning vårdgivarna ger garantier på utfört arbete samt hur vårdgivarna ser på förekomsten av behandlingar som måste göras om på grund av bristande kvalitet. Någon motsvarande undersökning om hur patienterna upplever situationen finns inte. Utredningen konstaterar dock att antalet ärenden som inte löses lokalt är relativt litet. Tandvården i allmänhet och privattandvården i synnerhet får mycket höga värden i Svenskt Kvalitetsindex, vilket är ytterligare en faktor som indikerar att dagens reglering av garantier inte kan anses vara otillräcklig i någon större utsträckning.

Ur ett konsument- eller patientperspektiv är det centralt att det finns en grundtrygghet vid genomförandet av tandvårdstjänster och tillräckliga garantier. Även om konsumenttjänstlagen inte är tillämplig på tandvårdstjänster anser utredningen att den principiella utgångspunkten bör vara att regelverket gällande garantier inom tandvården inte på något avgörande sätt bör skilja sig från regelverket gällande garantier för övriga tjänster. Utredningen anser därför inte att det bör regleras om obligatoriska garantier inom tandvården, utan att garantier i stället bör vara en fråga mellan vårdgivare och patient. Konsumenttjänstlagens andemening bör gälla även inom tandvårdsområdet och patienten skall givetvis ha en möjlighet att reklamera en tjänst som han eller hon inte är nöjd med. Frågan om förekomsten av garantier på tandvårdsmarknaden bör dock följas noga och åtgärder vid behov vidtas om det skulle visa sig att patientsäkerheten inte tryggas i tillräcklig utsträckning.



## 9 Tandvård till fast pris

I detta avsnitt analyseras förutsättningarna för ett försäkringsliknande system inom tandvården, s.k. tandvård till fast pris. Ett antal centrala frågeställningar för utvecklingen av ett sådant system beskrivs. Avslutningsvis redogörs för utredningens bedömningar av den fortsatta utvecklingen av abonnemangständer.

### 9.1 Motiv för tandvård till fast pris

Utredningen har i ett delbetänkande<sup>1</sup> analyserat frågan om hur den statliga finansieringen av tandvård kan förändras för att skapa tydligare incitament för patient och vårdgivare att agera förebyggande samt att skapa en bättre förutsägbarhet och kontroll över patientens och statens utgifter.

Utredningens slutsats är att ett nationellt system med tandvård till fast pris, även kallat capitation, har ett antal egenskaper som är att föredra framför alternativet, ett styckeprisbaserat system. Ett ersättningssystem som bygger på att vårdgivaren får en viss summa per patient oavsett hur mycket behandling vårdgivaren utför på patienten innebär att vårdgivaren inte har ekonomiska incitament att överbehandla patienten. Systemet skapar tydliga ekonomiska incitament för vårdgivarna att prioritera förebyggande insatser. Dessutom innebär ett sådant system bättre förutsättningar för att få förutsägbara tandvårdskostnader för patienter och staten.

En renodlad capitationslösning skulle även, förutsatt god konkurrens, innebära bättre förutsättningar för att vårdresurserna fördelades efter var befolkningen bor. Med ett styckeprisbaserat system fördelas istället vårdresurserna efter var det är möjligt för vårdgivaren att utföra flest åtgärder. Om marknaden fungerar dåligt och vårdgivarna skapar sin egen efterfrågan så underlättar ett

---

<sup>1</sup> SOU 2006:71.

styckeprisbaserat system det för vårdgivarna att själva välja var de skall lokalisera sig. Detta riskerar försämra möjligheterna att få en tandvård på lika villkor över hela landet.

I den allra enklaste formen av ersättning per capita betalas vårdgivaren en fast summa per patient oavsett patientens tandhälsa. Om antalet patienter hos varje vårdgivare är tillräckligt stort så sker en riskspridning. Hur stort antalet patienter behöver vara beror på spridningen i patienternas vårdbehov. Ju större spridning desto fler patienter krävs för att nå riskspridning. Om vårdgivaren får lika mycket betalt för patienter med olika behandlingsbehov får vårdgivaren starka incitament att endast ta hand om patienter med litet behandlingsbehov. För att minska problemen med patientselektion och underbehandling används ofta riskberoende capitationsbelopp, dvs. att summan per individ varierar beroende på individens risk.

Förutom angivelsen av vissa grundläggande egenskaper i ett system med tandvård till fast pris har den närmare utformningen av systemet inte definierats. Utredningen angav dock i delbetänkandet att ett sådant system bör utformas på ett sätt som renodlar försäkringsmässigheten så långt som möjligt. Andra viktiga aspekter är bl.a. finansiell hållbarhet och förutsägbarhet samt en hälsobefrämjande inriktning.

I detta avsnitt beskrivs den grundläggande frågan om hur förutsättningarna för ett försäkringsliknande system ser ut inom tandvården samt identifieras ett antal centrala frågeställningar för att ett sådant system skall kunna utvecklas. Utredningen menar att ett system med tandvård till fast pris utformat enligt försäkringsmässiga principer är ett intressant alternativ till styckeprisbaserad finansiering av tandvård. Tilläggsdirektiven till utredningen anger dock att den huvudsakliga inriktningen för det nya tandvårdsstödet skall vara att ersättning lämnas per utförd åtgärd, men att möjligheterna att erbjuda abonnemangstandvård skall finnas kvar. Mot bakgrund av detta avstår utredningen från att lämna några förslag kring utvecklingen av tandvård till fast pris och koncentrerar i stället analysen på förutsättningarna för en fortsatt utveckling av den befintliga abonnemangstandvården.

Då utredningens bedömning är att frågor kring incitamentsstruktur och tandhälsoeffekter kommer att vara fortsatt aktuella även i det reformerade tandvårdsstödet görs en genomgång och analys av frågan om en försäkringsliknande utformning av det statliga tandvårdsstödet. Utredningens förhoppning är att detta under-

lag skall kunna bidra till en fortsatt utveckling av dessa frågor på längre sikt.

En generell iakttagelse är att det finns behov av att utvärdera effekterna, såväl i kostnads- som i hälsotermer, av olika sätt att finansiera tandvård. Detta gäller både styckeprisbaserade system och capitationsbaserade system. Utredningen har därför lämnat ett antal förslag som handlar om insatser för bättre uppföljning och utvärdering.

## 9.2 Utformning av en nationell modell

Ett försäkringssystem för tandvårdskostnader, av utredningen benämnt tandvård till fast pris, är ett sätt att hantera osäkerhet för både patienter och det offentliga. För personer som ogillar osäkerhet är tandvård till fast pris, förutsatt att premien är aktuariskt<sup>2</sup> satt, välfärdshöjande eftersom patienternas risktagande minskar.

För att tandvård till fast pris skall vara ett effektivt skydd mot höga kostnader för alla patienter måste systemet kraftigt subventionera kostnaden för avtalen för de patienter som har de största tandvårdsbehoven. Annars kommer många patienter med hög risk inte ha råd att betala sin premie. Ett system med tandvård till fast pris måste alltså konstrueras så att det kan omfatta patienter inom alla riskklasser.

Utredningen anser att ett heltäckande system med tandvård till fast pris bör utformas på ett sätt som så långt som möjligt renodlar försäkringskaraktären i tandvårdsstödet men också möjliggör att alla individer skall kunna omfattas. Ingen skall behöva avstå från tandvårdsförsäkring av ekonomiska skäl. Grundprincipen bör därför vara att de som har de största riskerna och tandvårdsbehoven skall få den största subventionen. Subventionen bör därmed vara differentierad efter vårdbehovet, för att möjliggöra att avtalen omfattar fler än dem med relativt litet vårdbehov. En differentiering av de statliga subventionerna kräver enhetliga och kontrollerbara riskgrupper.

Vidare behöver tandvård till fast pris utformas med utgångspunkten att modellen skall vara lämplig för såväl privata som offentliga vårdgivare och innehålla komponenter som underlättar

---

<sup>2</sup> Med aktuariskt satta premier avses att premierna sätts utifrån den sannolikhet varje försäkringsstagare har att råka ut för skada.

t.ex. riskspridning för enskilda vårdgivare. För patienter som flyttar måste möjligheten finnas att flytta sitt avtal till en ny vårdgivare.

### 9.3 Hur fungerar en försäkring?<sup>3</sup>

En försäkring hanterar risk, dvs. sannolikheten för att något skall inträffa. Försäkringen övertar individens risk genom att den ger försäkringstagaren en ekonomisk kompensation för den skada som uppstår.

En försäkring sprider risker. Idén med försäkringar är att många delar på risken men bara några drabbas. Det ligger en stor vinst i att inte samtliga individer behöver ha ett sparande som täcker kostnaden om exempelvis huset skulle brinna ned. Risken för detta är liten men de ekonomiska konsekvenserna om detta händer kan bli allvarliga. I stället kan ett försäkringskollektiv tillsammans betala i proportion till hur stor risken är.

Enligt försäkringsteori brukar en optimal försäkring karaktäriseras genom att den uppfyller tre kriterier. För det första antas fri konkurrens på försäkringsmarknaden vilket medför att försäkringsbolagens vinst, justerat för normal kapitalavkastning, blir noll. Alternativt finns det ett monopolföretag där premierna regleras så att den långsiktiga vinsten blir noll. Ett andra villkor är att premierna är aktuariskt satta. Det innebär att de premier som försäkringstagarna betalar skall motsvara försäkringstagarens förväntade skadekostnad. Det tredje kriteriet som en optimal försäkring skall uppfylla är att försäkringstagaren skall kunna försäkra sig mot hela risken. Det innebär att den enskilde individen får fullständig kompensation för den skada som denne lidit.

Teorin kring den optimala försäkringen vilar på två viktiga antaganden. För det första antas individen inte kunna påverka sannolikheten att drabbas av en skada, dvs. individens beteende påverkas inte av att försäkringen har tecknats. För det andra antas att försäkringsgivaren känner till den enskilde individens risk för att drabbas av en skada, åtminstone lika bra som den enskilde, och därmed kan sätta rätt premie på försäkringen. Förutsättningarna för dessa antagande diskuteras under avsnitten moral hazard ex ante och adverse selection.

---

<sup>3</sup> Principresonemangen i avsnittet är hämtade från Grönqvist (2004).

*Moral hazard ex ante*

Den optimala försäkringen bygger på antagandet att risken för att drabbas av en skada inte kan påverkas av försäkringstagaren. I praktiken är dock detta mycket ovanligt. Det finns exempelvis en rad kunskaper om hur kost- och motionsvanor påverkar människors hälsa. Dessa kunskaper kan anses vara så välkända att i princip varje individ vet hur deras beteende påverkar hälsan. Om preventiva aktiviteter har en direkt kostnad för individer har deras beteende en viss tendens att förändras när någon annan, helt eller delvis, bekostar konsekvenserna av deras handlande. Den optimala försäkringen får därför endast ses som en teoretisk beskrivning.

Vilka blir då de försäkringsmässiga konsekvenserna av förekomsten av moral hazard? Eftersom individens agerande förändras när kostnaden för ett riskfyllt beteende minskar kommer tecknandet av en försäkring att leda till att sannolikheten för en skada ökar. Därmed ökar även försäkringspremien. De ekonomiska konsekvenserna blir en välfärd förlust eftersom onödigt mycket resurser används till försäkringen.

Problemet med moral hazard förkommer oavsett om försäkringen erbjuds på en frivillig försäkringsmarknad eller i form av en obligatorisk offentlig försäkring.

Ett faktum som gör att problemet med moral hazard inte behöver vara lika stort inom hälsoförsäkringar som sakförsäkringar är att bristande prevention har i sig självt ett pris för patienten. Individen möter således inte bara en finansiell risk utan även en hälsorisk. Om individen upplever att obehaget av en bristande prevention är tillräckligt stort behöver därför inte moral hazard vara ett så stort problem i en hälsoförsäkring. Att en patient har en sjukförsäkring eller tandvårdsförsäkring behöver därför inte leda till att dennes beteende förändras när försäkringen tecknats. Kunskapen om förekomsten av moral hazard är dock fortfarande för liten för att på ett säkert sätt kunna uttala sig om vilka effekter detta har på försäkringstagarens agerande.

*Moral hazard ex post*

Inom den hälsoekonomiska litteraturen skiljer man vanligtvis på moral hazard ex ante och moral hazard ex post. När individen har tecknat en försäkring innebär det att priset på vård minskar då

behov uppstår. Därmed kan individens vårdkonsumtion förväntas öka. Om försäkringsgivaren inte har strikta kriterier för vad som skall göras inom ramen för försäkringen kan den asymmetriska informationen mellan vårdgivare och patient leda till moral hazard ex post. Det innebär att individen konsumerar mer och dyrare vård än vad som var tänkt när försäkringen tecknades.

Moral hazard ex post kan enklast beskrivas genom ett exempel där en patient har en försäkring som ger fullständigt skydd. I händelse av skada är patientens pris på vård noll. Om det finns ett flertal olika behandlingar i varierande prisklass som kan vara lämpliga för patienten kommer denne att efterfråga den dyraste och bästa behandlingen för att få så stor nytta som möjligt av sin försäkring. Försäkringen undanröjer därmed patientens exponering för risk men ökar samtidigt vårdkonsumtionen. Därmed blir inte försäkringen samhällsekonomiskt effektiv eftersom mer vård än nödvändigt produceras. Vid en frivillig försäkring innebär konsumtionsökningen högre premier.

Resonemanget kring moral hazard ex post bygger på att individen själv kan bedöma värdet av sin vårdkonsumtion. Om patienten däremot underskattar värdet av sin konsumtion behöver den ökade konsumtionen inte vara ett lika stort problem.

#### *Adverse selection*

Den optimala försäkringen bygger också på antagandet att försäkringsgivaren känner till den enskilde individens risk för att drabbas av skada och därigenom kan sätta ett relevant pris på premien. Vanligtvis förekommer dock asymmetrisk information dvs. att försäkringstagaren känner till mer om den egna risken än vad försäkringsgivaren gör. Försäkringsgivaren får därmed svårt att sätta premier som är relaterade till individens risk.

Problemet med adverse selection kan enklast illustreras med ett exempel med två olika riskgrupper, där en grupp har en hög risk för att en skada skall inträffa och en grupp har en låg risk. Om försäkringsgivaren inte kan identifiera vem som hör till respektive grupp kommer denne erbjuda en försäkring där premien baseras på den genomsnittliga risken. För högriskgruppen kommer försäkringen att framstå som mycket fördelaktig eftersom den förväntade avkastningen är större än den betalda premien. På motsvarande sätt blir en sådan försäkring ogynnsam för lågriskgruppen, som får

betala en premie som är högre än den förväntade avkastningen. På en marknad där det är frivilligt att ansluta sig till försäkringen, kan endast de med hög risk komma att teckna försäkringen, vilket gör att försäkringsgivarens intäkter blir lägre än de förväntade utgifterna då premien är för lågt satt.

På en försäkringsmarknad med frivilliga kontrakt blir konsekvensen av adverse selection att försäkringsgivaren måste försöka teckna separata kontrakt med grupper av individer som representerar samma risk. Om detta inte är möjligt tvingas försäkringsbolagen erbjuda en försäkring som inte är optimal och i sämsta fall misslyckas marknaden med att erbjuda en försäkring.

*Hur kan en tandvårdsförsäkring hantera moral hazard och adverse selection?*

Hur en försäkring skall utformas för att hantera problemet med moral hazard beror i stor utsträckning på vilken information försäkringsgivaren har om den enskilde individens riskbeteende. Om försäkringsgivaren har perfekt information kan en optimal försäkring som ger fullt skydd till alla erbjudas. I det fall försäkringsgivaren inte har perfekt information om försäkringstagaren, dvs. försäkringsgivaren och försäkringstagaren har olika kunskaper om individens sannolikhet för att drabbas av skada, kan försäkringen utformas så att försäkringstagaren blir mindre riskbenägen. Detta löses vanligtvis genom att låta försäkringstagaren teckna en försäkring som inte ger fullt skydd, dvs. försäkringstagaren får betala en självrisk/egenandel då en skada inträffar.

Ett viktigt komplement till självrisk är att försäkringsgivaren kontrollerar att de villkor som satts upp för försäkringen efterlevs. Är kontrollen inom försäkringen svag tenderar självrisk i försäkringen att öka. I extrema fall kan en svag kontroll leda till en mycket hög självrisk. Försäkringen urholkas då eftersom individer själva tvingas bära en del av den risk de vill undvika. Försäkringen får i detta fall mer karaktären av ett bidrag. Ett effektivt kontrollsystem möjliggör således en lägre självrisk.

Problemet med adverse selection kan hanteras på flera olika sätt. Alla sätt är dock förknippade med en kostnad. En lösning är att teckna separata kontrakt med respektive riskgrupp. Separata kontrakt kommer dock endast att fungera om hög- och lågriskgrupper går att separera. Sådana kontrakt leder därför till en

kostnad för fördjupad riskbedömning. Om hög- och lågriskgrupper är svåra att separera kan kontrakt utformas så att individerna själva avslöjar vilken riskgrupp de tillhör. Kontraktet för lågriskgruppen måste då genom en självrisk göras oattraktivt för högriskgruppen. Det kan t.ex. ske genom olika premiestructurer för de olika riskgrupperna. Självrisk innebär dock att försäkringslösningen inte blir optimal eftersom individen inte tillåts att försäkra hela risken.

Ytterligare ett sätt att hantera problemet med adverse selection är att en försäkringsgivare erbjuder en gruppförsäkring till ett specifikt försäkringskollektiv eller att staten gör försäkringen obligatorisk. Även detta medför att försäkringen inte kan betraktas som en optimal försäkring då välfärdsförluster uppkommer genom att individen inte själv kan välja vilket försäkringskydd hon eller han vill ha, utan tvingas in i den kollektiva lösningen.

#### 9.4 Finns det en försäkringsbar risk inom tandvård?

En risk kan sägas finnas när man vet att en händelse kan inträffa men inte om och när den kommer att göra det. Det är bara sådana händelser som lämpar sig för en försäkring.

Tandvården kan grovt sägas karaktäriseras av två typer av konsumtion. Den ena avser de rutinundersökningar som alla patienter behöver genomgå. Alla behöver inte gå lika ofta, men alla behöver gå regelbundet. Denna tandvårdskonsumtion kan inte sägas vara en risk, eftersom det inte finns någon osäkerhet om denna händelse skall inträffa eller ej. Denna del av tandvård lämpar sig mot en sådan bakgrund inte för en försäkringsliknande modell.

Den andra typen av tandvårdskonsumtion avser insatser för att reparera uppkomna skador och rehabilitera funktioner i munhålan. Hur omfattande tandvårdsbehoven blir och när de kommer att uppstå är mer eller mindre svårt att förutsäga. Ett sådant tandvårdsbehov kan sägas vara en risk, dvs. risken för att drabbas av problem som kräver omfattande och därmed kostnadskrävande tandvårdsinsatser. Vi vet att vi kan drabbas av sjukdom eller annan skada i munnen, men vi vet inte om och när detta inträffar.

Det finns i huvudsak två sätt att skydda patienten mot risken att drabbas av höga tandvårdskostnader. Ett sätt är att staten finansierar en viss del av kostnaden genom ett styckeprisbaserat skydd mot höga kostnader. Ett sådant system är enkelt och väletablerat inom



tandvården. Tredjepartsfinansiering skapar dock incitamentsproblem. När två parter skall komma överens om vad som skall göras och en tredje skall betala huvuddelen av detta är risken stor att mer och dyrare vård utförs än vad som är nödvändigt. Detta problem är särskilt påtagligt inom tandvården då antalet möjliga behandlingsalternativ i samma situation kan vara flera och alternativen skilja sig kraftigt åt i kostnader.

Ett annat sätt att skydda patienten mot höga kostnader är att ha ett försäkringssystem som hanterar riskerna, av utredningen benämnt tandvård till fast pris. Fördelen med ett sådant system är att det sprider risker och, rätt utformat, undviker incitamentsproblemen som förknippas med tredjepartsfinansiering. En uppenbar nackdel är dock att något sådant system inte existerar i dag och att det finns behov av ”produktutveckling”, dvs. skapa en balans mellan marknadsmässighet och socialförsäkringsmässighet (försäringen skall vara tillgänglig för många/alla).

Utifrån det förda resonemanget kan följande slutsatser dras.

1. Det finns en risk inom tandvården, nämligen risken att drabbas av höga tandvårdskostnader. Denna risk bör patienten kunna försäkra sig mot.
2. Risken varierar kraftigt mellan patienterna. Ett objektiva kriterium är ålder, därutöver finns ett stort antal subjektiva kriterier.
3. Om tandvård till fast pris skall fungera som en försäkring skall modellen åstadkomma två centrala saker: (i) skydda mot höga kostnader och (ii) sprida riskerna.
4. En sådan försäkring behöver vara tillgänglig för många/alla. Detta gör att frågan om balansen mellan marknadsmässighet och ”socialförsäkringsmässighet” behöver vägas.

## **9.5 Kan tandvård till fast pris utvecklas som en försäkringslösning?**

Utredningen kan konstatera att processen för att utveckla tandvård till fast pris på nationell basis omfattar ett stort antal i sig komplexa frågeställningar. Nedan redovisas de centrala frågeställningar utredningen menar är grundläggande för en fortsatt diskussion.

### 9.5.1 Vad skall försäkras?

Ett grundläggande ställningstagande för en försäkringsmässig tandvårdsförsäkring är att bestämma vad försäkringen skall omfatta. Existensberättigandet för en försäkring vilar på förekomsten av risk. Finns det ingen risk finns det inte heller något behov av en försäkring eftersom individen då enkelt kan överblicka sina kostnader. Förekomsten av risk bygger på att vi inte vet om en händelse kommer att inträffa. Om det finns en risk är en försäkring ett samhällsekonomiskt effektivt sätt hantera denna. Varje enskild individ behöver inte spara pengar till oförutsedda händelser som inträffar relativt sällan eller aldrig men som om de inträffar innebär stora kostnader för individen. Idén med försäkringen är således att många delar på risken men bara några få drabbas.

Inom tandvården kan tandvårdskonsumtionen delas upp i två olika komponenter. En del består av kontinuerliga besök av undersökande och förebyggande karaktär som alla patienter behöver genomgå. Här finns knappast något inslag av risk då kostnaden för individen är välkänd och lätt att förutsäga. Den andra delen av tandvårdskonsumtionen består av insatser för att reparera och rehabilitera uppkomna skador i munnen. För detta tandvårdsbehov är det svårare att förutsäga vem som kommer att drabbas och när det i så fall kommer att inträffa. Denna typ av tandvård kan sägas bestå av ett riskmoment och är således lämpad för att hanteras inom ramen för en försäkring.

En slutsats av detta resonemang är att man inom tandvården bör kunna försäkra sig mot risken för höga tandvårdskostnader och inte försäkra den tandvård som har karaktären av nödvändig baskonsumtion. Kostnaderna kan dock vara så höga att statliga subventioner kan behövas för att uppnå en konsumtionsnivå som är samhällsekonomisk nyttig. Inom tandvårdsområdet kan exempelvis en subvention av förebyggande tandvård bidra till att sådan vård inte underkonsumeras.

### 9.5.2 Vem skall vara försäkringsgivare?

Ett andra ställningstagande som behöver göras är vem som skall vara försäkringsgivaren. Att staten på ett eller annat sätt är involverad i en tandvårdsförsäkring får nästan ses som en självklarhet men det behöver inte nödvändigtvis vara staten som är

försäkringsgivare. En tandvårdsförsäkring skulle kunna erbjudas via privata försäkringsbolag med tydliga statliga riktlinjer för vad försäkringen måste innehålla.

I den ekonomiska litteraturen brukar en statlig intervention på en marknad motiveras utifrån två olika argument. Ett argument har fördelningspolitiska grunder där en marknadslösning kan leda till en skev fördelning av levnadsstandarden i vid bemärkelse. På en försäkringsmarknad där det finns liten informationsasymmetri mellan försäkringsgivare och försäkringstagare kan separata kontrakt erbjudas till personer i olika riskgrupper. Det medför dock att om det finns stora skillnaderna mellan gruppernas sannolikhet att drabbas av en skada kommer premierna mellan riskgrupper variera förhållandevis mycket. För patienter med hög risk kan premierna bli så höga att själva idén med en försäkring urholkas. I många fall har inte heller patienterna ekonomiska möjligheter att teckna en sådan försäkring. Det skapas alltså fördelningsmässiga argument för staten att engagera sig på en sådan marknad.

Ett annat argument för en offentlig inblandning är marknadsmisslyckanden. En typ av marknadsmisslyckande som förekommer inom försäkringsområdet är problemet med adverse selection. Adverse selection uppkommer om det råder informationsasymmetri mellan försäkringsgivare och försäkringstagare som gör det svårt att på ett korrekt sätt riskklassificera patienter. Individer som vet att de har en lägre risk än vad försäkringsgivarens riskbedömning visar är mindre benägna att teckna en försäkring eftersom försäkringen är för dyr i förhållande till deras risk. När patienter med låg risk lämnar försäkringen tvingas försäkringsgivaren att höja premierna, vilket medför att fler patienter tycker att försäkringen är för dyr. Tillgången till försäkringsskydd blir därmed begränsad då försäkringsgivaren inte kan erbjuda aktuariskt riktiga premier till alla patienter och det uppstår ett slags marknadsmisslyckande. Problemet med adverse selection uppkommer endast om försäkringen är frivillig.

En allt vanligare uppfattning inom försäkringslitteraturen är dock att adverse selection inte är så vanligt förekommande inom hälsoförsäkringar. Försäkringsgivarens information om individens hälsostatus är i många fall god, och försäkringsgivaren vet ofta mer om patientens hälsa än patienten själv. Detta kan även anses gälla inom tandvården där tandläkaren genom att studera patientens tandstatus har en bättre bild av patientens risksituation än denna själv. Det torde därför vara relativt enkelt att försäkra sig i den

riskgrupp som man tillhör vid den aktuella tidpunkten. Finns det svårigheter med riskklassificeringen kan man i en marknadsutsatt försäkring korrigera felaktiga riskbedömningar i efterhand genom att premien för den kommande försäkringsperioden justeras. Nackdelen med detta är dock att patienten inte kan få ett fullgott skydd mot exempelvis höga tandvårdskostnader då premien vid skada kan komma att justeras. Många gånger är det just risken för att hamna i en allt för hög riskgrupp som individen vill försäkra sig emot. Något som en helt privat lösning ofta inte kan erbjuda. Möjligheten att justera premierna för nästkommande försäkringsperiod kan dock ha en positiv inverkan på förekomsten av moral hazard då patienten vet att om den missköter sig kommer försäkringen att bli dyrare i framtiden.

För att en privat försäkringslösning skall bli långsiktig hållbar krävs att det skapas goda incitament för såväl vårdgivare som patienter. En försäkring som erbjuds av privata försäkringsbolag riskerar att få problem med både utbudsstyrd efterfrågan och moral hazard ex post. Vårdgivaren har i en sådan försäkring inga incitament att begränsa tandvårdskonsumtionen eftersom ökad konsumtion inte är förknippad med någon ytterligare kostnad för tandläkaren. Patienten har inte heller något incitament att begränsa tandvårdskonsumtionen då en försäkrad patient kommer att efterfråga den bästa tandvård som kan erbjudas, vilket inte alltid är den mest kostnadseffektiva. Både vårdgivaren och patienten har således incitament som verkar för en ökad tandvårdskonsumtion. Moral hazard ex post kan delvis hanteras via en egenavgift och tydliga kriterier för vilket tandvård som skall ersättas.

Vårdgivarens incitament att begränsa tandvårdskonsumtionen är dock svår att hantera i ett sådant system. För att vårdgivaren skall få tydliga incitament att begränsa tandvårdskonsumtionen krävs att denne på ett eller annat sätt är med och delar på risken. Detta skulle kunna ske genom ett försäkringskontrakt som utgår från vårdgivaren, men det innebär samtidigt att risken för undervård kan öka. Ett sätt att hantera detta är genom tydliga kriterier för vad kontraktet skall omfatta i kombination med en egenandel för patienten och möjligheten att överpröva vårdgivarens beslut till en förtroendenämnd.

Svårigheten med att låta varje enskild vårdgivare vara försäkringsgivare är dels att dessa inte har någon erfarenhet av att bedriva försäkringsrörelse, men också svårigheten för mindre vårdgivare att

poola risker.<sup>4</sup> Problemet med vårdgivares finansiella riskexponering skulle kunna hanteras genom att dessa erbjuds en återförsäkring hos staten eller hos privata försäkringsbolag.

En avgörande fråga för en tandvårdsförsäkrings långsiktiga legitimitet är förmågan att definiera vilken tandvård som skall omfattas av försäkringen och möjligheten att efterleva dessa kriterier. Ju mer omfattande och generös en försäkring är desto viktigare är det att se till att inga andra än de som uppfyller villkoren får ersättning från försäkringen. Huruvida en privat eller offentlig lösning är bäst skickad att hanteras detta är inte helt självklart. Man kan dock konstatera att incitamenten till preventivt arbete men också till att agera portvakt i ett försäkringssystem är betydligt tydligare i en privat lösning än i en offentlig. För ett privat bolag är varje försäkringsärende som kan avstyras ett bidrag till en ökad vinst för försäkringen och möjligheter för dess administratörer att ta del av denna vinst. I en offentlig lösning finns inte samma incitament på individnivå då det är ovanligt med bonussystem för tjänstemän i offentlig tjänst.

De fördelningsmässiga grunderna och risken för marknadsmisslyckande är argument för att en tandvårdsförsäkring skall administreras i statlig regi. Om lösningen istället söks på den privata försäkringsmarknaden behöver staten på något sätt subventionera premierna för de med den högsta risken så att även denna grupp tillförsäkras ekonomiska möjligheter att teckna en tandvårdsförsäkring.

### 9.5.3 Obligatorisk eller frivillig försäkring?

Huruvida en försäkring skall vara frivillig eller obligatorisk handlar i stor utsträckning om vilket ansvar för att hantera den egna risken som skall läggas på den enskilda individen. En frivillig försäkring får till följd att alla individer inte kommer att ha ett försäkringsskydd. Antingen för att de själva väljer att hantera sin risk på egen hand eller för att de inte kan erbjudas en försäkring som passar deras ekonomiska ramar. Valet mellan en obligatorisk och frivillig försäkring handlar därför i stor utsträckning om statens inställning till att alla inte täcks av ett försäkringsskydd. Inom socialförsäkringens och sjukvårdens område har staten ansett att de fördelningsmässiga principerna varit så viktiga att man valt att

---

<sup>4</sup> Med poola risker avses möjligheten att sprida risker.

hantera dessa försäkringar inom ett obligatorium. Ingen skall exempelvis nekas sjukvård vid en allvarlig sjukdom. Inom sakförsäkringsområdet har dock staten i stor utsträckning överlåtit till den enskilde individen att bestämma hur den skall hantera sin egen risk. De som inte vill försäkra sitt hus kan välja att avstå men får då själva stå för kostnaden om huset brinner ned.

Ur ett försäkringsmässigt perspektiv kan i teorin en frivillig försäkring anses vara mer effektiv än en obligatorisk försäkring eftersom varje individ då, givet riskdifferentierade premier, kan erbjudas ett försäkringsskydd som motsvarar den egna risken. Detta kan i och för sig även göras i en obligatorisk försäkring om man väljer att differentiera premierna inom ramen för obligatoriet. De fördelningsmässiga vinsterna med en obligatorisk försäkring försvinner då men kan hanteras genom att premierna i olika riskgrupper subventioneras. En sådan lösning kan dock ur effektivitetssynpunkt aldrig vara lika bra som en helt frivillig försäkring.

En frivillig försäkring förutsätter dock att premierna riskdifferentieras. Annars finns risken att försäkringen undermineras av problematiken med adverse selection. Om premierna av ett eller annat skäl inte kan riskdifferentieras måste försäkringen vara obligatorisk för att hantera problematiken med adverse selection. En avsaknad av riskdifferentierade premier leder också till att problemet med moral hazard kan komma att öka eftersom premierna då inte är kopplade till den individuella risken. Problemet moral hazard kan också till viss del hanteras genom strikta regler för försäkringen och införandet av en självrisk.

#### 9.5.4 Hur skall premierna sättas?

Den grundläggande skillnaden mellan frivilliga försäkringar och socialförsäkringar ligger i premiesättningen. I marknadsförsäkringar sätts premierna efter aktuariska principer, vilka bygger på ett samband mellan premie och ersättning på såväl individ- som systemnivå. Varje individ skall betala den premie som motsvarar den förväntade ersättningen från försäkringen och de samlade premierna skall motsvara de samlade förväntade utbetalningarna. Det innebär att det i en aktuarisk premiesättning finns en omfördelning mellan personer med samma risk men inte en omfördelning mellan personer med olika risk. I praktiken är det dock allt för administrativt kostsamt att ha individuella premier

baserade på varje enskild individs personliga risk. Individerna delas därför in i olika riskgrupper där en gemensam premie sätts för respektive riskgrupp. Det innebär att det i praktiken finns en omfördelning inom riskgruppen eftersom alla personer inom riskgruppen inte har samma risk.

I en socialförsäkring är fokus på att utjämna premierna mellan olika individer. Alla får betala samma premie och försäkringstagare med låga risker subventionerar därmed dem med höga risker. Socialförsäkringens grundidé bygger på att alla får vara med i försäkringen och att ingen exkluderas av ekonomiska skäl. Försäkringen måste i princip vara obligatorisk för att hantera problematiken med adverse selection.

En försäkringslösning med riskutjämnande premier har således fördelningsmässiga fördelar framför en riskdiversifierande försäkring. Inom tandvårdsområdet kan detta vara en fördel då sämre tandhälsa ofta är förknippad med en sämre social situation. Försäkringen är dock inte försäkringsmässigt optimal och resulterar i välfärdsförluster eftersom personer med låg risk får betala ett för högt pris för sitt försäkringsskydd.

En frivillig marknadsförsäkring måste i princip ha riskdifferentierade premier för att hantera problematiken med adverse selection. Under förutsättning att premierna i de höga riskgrupperna inte blir allt för dyra är en marknadsförsäkring en effektivare försäkringslösning än en socialförsäkring. Alla får den försäkring som de efterfrågar och välfärdsförlusterna minimeras. Risken finns dock att premierna för högriskgrupper blir så höga att alla inte har råd att vara med i försäkringen. Det uppstår då något som kan betecknas som ett marknadsmisslyckande eller icke önskvärt ur ett socialt perspektiv och som kräver ett offentligt ingrepp på marknaden för att ett försäkringsskydd skall kunna ges till alla.

### **9.5.5 Offentlig och privat tandvård**

Sveriges Kommuner och Landsting respektive Privattandläkarna har fått möjlighet att till utredningen inkomma med synpunkter på förutsättningarna för utveckling av ett nationellt system med tandvård till fast pris. Nedan återges deras synpunkter. Utredningen har inte gjort någon bedömning av synpunkterna.

Sveriges Kommuner och Landsting har bl.a. uppgivit följande.

- En nationell modell bör bygga på gemensamma riskgrupper, avgiftsklasser och garantier. Grundnivån bör vara nationellt definierad, men enskilda landsting skall kunna besluta om tillägg utöver grundnivån. Viktigt att det är tydligt för patienten vad den gemensamma grundnivån innehåller och avgiften för denna. Gör det möjligt för patienten att byta vid flytt över länsgräns.
- Priserna sätts fritt, men anges även för grundnivå där tillägg tillämpas. Skall vara lätt för patienten att jämföra priserna för grundnivån och se vad eventuellt tillägg innefattar och kostar.
- Det är önskvärt att privattandvården deltar på något sätt i utarbetandet eller på annat sätt är delaktiga i framtagandet av en gemensam modell. Det bör vara möjligt att byta mellan offentlig och privat tandvård.
- Önskvärt är att ersättningsbeloppen differentieras efter riskklassificering, men risken för glidning mot högre riskbedömningsnivå är uppenbar. Svårt konstruera en modell som kontrollerar detta. Finns exempel på kriterier som vägs in i riskgruppering och avgiftsklassificering. Kriterierna bör vara objektiva så långt som möjligt och tydligt beskrivna, t.ex. ålder, antal tänder, antal lagningar etc.
- För att göra riskbedömning och riskgruppering på ett enhetligt och kontrollerbart sätt bör det samordnas vilka kriterier som vägs in, kalibrering av värderingen och hjälpmedel för patienten att kolla upp sin klassificering.
- Försäkringskassan eller Praktikertjänst AB bör kunna svara för återförsäkring för enskilda vårdgivare.
- En nationell fast prismodell bör förbättra förutsättningarna för konkurrens genom att det blir lättare för patienten att jämföra priser och att byta vårdgivare.
- Om fastpristandvården kombineras med per capita-ersättning och detta leder till en jämnare fördelning över landet av tandläkarresurserna, skulle detta stärka konkurrensen i de delar av landet där det i dag finns få privata alternativ.
- Abonnemangstandvård finns redan etablerad i flertalet landsting. Utvecklingsarbete pågår för närvarande avseende en gemensam grundmodell. Förstärks abonnemangstandvården ekonomiskt genom ökad statlig subvention är detta en både möjlig och lämplig väg att vidareutveckla tandvård till fast pris.



Privattandläkarna har bl.a. uppgivit följande.

- För att enskilda vårdgivare skall kunna tillämpa ett fast pris-system krävs stora volymer från start, fri prissättning, konkurrensneutralitet, lösningar på hur akuttandvård/trauma skall hanteras, flyttbarhet för patienter, rättssäkerhet, hantering för civilrättsliga tvister, trygg återförsäkring, hantering av specialisttandvård och remissförfarande, inträdeskrav, väl fungerande transfereringssystem samt en rättvis och tydlig riskbaserad ersättning efter patientens vårdbehov och ett högkostnads-skydd.
- Det är möjligt att differentiera ersättningsbeloppen, men det är svårt att definiera den omfattning av vård som ersättningen skall svara mot. En kalibrerad riskbedömning kan möjligen vara teoretiskt tänkbar, men det kräver extremt detaljerade regelverk.
- Staten kan ha en roll som garant för återförsäkring och risk-spridning. Detta kräver dock en hög anslutningsgrad till systemet, sannolikt kollektivanslutning av såväl patient som tandläkare.
- Ett fast pris-system måste ta hänsyn till de olika förutsättningar som råder mellan privat och offentlig tandvård. Fast pris-system gynnar stordrift, vilket skulle tvinga fram en marknad med få större aktörer, vilket i sin tur skulle försvåra möjligheterna för småföretagande inom tandvård och skapa hinder för nyetablering. Konkurrens och flyttbarhet över gränserna i EU skulle sannolikt också påverkas.
- Vår bedömning är att det i ett fast pris-system är svårt att säkerställa flyttbarheten fullt ut. Risken för inlåsnings effekter är uppenbar.
- I dagsläget är det svårt att se hur dagens form av abonnemangssystem skall kunna bli ett nationellt fast pris-system. Luckorna i informationen är för stora och det finns inget vetenskapligt stöd för att capitering har en mer positiv inverkan på tandhälsan. Abonnemangstandvård är för oss inget annat än ett sätt att betala för sin tandvård.

Konkurrensverket har också lämnat synpunkter på utredningens principiella resonemang om tandvård till fast pris. Bl.a. har följande nämnts.

- Att införa ett nationellt fast pris-system är en genomgripande åtgärd för tandvårdsföretagen där dessa skall erbjuda en ny tjänst. Därvid bör man ta hänsyn till folktandvårdens dominerande ställning inom barn- och ungdomstandvården. Jämfört med privattandläkare har folktandvården bättre förutsättningar att ”fånga upp” de unga patienterna som kunder inom vuxentandvården. Landstingens finansiella förutsättningar och nämnda marknadsdominans ger folktandvården generellt bättre möjligheter än privata företag, och främst små företag, att bedöma ungas tandstatus och finansiera felbedömningar av framtida tandskador och vårdkostnader. Ett fast pris-system är en partiell försäkringslösning som får anses förutsätta att tandvårdsproducenter, inte minst de små, kan återförsäkra nämnda risker.
- Konkurrensverket vill peka på möjligheten för landstingen att subventionera vuxentandvården med skattemedel. En sådan subvention snedvrider konkurrensen. För att uppnå konkurrensneutralitet mellan folktandvården och privata tandvårdsföretag är det angeläget att via landstingens ekonomiska redovisning kunna se om vuxentandvården subventioneras. Det är angeläget att införa regler för landstingens redovisning som gör det möjligt att upptäcka konkurrensstörande subventioner. Vidare bör regleras vad som skall gälla när det utgår sådana subventioner.
- Ett obligatoriskt system med fasta priser gynnar främst storskaliga lösningar och stora tandvårdsproducenter och kan motverka nyetablering. Dessa förhållanden och nämnda risk för subventioner kan på sikt medföra att tandvården helt domineras av folktandvården och Praktikertjänst AB på lokala marknader. Det kan försvaga konkurrensen och medföra höga fastpriser. Konkurrensverket anser att ett minimikrav är att ett fastpris-system kombineras med åtgärder för att stärka patientens ställning och lösa nämnda konkurrensproblem inklusive momsfrågan.

## 9.6 Utveckling av abonnemangstandvården

### 9.6.1 Syfte med abonnemangstandvården

Ett övergripande syfte med abonnemangstandvården är att premiera god tandhälsa, med särskilt fokus på preventiva insatser. Detta syfte kan dock sägas vara giltigt för en stor del av tandvården. Ett annat syfte kan sägas vara att erbjuda en betalningsform som innebär att tandvårdskostnaderna periodiseras. Enkätundersökningar visar att många patienter, särskilt i de yngre åldersgrupperna, avstår från tandvård av ekonomiska skäl. Förklaringar som anges är dels att man uppfattar tandvård som dyrt, dels att tandvårdskostnader uppfattas som oförutsägbara och därmed svåra att hantera. För sådana patienter kan abonnemangstandvård vara ett alternativ, eftersom tandvårdskostnaderna blir förutsägbara. För de flesta abonnemangspatienter är tandvårdsbehoven relativt små. Därmed blir abonnemangsavgiften relativt begränsad. En vanlig avgift för en person i åldersgruppen 20–29 år i de lägsta riskklasserna är 35–40 kronor per månad.

Ytterligare ett syfte är att stimulera regelbundna tandvårdsbesök för undersökning och viss förebyggande vård. Besöksfrekvensen bland de yngre åldersgrupperna är låg och fallande. Att knyta sådana patienter till en vårdgivare genom två eller tre år långa avtal kan leda till ökad regelbundenhet och en ökad besöksfrekvens. Vidare är ett syfte med abonnemangstandvården att stimulera till god egenvård. Abonnemangsavtalen mellan vårdgivare och patient innehåller ofta inslag av åtaganden som patienten gör såvitt avser den egna munvården, kosthållning eller andra livsstilsfaktorer som t.ex. rökning.

### 9.6.2 Dagens abonnemangstandvård

Abonnemangstandvård är ett system som bygger på fasta ersättningsbelopp (s.k. capitation). I den delen har abonnemangstandvården likheter med det system som utredningen benämner tandvård till fast pris. Utredningen angav i ett delbetänkande att möjligheten att lämna ett differentierat statligt stöd beroende på ålder, där högre ersättning ges till patienter med högre ålder, bör övervägas. Syftet med detta skulle vara att möjliggöra ett ökat inslag av försäkringsmässighet i abonnemangstandvården.

Dagens abonnemangstandvård tillämpas inom folktandvården i flera landsting. Modellerna skiljer sig åt vad gäller omfattning och riskgruppering. Generellt kan dock sägas att dagens abonnemangstandvård har ett begränsat inslag av försäkringsmässighet och i praktiken utgör en form av periodisering eller avbetalningssystem. Detta eftersom den företrädesvis vänder sig till patienter i åldersgrupper där vårdbehovet är relativt litet och i huvudsak är inriktad på förebyggande vård. Denna typ av vård kan i mycket liten utsträckning anses vara förknippad med någon risk eftersom i princip alla patienter som besöker tandvården behöver förebyggande insatser. Abonnemangstandvården fyller dock andra syften som t.ex. att stimulera patienten till regelbundna besök och ett ökat ansvarstagande för egenvården.

Ersättningen från det statliga tandvårdsstödet är i dagens system 200 kronor per patient och år. För att ha rätt till denna ersättning krävs att abonnemangsavtalet omfattar all nödvändig bastandvård och löper över två år. Utöver dessa grundläggande krav är vårdgivarna fria att begränsa och definiera målgrupper, avgiftsnivåer, omfattning etc.

Som redovisas i avsnitt 7 finns cirka 120 000 abonnemangspatienter, varav drygt hälften är patienter i åldern 20–29 år.

Det råder stora skillnader mellan landstingen vad gäller antalet tecknade abonnemang. Flera landsting har en åldersbegränsning lägre än 65 år, men anger att man på sikt arbetar för en utökning av åldersintervallet. I fyra landsting ingår enbart bastandvård, i övriga landsting ingår i varierande grad viss protetik eller viss annan tandvård. Den vanligaste begränsningen för rätten att teckna abonnemang är ålder, men även begränsningar som långtidssjukdom, stora vårdbehov, omfattande protetiska insatser, ortodonti (tandreglering), trauma, kosmetisk tandvård samt skulder (t.ex. obetalda patientavgifter) förekommer.

Sveriges Folktandvårdsförening har initierat ett arbete som syftar till att utarbeta en gemensam modell för abonnemangstandvården. Avsikten är att modellen skall bygga på gemensamma riskgrupper, avgiftsklasser och garantier. Utöver en enhetlig grundnivå bör enskilda landsting kunna besluta om tillägg.

### 9.6.3 Slutsatser

Utredningen kan konstatera att dagens abonnemangstandvård har en inriktning och profil som gör att den i dag inte uppfyller de krav som måste ställas på en tandvårdsförsäkring för att den skall kunna användas av alla patienter och utgöra det dominerande ersättnings-systemet inom svensk tandvård.

För att fungera som en sådan försäkring måste abonnemanget ge ett ekonomiskt skydd mot höga tandvårdskostnader på grund av oväntade och plötsliga händelser. Den nuvarande abonnemangstandvården kan dock inte sägas uppfylla detta krav. De flesta abonnemang har begränsningar när det gäller vilken tandvård som omfattas och vilka patienter som har möjlighet att teckna abonnemang. De flesta landsting erbjuder endast abonnemang för bastandvården, vilket står i överensstämmelse med regelverket. De landsting som erbjuder abonnemang som omfattar mer än bastandvård har i de flesta fall begränsningar som utesluter den mest kostsamma protetiken. De landsting som erbjuder abonnemang till åldersgrupper mellan 50 och 65 år har i många fall markant högre avgiftsnivåer för dessa grupper. Om patienter i vissa åldersgrupper inte erbjuds abonnemang eller endast erbjuds abonnemang till en hög avgift innebär det att en stor grupp patienter som har försäkringsbara risker utesluts från försäkringssystemet.

En försäkringslösning inom det statliga tandvårdsstödet behöver vara ett generellt system som är anpassat för och kan tillämpas av såväl privata som offentliga vårdgivare på ett konkurrensneutralt sätt. Systemet behöver omfatta nationellt definierade och enhetliga riskgrupper för att skapa förutsättningar för flyttbarhet av avtal och rörlighet på marknaden.

Utredningen slutsats är att dagens abonnemangstandvård inte fyller de krav som måste ställas på en generell försäkringsmodell för tandvård, av utredningen benämnd tandvård till fast pris. Möjligheterna att på kort sikt utveckla dagens abonnemangstandvård till ett sådant system torde vara relativt begränsade. På länge sikt bör dock möjligheterna finnas. Utredningen har i detta avsnitt pekat på fyra grundläggande försäkringstekniska frågor som behöver lösas för att tandvård till fast pris skall kunna bli det dominerande systemet på tandvårdsmarknaden. Dessa frågor omfattar vad som skall försäkras, vem som skall vara försäkringsgivare, huruvida försäkringen skall vara obligatorisk eller frivillig samt frågan om enhetliga eller differentierade premier. När dessa

frågor lösts på ett fullständigt sätt med beaktande av behovet om konkurrensneutralitet ser utredningen förutsättningar för att utveckla ett nationellt system som erbjuder tandvård till fast pris för alla patienter.

Även om dagens abonnemangstandvård inte uppfyller de krav som utredningen ställer på ett system med tandvård till fast pris finns ett antal viktiga fördelar i abonnemangsformen, som stödjer ambitionen om en hälsobevärande och hälsobefrämjande profil inom tandvården. Att teckna ett abonnemangsavtal gör att patienten periodiserar sina tandvårdskostnader och knyter patienten till vårdgivaren, vilket är två faktorer som kan underlätta för en del grupper att etablera en regelbunden tandvårdskontakt. Utredningen anser att abonnemangstandvården därför bör ges fortsatta möjligheter att utvecklas och kunna erbjudas av både privata och offentliga vårdgivare på ett konkurrensneutralt sätt.

# 10 Mål och principer för det nya tandvårdsstödet

## 10.1 Det nuvarande tandvårdsstödet

### 10.1.1 Inledning

Priserna för tandvård har ökat kraftigt sedan 1999, då tandvårdsmarknaden avreglerades och priserna släpptes fria. Prisökningarna har i kombination med politiska beslut medfört att den offentliga subventionen har urholkats. Patienterna har därmed fått betala allt mer själva för sin tandvård. 20 procent av den vuxna befolkningen uppger i enkätundersökningar<sup>1</sup> att man avstår från tandvård, trots att man upplever sig ha ett tandvårdsbehov. Huvuddelen av dessa uppger ekonomiska skäl som orsak till att inte besöka tandvården. Särskilt utsatta är grupper med socioekonomiskt svag ställning.

Sedan det statliga tandvårdsstödet infördes 1974 har det skett en mängd förändringar av reglerna kring tandvårdsmarknaden. Givetvis är det nödvändigt att reglerna förändras när det finns ett behov av detta men utredningen anser att den statliga regleringen av tandvårdsmarknaden inte har präglats av tillräcklig långsiktighet. I stället för att finna långsiktiga processer för att anpassa tandvårdsstödet till förändringarna på tandvårdsmarknaden har regleringen byggts på marginaljusteringar och beslut om vissa avgränsade delar av tandvården. Tandvårdsstödet har med tiden utvecklats till ett svåröverskådligt ersättningssystem som inte i tillräcklig utsträckning bygger på en helhetssyn när det gäller styrning och uppföljning. Resultatet har blivit en ofullständig reglering som varken gynnat patientens ställning, tillgodosett vårdgivarnas behov av stabila spelregler eller statens behov av att kunna följa resursanvändning och resultat inom tandvården.

---

<sup>1</sup> Bl.a. Folkhälsoinstitutet (2005a).

### 10.1.2 Skydd mot höga kostnader i dag

Det nuvarande tandvårdsstödet, som infördes den 1 januari 1999, ger i praktiken inte något verkligt skydd mot höga kostnader. Konstruktionen med fasta grundbelopp på de aktuella nivåerna medför att subventionen utgår med relativt sett små belopp till ett stort antal patienter ("lite till alla"), se avsnitt 4. Effekten blir att de med höga tandvårdskostnader inte prioriteras.

Det enda egentliga skydd mot höga kostnader som finns i dagens tandvårdsstöd avser protetiska behandlingar för gruppen som är 65 år och äldre, det s.k. 65+systemet. Detta högkostnadsskydd omfattar inte bastandvård, som t.ex. fyllningar eller rotbehandlingar. Denna gränsdragning bidrar till vårdstyrande effekter, vilka i många fall är negativa, eftersom det skapas starka ekonomiska incitament för både patient och vårdgivare att genomföra kostsam vård som inte alltid utgår från ambitionen att bevara befintliga tänder.

Vidare är det nuvarande 65+systemet konstruerat så att den statliga ersättningen beräknas på folktandvårdens pris i det landsting där vården utförs. Detta oavsett om vårdgivaren de facto tar ut ett annat pris. Om vårdgivaren har ett högre pris än folktandvården debiteras mellanskillnaden patienten. Detta i kombination med att vissa materialkostnader (ädel- och gjutmetaller) inte omfattas av högkostnadsskyddet gör att patientens faktiska kostnad oftast uppgår till ett betydligt högre belopp än de 7 700 kronor som utgör karensbeloppet i högkostnadsskyddet.

### 10.1.3 Förebyggande tandvård

Förståelsen för vikten av förebyggande och tidiga insatser är god inom svensk tandvård. Utredningen menar dock att den förebyggande tandvården behöver få en ännu starkare ställning och tydliggöras inom det statliga tandvårdsstödet. Orsakerna till detta är flera. Den förbättring av tandhälsan som märks medför att allt fler personer har allt fler egna tänder i behåll. Det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader, både för individen och för samhället, är att kontinuerligt vidta förebyggande insatser så att den goda tandhälsan bevaras. Det är även viktigt att tidigt identifiera och behandla sjukdomar i munhålan samt uppkomna skador på tidigare behandlade tänder.



Enkätundersökningar visar att cirka 85 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården under en tvåårsperiod, se avsnitt 4. Detta får betraktas som en relativt hög siffra, men det finns oroväckande tendenser, främst avseende minskade besökstal i vissa grupper. Besöksfrekvensen i åldersgruppen 20–44 år är klart lägre än genomsnittet och dessutom fallande.<sup>2</sup> Denna åldersgrupp har generellt sett god tandhälsa och kan därför uppfatta att de har mindre behov av att besöka tandvården. Det är dock tydligt att sådana patientgrupper har ett behov av att besöka tandvården för undersökning och vid behov viss förebyggande vård i syfte att bibehålla en god tandhälsa.

#### 10.1.4 Styrning

Den statliga styrningen<sup>3</sup> av tandvården syftar till att åstadkomma en resursfördelning som stämmer överens med de politiska prioriteringarna samt att säkerställa ett effektivt användande av statens resurser. Styrningen skall även medverka till en god kontroll över de statliga utgifterna.

Som redovisats i delbetänkandet SOU 2006:71 anser utredningen att dagens statliga styrning av tandvården är svag och splittrad. Utredningen anser att följande fyra instrument är centrala för en utvecklade statlig styrning, men att inget av dem används på ett tillräckligt effektivt sätt i dag.

##### *Styrning mot en mer evidensbaserad tandvård, s.k. kunskapsstyrning*

Kunskapsstyrning förekommer endast i begränsad omfattning på nationell nivå inom tandvården. Styrningen syftar till att öka evidensgraden samt att tydliggöra vad som är tandvård förenlig med kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att den utförda tandvården skall baseras på medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag (evidens) tillsammans med klinisk erfarenhet och patientens preferenser. Ansvar för kunskapsstyrningen åvilar Socialstyrelsen, som har samma roll inom tandvården som inom övriga hälso- och sjukvården. Utredningen anser att Socialstyrelsen bör vara mer aktiv

<sup>2</sup> SCB (2006).

<sup>3</sup> Med styrning menas bindande och icke-bindande reglering samt insatser som t.ex. systematisk uppföljning, tillsyn och kunskapsspridning.

när det gäller styrningen av vårdens innehåll. Socialstyrelsen bör i större utsträckning än i dag utfärda nationella riktlinjer i syfte att definiera vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet samt att öka kunskapsbasen inom tandvården. Riktlinjerna bör även omfatta olika behandlingars kostnadseffektivitet och samhällsekonomiska effektivitet.

#### *Styrning av vad som är ersättningsberättigande tandvård*

Dagens regelverk anger inte tillräckligt tydligt vilken tandvård som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Därmed läggs ett stort ansvar på vårdgivaren att i varje enskilt fall bedöma vilken tandvård som berättigar till ersättning. I vissa specifika situationer anges dock att en förhandsprövning av behandlingsförslaget skall ske, vilket görs av Försäkringskassan. Det finns dock endast begränsat stöd i regelverket eller praxis för Försäkringskassan att avgöra vilken behandling som omfattas eller inte. Förhandsprövningsinstitutet leder därför inte till någon tydlig gränsdragning för vad som är ersättningsberättigande tandvård och fyller därför ingen egentlig funktion när det gäller kontrollen över de statliga utgifterna. Svårigheterna med att finna lagstöd för vad som är ersättningsberättigande tandvård har fått konsekvensen att de allra flesta förhandsprövningar godkänns. Andelen helt eller delvis beviljade förhandsprövningar har under perioden 2004–2006 uppgått till 94 procent av det totala antalet inkomna förhandsprövningar.

#### *Förbättringar av tandvårdsmarknadens funktionssätt*

Tandvårdsmarknaden fungerar inte tillräckligt väl, främst på grund av patientens informationsbrist om det egna tandvårdsbehovet, möjliga och lämpliga behandlingsåtgärder samt priser för olika behandlingar. Dagens reglering som syftar till att ge patienten bättre information är bristfällig. Undersökningar<sup>4</sup> visar att knappt hälften av patienterna inte känner till att det råder fri prissättning på tandvårdstjänster. Försäkringskassan har regeringens uppdrag att följa prisutvecklingen och att informera patienterna om tandvårdsstödet. Prisundersökningarna görs via återkommande enkät-

---

<sup>4</sup> FSI (2005).

undersökningar med skiftande svarsfrekvens. En översiktlig prisinformation presenteras på Försäkringskassans webbplats, men information som ger vägledning för patienten om ett pris är att betrakta som högt eller lågt, är begränsad. Vårdgivarna är skyldiga att anslå sina priser på synlig plats i mottagningen, men undersökningar<sup>5</sup> visar att denna bestämmelse inte efterlevs i tillräcklig utsträckning. Man kan även ifrågasätta i hur stor grad patientens prisinformation förbättras genom denna regel.

#### *Effektivare kontroll av utbetald ersättning och utförd vård*

Kontrollen över de statliga utgifterna inom tandvårdsstödet, i betydelsen möjligheterna att förutsäga och begränsa utgifternas storlek, är svag, vilket märks särskilt inom 65+-systemet. I och med det nya tandvårdsstödet kommer staten att öka sin finansieringsandel, vilket understryker behovet av att förbättra kontrollerna. Förhandsprövningarna, som avser att pröva vilken tandvård som omfattas av tandvårdsstödet eller ej, har kommit att även tillämpas i syfte att kontrollera efterlevnaden av regelverket. Utredningen menar dock att förhandsprövningarna som de tillämpas i dag varken leder till att i tillräcklig utsträckning definiera ersättningsberättigande tandvård eller på ett effektivt sätt kontrollera efterlevnaden av regelverket. Förhandsprövningarna kräver omfattande administrativa resurser, både av vårdgivare och Försäkringskassan, vilka inte kan anses vara motiverade med hänsyn till den eventuella effekt som de uppnår.

#### **10.1.5 Uppföljning och utvärdering**

För att staten skall kunna styra tandvården på ett effektivt sätt samt skapa förutsägbarhet i de statliga utgifterna och patientens kostnader krävs att staten har tillräcklig information om utvecklingen samt har tolkat denna information korrekt. En förutsättning för en förstärkt styrning är därmed att det genomförs systematisk uppföljning och utvärdering av tandvården. Detta behövs både för att utvärdera effekterna av tandvårdsreformen och för att löpande följa utvecklingen inom tandvården.

---

<sup>5</sup> Bl.a. Försäkringskassan (2006).

Det råder stor brist på systematiska och tillräckligt omfattande uppgifter om tandhälsan hos den vuxna befolkningen. Försäkringskassan, tidigare Riksförsäkringsverket, har publicerat ett flertal rapporter om hur tandvårdsförsäkringen nyttjas. Däremot finns inga undersökningar som visar vilka tandhälsoeffekter och därmed vilken inverkan på folkhälsan som det offentliga tandvårdsstödet har haft. Det finns ett antal uppgifter inom tandvårdsområdet, särskilt inom vissa landsting, men tydliga brister vad gäller enhetlig och samlad statistik på nationell nivå. Som exempel kan nämnas att det inte finns någon samlad statistik över hur stor andel av den vuxna befolkningen som varje år besöker tandvården eller vilka tandvårdsåtgärder som utförs. Det finns heller ingen samlad och heltäckande statistik över de åtgärder som ersätts inom det statliga tandvårdsstödet eller hur många personer som årligen omfattas av den statliga ersättningen.

### 10.1.6 Administration

Dagens tandvårdsstöd administreras genom att vårdgivarna till Försäkringskassan lämnar s.k. tandvårdsräkningar och samlingsräkningar. Dessa upprättas av vårdgivarna i enlighet med Försäkringskassans föreskrifter. Cirka 40 procent av tandvårdsräkningarna lämnas elektroniskt och 60 procent i pappersformat.<sup>6</sup> Försäkringskassans administrativa stödsystem för tandvårdsstödet är utformat för att betala ut tandvårdsersättning samt att i viss utsträckning kontrollera utbetalningarna. De automatiska kontroller som görs i systemet är dock högst begränsade. Systemet är alltså inte konstruerat för att hantera de ändamål som utredningen pekar på.

Tandvårdsräkningarna innehåller vissa uppgifter om tandvårds-konsumtionen som kan ligga till grund för viss uppföljning och utvärdering. Men eftersom tandvårdsräkningarna inte är utformade i detta syfte blir möjligheterna att använda statistiken från tandvårdsräkningarna begränsade. Vidare lämnas endast en begränsad del av räkningarna elektroniskt, vilket gör att uppgifterna i de flesta tandvårdsräkningar inte kan databearbetas på individnivå.

De vårdgivare som skickar tandvårdsräkningarna elektroniskt måste komplettera den elektroniska leveransen med att posta en pappersversion av samlingsräkningen, även om samlingsräkningen

---

<sup>6</sup> Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006a).

skickats elektroniskt. Anledningen till detta är att samlingsräkningen skall vara undertecknad. När Försäkringskassan löser frågan om elektronisk signatur räcker det med den elektroniska samlingsräkningen. System med elektronisk signatur finns redan inom socialförsäkringen där exempelvis föräldrapenning kan utbetalas efter elektronisk signatur av individen.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen anger i en rapport<sup>7</sup> till regeringen att det finns kritiska synpunkter från vårdgivarna om graden av användarvänlighet i det system som Försäkringskassan tillhandahåller i dag. Man har framfört att det uppstår besvärlig administration om Försäkringskassan hittar fel i den elektroniska tandvårdsräkningen. Det är också belastande att behöva skicka samlingsräkningen manuellt när tandvårdsräkningen skickats elektroniskt.

## 10.2 Mål för det nya tandvårdsstödet

Det nya tandvårdsstödet bör på en övergripande nivå ha två mål:

1. Att bibehålla god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov.
2. Att möjliggöra god tandvård för individer med stora tandvårdsbehov till en rimlig kostnad.

Det första målet är på lång sikt det viktigaste, eftersom förebyggande tandvård gör att det framtida vårdbehovet minimeras och därmed ger det bästa skyddet mot höga kostnader på sikt. Det andra målet är det viktigaste för de enskilda individer som drabbats av dålig tandhälsa och har stora behov av tandvård för att återskapa funktionerna i munnen.

Det första målet nås genom ett ekonomiskt stöd till förebyggande insatser och stimulans till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte. Det andra målet nås genom tillskapandet av ett skydd mot höga kostnader som skall minska de ekonomiska hindren för patienter att konsumera den tandvård som de behöver. Den förebyggande tandvården är dock central även för patienter med stora tandvårdsbehov.

Utredningen anser att ett effektmål för det nya tandvårdsstödet bör definieras utifrån det långsiktiga målet att minimera framtida

---

<sup>7</sup> Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006a).

tandvårdsbehov och därmed tandvårdskostnader. Effektmålet bör avse konsumtionen av förebyggande tandvård. Det mått som är lämpligt att nyttja är besöksfrekvensen i olika åldersgrupper.

Besöksfrekvensen för en åldersgrupp anger hur stor andel av gruppen som regelbundet besöker tandvården för en undersökning och vid behov viss förebyggande tandvård. Sådana regelbundna besök brukar benämnas revisionsundersökningar. Det s.k. revisionsintervallet avser hur lång tid som förflyter mellan revisionsundersökningarna. Detta är individuellt och bestäms av vårdgivaren beroende på individens tandhälsa och bedömda risk för utveckling av munsjukdom. Ett vanligt revisionsintervall är mellan ett och två år.

Besöksfrekvensen i den yngsta åldersgruppen, 20–29 år, är klart lägre än genomsnittet för den vuxna befolkningen. Trenden är dessutom avtagande. Mot en sådan bakgrund anser utredningen att ett första effektmål för det nya tandvårdsstödet bör vara en ökad besöksfrekvens i de yngsta åldersgrupperna. En närmare beskrivning av beräkningarna för detta effektmål framgår av avsnitt 19.

Vidare bör ett effektmål definieras som avser tandvård som ges till patienter med omfattande tandvårdsbehov. Denna tandvård bör kombineras med förebyggande insatser samt så långt som möjligt bevara munnens vävnader genom att t.ex. vårda de naturliga tänderna. De tandvårdsåtgärder som utförs bör vara kostnadseffektiva och samhällsekonomiskt effektiva. Mått som kan vara lämpliga att nyttja för att formulera ett effektmål är antalet kvarvarande respektive antalet intakta tänder. Utredningen anser att ett kompletterande effektmål för det nya tandvårdsstödet bör vara ett ökat antal kvarvarande egna tänder i befolkningen. Då det saknas uppgifter om antalet kvarvarande tänder i nuläget är det svårt att definiera detta mål mer exakt. Utredningen anser att den närmare definitionen av målet bör göras i ett senare skede, då utgångsläget är bättre kartlagt.

### 10.3 Principiella utgångspunkter

Mot ovan angivna bakgrund är det viktigt att det nya stödet bygger på institutioner som skapar långsiktig förutsägbarhet samtidigt som de möjliggör nödvändiga förändringar av reglerna kring tandvårdsstödet. Dessa institutioner bör ta hänsyn till tandvårdsmarknadens struktur med ett stort inslag av mindre enskilda vårdgivare.

Det behöver finnas givna spelregler men också utrymme för anpassningar. Därigenom skapas viktig förutsägbarhet för såväl staten, vårdgivare som patienter. Utredningen anser att dagens administration, kontroll och uppföljning av det statliga tandvårdsstödet i stor utsträckning bygger på bristande helhetsperspektiv, ett alltför otydligt regelverk och ett icke ändamålsenligt IT-stöd. En konsekvent och samlad hantering av tandvårdsstödet ger förutsättningar för en enklare administration av stödet hos både vårdgivare och Försäkringskassan.

Av utredningens direktiv framgår att det statliga tandvårdsstödet skall reformeras. Reformeringen skall syfta till att åstadkomma ett skydd mot höga tandvårdskostnader samt skapa rimliga villkor för den förebyggande tandvården.

I tandvårdslagen (1985:125) anges att det övergripande målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att ingen enskild av ekonomiska, politiska, religiösa, kulturella eller andra skäl skall hindras från att få tandvård. Vidare är innebörden av det övergripande målet att företräde skall ges till den som har det största behovet av tandvård. Slutligen skall de som har behov av tandvård inte behöva avstå av ekonomiska skäl.

Mot denna bakgrund är det viktigt att utforma det nya stödet på ett sätt som så långt som möjligt medger att de statliga resurserna träffar de individer som har de största behoven. Definitionen av vilka behov man har är dock i hög grad individuell, både när det gäller patientens och vårdgivarens bedömningar. Individens uppfattning om tandstatus är starkt vägledande i situationer som mer handlar om utseendet i munnen än om rena sjukdomstillstånd.

Samtidigt måste det statliga tandvårdsstödet väga individens uppfattning om vilka tandvårdsbehov man har mot övergripande aspekter som rör samhällsekonomi, kostnadseffektivitet och krav på god hushållning med de statliga resurserna. Inom ramen för tandvårdsstödet leder de ekonomiska begränsningarna till att patientens behandlingsval inte kan vara helt fritt såvitt avser vilken tandvård som är ersättningsberättigande. Detta betyder att en viss behandling givetvis kan genomföras, men att den inte alltid berättigar till ersättning, trots att individen kan uppfatta sig ha ett stort behov av den. Åtgärder som inte ersätts kan sägas vara nedprioriterade ur befolkningshänseende eller av ekonomiska skäl. Eftersom tandvårdsstödet ersättningsregler är styrande för den vård som utförs kan dock detta komma att få konsekvenser för den enskilde

patienten som förväntar sig att bli behandlad efter de egna behoven.

Utredningen anser att grundprincipen vid utformningen av ett tandvårdsstöd måste vara att sträva efter att stödet utgår efter behov. Detta leder till ett ur samhällsekonomiskt perspektiv mer effektivt tandvårdsstöd, där vården utförs då behov uppstår, i stället för att ackumuleras i väntan på att en viss ålder skall uppnås. Detta bidrar även till att minska obehag och lidande för patienten.

Det statliga stödet förstärks väsentligt och syftet är att resurserna skall träffa de patienter som har de största behoven. Detta uttrycker en prioritering som får till följd att tandvårdsreformen inte generellt kan sägas syfta till att göra tandvård billigare för alla. I stället fördelas resurserna så att mycket stöd ges till patienter med höga tandvårdskostnader och lite stöd till patienter med låga tandvårdskostnader.

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

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

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

Stödet skall utformas på ett sådant sätt att det stödjer en positiv utveckling av tandvårdsmarknadens funktionssätt. Det skall inte medföra incitament för patienter eller vårdgivare som leder till oönskade vårddrivande eller vårdstyrande effekter. Det nya tandvårdsstödet skall således inte ge ekonomiska incitament till överkonsumtion av tandvård eller till att ekonomiskt eller odontologiskt olämpliga alternativ premieras.



### 10.3.1 Enkel och sammanhållen modell

Det nya tandvårdsstödet skall utformas som en enkel och sammanhållen modell. En enkel modell bidrar till att stärka patientens ställning genom att det blir lättare för patienten att förstå vad som omfattas av det statliga tandvårdsstödet och hur stor subvention man har rätt att få. Vidare möjliggör en enkel modell att vårdgivarnas arbete underlättas, främst genom att vårdgivarnas administrativa kostnader kan minskas. Även den statliga administrationen minskas genom att modellen är enkel.

Enkelheten i utredningens förslag till nytt tandvårdsstöd uttrycks främst genom att den grundläggande konstruktionen bör vara enkel i sin uppbyggnad med generella karensbelopp och fastställda ersättningsnivåer. Utgångspunkten är att grundkonstruktionen skall vara densamma oavsett ålder, typ av vård eller andra faktorer. Så långt som möjligt bör särregler eller separata system för begränsade syften eller målgrupper undvikas. Särlösningar för vissa grupper riskerar att skapa marginaleffekter och trösklar som kan få negativa vårdstyrande effekter, vilket erfarenheterna från dagens 65+system visar. Sådana negativa effekter riskerar dock att bli mest påtagliga i delar av tandvårdsstödet där ersättning lämnas beroende av storleken på patientens samlade tandvårdskonsumtion, dvs. skyddet mot höga kostnader.

Utredningens förslag bör bygga på en tydlig definition av vad som är ersättningsberättigande tandvård. Ett sådant regelverk bör syfta till flera saker, bl.a. att påverka vårdens inriktning och att skapa en definition och prioritering av de ändamål som de statliga resurserna skall gå till. Ett syfte bör också vara att åstadkomma en högre grad av enkelhet och förutsägbarhet för vårdgivarna och patienterna genom att dessa själva i högre utsträckning kan bedöma vad som är ersättningsberättigande tandvård och inte. Ett tydligare regelverk skapar därmed förutsättningar för att till största del ersätta dagens förhandsprövningsinstitut med efterhandskontroller.

För att skapa förutsättningar för effektiv uppföljning och kontroll av tandvårdsstödet bör den löpande statistiken utvecklas. Sådant statistik är även en viktig grund för att så långt som möjligt minimera risken för felaktigt utnyttjande av stödet. Vidare bör uppgiftslämningen från vårdgivarna utformas på ett sätt som gör det möjligt att lämna ersättning baserad på patientens totala samlade tandvårdskonsumtion under en viss period. Detta förutsätter

att uppgifter om patientens tandvårdskostnader registreras och hålls aktuella. Detta gäller inte enbart den tandvård över karensbeloppet, där ersättning faktiskt lämnas, utan all tandvård, i syfte att avgöra om och när patienten kommer att konsumera tandvård över karensbeloppet.

När det gäller vårdgivarnas administration bör ambitionen vara att så långt som möjligt förenkla vårdgivarnas uppgiftslämnande till Försäkringskassan genom ett ändamålsenligt och användarvänligt IT-stöd samt anpassade stödinsatser från Försäkringskassan. Under utformandet av förslagen bör regeringens mål om att minska företagens administrativa kostnader för de statliga regelverken beaktas särskilt.

### 10.3.2 Hälsöfrämjande inriktning

På lång sikt är det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader god tandhälsa. Detta uppnås i tandvården genom förebyggande insatser som minimerar vårdbehovet. Utredningen menar därför att styrningen av tandvården bör stödja beteenden hos vårdgivare och patienter som på sikt minskar tandvårdsbehoven. Det förebyggande synsättet och arbetet har en stark position inom svensk tandvård. I samband med en tandvårdsreform bör det säkerställas att det nya stödet ger tydliga incitament, såväl ekonomiska som administrativa, till hälsofrämjande tandvård.

Framgångsrik förebyggande tandvård är avgörande för att bibehålla den goda tandhälsa som finns bland stora grupper av den vuxna befolkningen. Förebyggande insatser är även viktiga hos de patienter som har tidigare behandlade tänder, eftersom uppkomst av nya sjukdomsangrepp på redan behandlade tänder kan förhindras eller upptäckas på ett tidigt stadium. På så sätt kan behoven av mer omfattande behandling minska. Förebyggande tandvård är även viktig för äldre patienter för att bibehålla munhålan frisk hela livet. Avslutningsvis är de förebyggande insatserna centrala för patienter med omfattande protetiska konstruktioner, t.ex. förankrade på implantat. Vikten av god egenvård är minst lika stor hos dessa patienter som hos patienter med egna tänder i behåll.

Förslaget om definition av ersättningsberättigande tandvård bör utgå från detta synsätt och uttrycka en övergripande prioritering som lyfter fram förebyggande insatser och tandvård som bevarar

vävnader i munnen så långt som möjligt. Vidare bör det även lämnas ett särskilt ekonomiskt stöd för förebyggande tandvård.

### 10.3.3 Förutsägbara kostnader

Utredningens tilläggsdirektiv anger att inriktningen för det nya statliga tandvårdsstödet skall vara att stödet baseras på ersättning för utförda åtgärder, s.k. styckeprisbaserad ersättning. Som utredningen redovisar i avsnitt 7 finns det betydande risker för att sådana ersättningssystem blir kostnadsdrivande om det inte finns tillräckliga begränsningar. Systemen skapar risker för överbehandling samt otillräcklig kontroll av både patienternas och statens kostnader. Erfarenheterna från 65+-reformen visar på många av de kontrollproblem som finns med styckeprisbaserade system.

Utformningen av det nya tandvårdsstödet förutsätter därför ett flertal komponenter som skall syfta till att begränsa de kostnadsdrivande egenskaperna i det nya tandvårdsstödet, skapa kontroll över de statliga utgifterna och den statliga resursanvändningen samt att säkerställa att subventionen kommer patienten till del. Dessa komponenter behöver bl.a. omhänderta frågor om styrning av prisutvecklingen, patienternas prisinformation samt definitionen av vilken tandvård som skall omfattas av det statliga stödet.

Definitionen av ersättningsberättigande tandvård bör syfta till att säkerställa att de statliga resurserna används effektivt och till de mest angelägna behoven. I samband med en tandvårdsreform ökar de statliga resurserna till tandvård och regelverket måste utformas så att kostnadsramen inte överskrids. I grunden innebär en definition av ersättningsberättigande tandvård en prioritering, där staten anger vilken tandvård som man anser vara så angelägen att den skall få ett statligt stöd. Reglerna kan ange vilken typ av vård som ersätts, men kan även begränsa hur många behandlingar av ett visst slag som det är möjligt att få inom tandvårdsstödet under en viss tid eller ange andra typer av objektiva begränsningar, t.ex. vilka tänder som omfattas av en viss behandling.

Avslutningsvis är förstärkta insatser för uppföljning och utvärdering av tandvården centralt för att det nya tandvårdsstödet skall kunna fungera ändamålsenligt. Utan tillräcklig kunskap om tandvårdskonsumtion och tandhälsa går det inte att styra och kontrollera tandvårdsstödet.

### 10.3.4 Komma patienten till del

I samband med reformeringen av det statliga tandvårdsstödet ökar staten väsentligt sin finansieringsandel av tandvården. Det är grundläggande att de statliga resurserna kommer patienten till del genom minskade tandvårdskostnader och att de inte blir en subvention som går till vårdgivarna genom att vårdgivarna, trots statlig ersättning, debiterar patienten hela kostnaden. För att den statliga subventionen skall komma patienten till del krävs en väl fungerande marknad. Utredningen kan konstatera att tandvårdsmarknaden inte fungerar väl, se avsnitt 6. Patienterna har en allt för svag ställning. Vårdgivarna har betydligt bättre information än patienterna om både patientens tandhälsa, möjliga åtgärder och material samt kostnaden för dessa. Samtidigt är det patienten som förväntas kunna fatta beslut om vilka tandvårdsåtgärder som skall genomföras och med vilken standard.

För att förbättra marknadens funktionssätt behövs det därför åtgärder som stärker patientens ställning, främst genom förbättrad information. Patienterna behöver förbättrad information om sin tandhälsa, möjliga behandlingsalternativ samt kvalitet och priser hos olika vårdgivare. Informationen behöver lämnas till patienten på ett begripligt och lättillgängligt sätt.

Det är staten och vårdgivarna som är de starka parterna och som har att ta sitt ansvar för att stärka patientens ställning. Vårdgivarna har informationen som patienterna behöver. Men det är viktigt att inte i onödan belasta vårdgivarna med allt för många uppgifter utöver den tandvård som det är deras uppdrag att tillhandahålla, eftersom det skulle kunna riskera att begränsa små verksamheters möjligheter att på lika villkor konkurrera på tandvårdsmarknaden. Därför måste staten så långt som möjligt underlätta för vårdgivarna i deras skyldigheter att lämna uppgifter som skall stärka patientens ställning. Det är också viktigt att staten reglerar uppgiftsskyldigheten på en väl avvägd nivå och löpande följer upp och utvärderar effekterna av reglerna, så att regler som inte leder till stärkt patientställning kan avskaffas och endast effektfulla regler behållas.

# 11 Ersättningsberättigande tandvård

I detta avsnitt behandlas frågan om vilken tandvård som skall berättiga till ersättning från det statliga tandvårdsstödet. Motiven redovisas för att tydligare slå fast en definition av denna vård och hur detta bör ske. Utredningen föreslår att regeringen, efter riksdagens bemyndigande, fastställer de detaljerade reglerna för detta utifrån en portalparagraf i den föreslagna lagen om statligt tandvårdsstöd. En särskild nämnd för statligt tandvårdsstöd bör inrättas med uppgift att till regeringen föreslå vilken tandvård som berättigar till statligt tandvårdsstöd och referenspriser för sådan vård. Utredningen lämnar ett förslag till ersättningsberättigande tandvård som bör tjäna som utgångspunkt.

## 11.1 Dagens regler

Dagens regler för ersättningsberättigande tandvård utgår från 6 § i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa som lyder: *”Tandvårdsersättning lämnas endast för behandling som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.”*

Ytterligare begränsningar för högkostnadsskyddet för personer som är 65 år och äldre ges i 13 a § i samma förordning. I termer av begränsning av vilken tandvård som ersätts, sägs där att ersättning inte lämnas för implantat bakom andra premolaren, att gjut- och ädelmetaller inte ingår i ersättningen samt att implantatbehandling inte ersätts om patienten har en välfungerande helprotes.

Till förordningen finns en bilaga med en lista som anger vilka åtgärder i en behandling som är ersättningsberättigande. Denna innebär i sig en definition av ersättningsberättigande tandvård. För åtgärder som inte finns med i bilagan får vårdgivaren ingen ersättning. Bilagan innehåller dock i princip alla förekommande

åtgärder inom tandvården och innebär därför ingen egentlig begränsning.

Försäkringskassan får meddela ytterligare föreskrifter som behövs för att verkställa förordningen om tandvårdstaxa. Försäkringskassan har inte preciserat definitionen av ersättningsberättigande tandvård i föreskrifterna, dock ges vissa ytterligare detaljer kring vad som får debiteras under respektive åtgärd.

I Försäkringskassans allmänna råd<sup>1</sup> finns vissa begränsningar när det gäller implantatbehandlingar. Dessa begränsningar gäller alla försäkrade, inte enbart de över 65 år. Där sägs att implantatbehandling inte bör godtas i helt tandlösa käkar när patienten har en välfungerande protes, vid otillräcklig benmängd eller dålig benkvalitet eller om prognosen för bentransplantation bedöms som dålig. Vidare bör implantatbehandling inte godtas när felfria eller behandlingsbara tänder planeras att tas bort för att ge plats åt implantat. Implantatbehandling i anslutning till restbett bör inte godtas bakom andra premolaren eller i en tandlucka där omgivande tänder har risk för omfattande restaureringsbehov. Bortsett från de två sistnämnda fallen, som innebär vissa begränsningar av vilken tandvård som är ersättningsberättigande, innebär dock dessa råd bara att implantatbehandlingen skall ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Sammantaget, menar utredningen, innebär nu gällande bestämmelser inte någon reell begränsning av vilken tandvård som berättigar till ersättning.

Avsaknaden av en tydligare definition än den som redovisas ovan innebär i princip att vårdgivaren avgör vad som är ersättningsberättigande vård genom att behandlingar som denne finner nödvändiga också berättigar till statligt tandvårdsstöd.

---

<sup>1</sup> Försäkringskassans allmänna råd RAR 2001:5

## 11.2 Ersättningsberättigande tandvård

**Utredningens förslag:** Definitionen av ersättningsberättigande tandvård skall förtydligas och fastställas i författning. Statligt tandvårdsstöd skall lämnas för förebyggande tandvård och tandvårdsbehandlingar som patienten behöver och som syftar till

- smärtfrihet och frihet från sjukdomar i munhålan,
- förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder,
- ett utseende utan tydliga, estetiskt störande inslag.

Vården skall syfta till att så långt möjligt bevara munnens vävnader. Behandlingens kvalitet och hållbarhet skall vägas mot kostnaderna.

**Principförslaget i delbetänkande SOU 2006:71:** Utredningen angav att ersättningsberättigad tandvård behöver definieras. Definitionen bör ta hänsyn till vad som är evidensbaserad tandvård, vad som är kostnadseffektivt och samhällsekonomiskt effektivt samt prioriteringarna inom ramen för tandvårdsstödet.

**Remissinstanserna:** *Praktikertjänst AB* konstaterar att en definition av vad som är ersättningsberättigande tandvård är ett sätt att begränsa statens utgifter för tandvårdsstödet och anser att det är angeläget att en definition görs. *Privattandläkarna* anser att definitionen av vilken tandvård som är ersättningsberättigande absolut behöver förtydligas, men framhåller samtidigt att den vård som är ersättningsberättigande inte på något sätt får begränsa tandläkarnas yrkesutövning. Regelverket får inte vara utformat så att det förhindrar tandvård enligt lege artis och inte heller så att det sträcker sig utanför vad som är att betrakta som lege artis och därmed sätter tandläkaren i en svår position eller blir kostnadsdrivande. Man konstaterar att det i dag inte står i någon författning vad man får ersättning för, vilket innebär att i stort sett allt ersätts. Det är en rättssäkerhetsfråga att ha ett regelverk för detta. *Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)* framhåller att beredningens rapporter som rör odontologiska åtgärder bör vara en del av beslutsunderlaget för att fastställa ersättningsberättigande tandvård. Principen att den ersättningsberättigande tandvården skall ta hänsyn till vad som är evidensbaserat är riktig, men man pekar på att tillgången på evidens för många metoder som används idag är begränsad. Metoder som saknar vetenskaplig underlag behöver inte vara ineffektiva och det kan finnas skäl att fortsätta med dem, målet bör dock vara att så många metoder som möjligt skall baseras

på ett tillförlitligt vetenskapligt underlag. Andra instanser som kommenterat förslaget är positiva. *Socialstyrelsen* anser att det är viktigt att definiera ersättningsberättigande tandvård och att det behövs ett särskilt organ som fastställer detta.

**Skälen för utredningens förslag:** Dagens regelverk ger ingen tydlig gräns för vad som är ersättningsberättigande vård utan lämnar gränsdragningen i princip till vårdgivaren genom att de behandlingar tandläkaren eller tandhygienisten anser är nödvändiga också berättigar till ersättning. I den förhandsprövade tandvården avslås en liten andel, ca 4–5 procent. Av de fall som avslås grundas avslaget framförallt på frågan om ersättningens storlek och endast i ett mindre antal fall på vilken vård som skall utföras. I princip all vård som förhandsprövas beviljas alltså.

Med det föreslagna nya tandvårdsstödet kommer avsevärt mer statliga resurser att avsättas för tandvård och staten kommer, för tandvårdskonsumtion över karensbeloppet, för fler patienter att bidra med en större andel än i dag. I syfte att skapa kontroll över vilken tandvård som får tillgång till det statliga stödet och för att skapa förutsägbarhet över statens utgifter anser utredningen att ett regelverk bör definiera vilken vård som skall ingå i den statliga tandvårdsersättningen.

Att tydligt definiera den vård som berättigar till ersättning är också ett sätt att garantera att en önskad prioritering får genomslag i tandvården. Definitionen skall spegla vilken vård som är så angelägen att den berättigar till statligt stöd. Ersättningssystemet får därmed en avsiktligt vårdstyrande effekt. Vårdstyrande effekter har eftersträvat inom ramen för det offentliga stödet för tandvård ända sedan tillkomsten av den första tandvårdsförsäkringen 1974. Metoden för att uppnå de önskade effekterna har främst byggt på den ekonomiska ersättningen så att olika ersättningsnivåer kopplats till olika vårdinsatser. Det senaste exemplet är 65+systemet som ger behandlingar inom protetik för patienter som omfattas särskilt gynnsamma ekonomiska villkor, samtidigt som stödet till bastandvård för denna grupp höjdes. I jämförelse med 65+systemet är stödet för protetiska åtgärder för övriga grupper mycket återhållsamt. Även för bastandvård har stödet generellt urholkats och fördelats över en mängd åtgärder där ersättning lämnas i samma utsträckning till alla patienter oavsett vilket behov som finns. Effekten blir att stödet inte i första hand riktas till patienter med störst behov utan snarare lämnas med låga belopp till



de flesta patienterna. Det ovan beskrivna har lett till ett otydligt och splittrat system där olika principer existerar parallellt och som inte präglas av överblickbarhet. Utredningen menar att det bästa i stället är att definiera den vård som är ersättningsberättigande och under vilka förutsättningar den är det och därmed dra upp gränserna för vad staten anser är en lämplig grundnivå för tandvård. Därmed görs en prioritering genom att på ett mer direkt sätt peka ut den mest angelägna vården och göra den ersättningsberättigande. Den ekonomiska ersättningen ges framförallt i form av statlig delfinansiering av denna ersättningsberättigande vård över en viss karensnivå.

Dagens ersättning lämnas utifrån åtgärder som vårdgivaren genomför. Åtgärderna finns listade i förordningen om tandvårdstaxa och Försäkringskassan gör utbetalningar utifrån reglerna i denna. Åtgärdslistan har i hög utsträckning kommit att dominera tandvården. Utredningen anser att ersättningsberättigande vård skall avse behandlingar som utförs med en diagnos eller en adekvat riskbedömning och en behandlingsplan som grund. Utifrån en diagnos som vårdgivaren ställer eller ett i förväg definierat tillstånd skall vissa åtgärder omfattas av tandvårdsstödet. Åtgärderna i sig bör alltså inte vara ersättningsberättigande utan det krävs också att vårdgivaren ställt en diagnos eller identifierat en situation som enligt regelverket motiverar respektive åtgärd. Sammanhanget i vilket åtgärden vidtas bör avgöra om åtgärden är ersättningsberättigande eller inte. Skälet till detta är att det i grunden är sjukdomstillståndet som bör utgöra utgångspunkt när stöd lämnas till tandvård, inte åtgärden som vidtas. I flertalet fall innebär denna princip inga större förändringar i förhållande till idag. Diagnos skall alltid ställas inför olika behandlingar och uppgift om ställd diagnos skall alltid ingå i journalen tillsammans med vidtagna och planerade åtgärder<sup>2</sup>. Utredningen anser dock att diagnostiken inom tandvården är ett område som bör få ökad prioritet. Vidare har utredningen erfarit att journalföringen inte alltid lever upp till de krav som ställs. Att göra diagnosen till en del av ersättningssystemet är viktigt i de fall det finns begränsningar så att en viss åtgärd enbart är ersättningsberättigande vid vissa diagnoser och/eller under vissa förutsättningar. Normalt skall åtgärder utgå från diagnoser, men det kan också vara fråga om andra väldefinierade tillstånd såsom skadade proteser som behöver repareras eller fyllningar som frakturerat.

---

<sup>2</sup> 3 § patientjournalagen (1985:562).

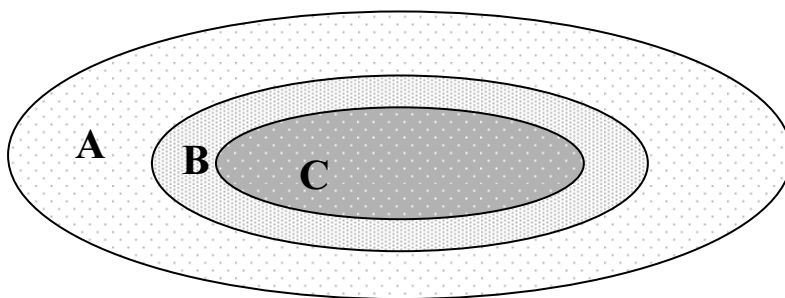
Dessutom utgör olika arbetsmoment inom diagnostiken i sig (undersökningar, röntgenbilder, provtagning osv.) åtgärder som skall ingå i ersättningen.

Att på detta sätt utgå från diagnoser kommer enligt utredningens mening också att bidra till kvalitetshöjning av tandvården. Genom att i högre utsträckning ställa diagnosen i centrum kommer den allmänna förståelsen för vad det statliga stödet används till att öka.

Tandvård som omfattas av tandvårdsstödet skall utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. En strävan bör vara att vården skall vara evidensbaserad. All vård som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet bör dock enligt utredningen inte per automatik berättiga till ersättning från det statliga tandvårdsstödet. Det kan t.ex. finnas viss vård som vårdgivaren utför inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet men som faller utanför det statliga tandvårdsstödet för att den inte är prioriterad eller inte bedöms vara kostnadseffektiv. Den ersättningsberättigande vården blir därmed en del av tandvård som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I utredningens delbetänkande SOU 2006:71 illustrerades detta med följande figur:

**Figur 11.1 Styrningen av vårdens innehåll**



A: Den tandvård som är möjlig att utföra.

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

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

Inom ring A men utanför ring B faller sådan tandvård som är möjlig att utföra, men som inte är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det kan dels vara fråga om tandvård som är direkt skadlig eller komplett verkningslös, men det kan också handla om nya behandlingsformer och nya material som ännu inte provats i tillräcklig utsträckning för att anses förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom ring B men utanför ring C finns tandvård som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet och kan anses vara god vård, men som inte ges statligt stöd. I den här kategorin kan falla t.ex. implantatbehandlingar där konventionell protetik skulle fungera bra, protetik på en enstaka tand där fyllningsterapi skulle fungera, tandblekning, protetik- och tandregleringsbehandlingar av problem av ringa art, behandlingar med exklusivare material eller annan behandling som inte är så prioriterad att den bör få statligt stöd. Innehållet i C-ringen, som utgör utredningens primära fokus, innehåller den ersättningsberättigande vården och skall utgöra en grundstandard inom tandvården som, enkelt uttryckt, omfattar förebyggande tandvård, åtgärdande av sjukdomstillstånd i munhålan och reparativ och rehabiliterande vård till de som har de allra största behoven.

Varje vårdgivare ansvarar för att den vård som hon eller han utför sker utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Idealiskt sett borde vetenskap och beprövad erfarenhet vara klart definierat och välbekant innan den ersättningsberättigande vården fastställs. Så är dock inte fallet i dag. Vad som inom dagens tandvård utgör vetenskap och beprövad erfarenhet är inte väldefinierat. Evidensbaserad tandvård är dessutom begränsad. Visst underlag för att definiera evidensbaserad tandvård finns dock. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har publicerat litteraturöversikter avseende karies, parodontit och bettavvikelser/tandreglering och om rökning och oral hälsa. Dessutom har Kunskapscenter för Dentala Material (KDM) vid Socialstyrelsen publicerat ett antal kunskapsöversikter som syftar till att sprida vetenskapligt baserad kunskap om dentala materials egenskaper.

Det är Socialstyrelsen som har ansvaret för att definiera vetenskap och beprövad erfarenhet (det vill säga att definiera B-ringen i figuren ovan). Detta innefattar bland annat att tolka och sammanställa forskningsresultat och utforma nationella riktlinjer för behandling av olika sjukdomar samt att göra kunskapen tillgänglig. I arbetet med att ta fram och kartlägga fakta bör Socialstyrelsen också arbeta med tandhälsoregister och kvalitetsregister. Att

tydligare definiera vetenskap och beprövad erfarenhet för hela tandvårdsområdet kommer sannolikt att ta ett antal år. Utredningen bedömer dock att det är möjligt att ta fram preliminära riktlinjer på ett antal områden inom ett år. Utredningen föreslog redan i sitt andra delbetänkande (SOU 2006:71) att regeringen bör tydliggöra Socialstyrelsens roll på tandvårdsområdet och att Socialstyrelsen i större utsträckning bör utfärda nationella riktlinjer för att öka kunskapsbasen inom tandvården. Regeringen har därefter i Socialstyrelsens regleringsbrev för 2007 givit myndigheten i uppdrag att utforma en modell för hur nationella riktlinjer för tandvården skall utarbetas. Resultatet av detta arbete skall redovisas 1 september 2007. Myndigheten har också i uppdrag att börja ta fram riktlinjer inom olika områden. Från och med 2008 skall myndigheten årligen redovisa hur arbetet fortskrider. Utredningen anser att detta initiativ kommer att höja ambitionen på området och att det fortsatta arbetet nogsamt bör följas av regeringen.

Kriterierna för ersättningsberättigande tandvård får, i brist på en tydlig definition av B-ringen i figur 11.1, till en början utgå från dagens praxis för att senare eventuellt revideras. Därmed inte sagt att allt som i dag är praxis också skall vara ersättningsberättigande vård.

Att definiera ersättningsberättigande tandvård innebär en prioritering där statsmakterna anger vilken tandvård som är så angelägen att den bör få statligt stöd. I den föreslagna lagen om statligt tandvårdsstöd bör riksdagen i en inledande portalparagraf slå fast den övergripande prioriteringen för tandvårdsstödet. De mer detaljerade reglerna över vilken vård som berättigar till ersättning bör beslutas av regeringen i en förordning. Den senare kommer att bli det centrala regelverket för de enskilda vårdgivarna. Det är inte så att den enskilda vårdgivaren behöver göra ställningstagande i olika behandlingssituationer direkt utifrån lagparagrafen. Paragrafen bildar utgångspunkten för definitionen av ersättningsberättigande tandvård, och har alltså en överordnad roll i förhållande till den i förordning fastlagda definitionen av ersättningsberättigande tandvård.

Bestämmelserna bör ange att syftet t.ex. är att patienten inte skall ha ont eller ha sjukdomar i munhålan, kunna tala och tugga och ha ett utseende utan estetiskt störande inslag. Utredningen föreslår följande lydelse:

Statligt tandvårdsstöd lämnas för förebyggande tandvård och tandvårdsbehandlingar som patienten behöver och som syftar till

- smärtfrihet och frihet från sjukdomar i munhålan,
- förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder,
- ett utseende utan tydliga, estetiskt störande inslag.

Vården skall syfta till att så långt möjligt bevara munnens vävnader. Behandlingens kvalitet och hållbarhet skall vägas mot kostnaderna.

Bestämmelsen understryker att vården fokuserar på förebyggande insatser, på smärt- och sjukdomsfrihet, förmåga att tugga och tala utan större hinder och ett utseende utan tydliga, störande inslag. I bestämmelsen definieras en grundläggande tandvård, den säger t.ex. inte att alla tänkbara åtgärder skall vidtas för att tugga helt obehindrat eller att alla genomförbara åtgärder skall vidtas för att åstadkomma en helt vit och jämn tandrad utan någon tandlucka. Kosmetisk tandvård som syftar till att förbättra utseendet utan att något större problem föreligger skall inte berättiga till ersättning, inte heller omgörningar i förebyggande syfte t.ex. att byta ut gamla fyllningar mot nya eller byta material i fyllningar och andra komponenter. Undersökningar och utredningar som syftar till att ställa diagnos och göra en riskbedömning av patienten är en förutsättning för att över huvud taget kunna genomföra vården och bör också omfattas av det statliga tandvårdsstödet.

Att vården skall bevara munnens vävnader såsom tänder, slemhinnor och käkben innebär att vissa behandlingsalternativ prioriteras framför andra. Det kan t.ex. innebära att förebyggande insatser prioriteras före reparationer, att konventionell protetik på befintlig tandvävnad prioriteras framför implantatteknik och att implantattekniker som med största säkerhet bevarar käkbenet eftersträvas. Vid val av olika sätt att t.ex. laga en tand skall den metod och det material som är skonsammast för tanden och som bevarar mest tandsubstans ingå i ersättningen.

Skälet till att vården skall ha en vävnadsbevarande inriktning är det gynnar tandhälsan och förbättrar den långsiktiga hållbarheten vid olika behandlingar. Vävnadsbevarande tandvård syftar till att begränsa tekniska ingrepp såsom fyllningar till de situationer då inget annat återstår. Fyllningar har en begränsad överlevnadstid och en reparation av en tand innebär alltid en försvagning. Det är stor risk att granntanden skadas vid reparationer med risk för karies som följd. Anledningen till att fyllningar behöver göras om är i huvudsak karies i anslutning till tidigare fyllningar (sekundärkaries). När fyllningar behöver ersättas innebär detta alltid att nya fyllningar blir större och med större fyllningar försämras

hållbarheten, både för tanden och för fyllningen. Även om vävnadsvänliga material används innebär ett ersättande av ursprunglig vävnad med konstgjorda material en risk, t.ex. har det visat sig att vävnadsnedbrytning kan ske i anslutning till implantat (peri-implantit) på liknande sätt som tandlossning (parodontit) kan utvecklas vid egna tänder. Följden blir att vård föder vård. I förlängningen menar utredningen att en vävnadsbevarande inriktning kan minska vårdkostnaderna både för individ och samhälle.

Vidare är inriktningen att bland möjliga behandlingsalternativ bör det alternativ som mest kostnadseffektivt löser vårdbehovet berättiga till ersättning. För att detta skall vara möjligt måste t.ex. olika behandlingars kvalitet, hållbarhet och estetik vägas mot kostnaderna. En behandling som har den bästa prognosen på lång sikt är därmed inte alltid det självklara valet om den längre hållbarheten inte kan beläggas, är osäker eller om den inte uppväger den högre kostnaden i tillräcklig utsträckning. Det innebär inte heller att den billigaste behandlingen alltid behöver vara förstahandsalternativet. Ofta finns det delade meningar om olika behandlingars hållbarhet. Hållbarheten varierar dessutom från en patient till en annan och från en situation till en annan. Vid utformningen av de detaljerade reglerna för tandvårdsstödet måste en rimlig avvägning ske. Ansvaret för att göra denna avvägning faller på den nämnd som enligt utredningens förslag, se avsnitt 11.4, skall lämna förslag på klara och entydiga regler till regeringen och givetvis ytterst på regeringen som beslutar om förordningen. Vårdgivaren gör alltså inte avvägningen i en faktisk behandlingssituation. Vårdgivaren är ansvarig för behandlingen och därmed avvägningen för vilken behandling som är bäst i den aktuella situationen. Däremot är vårdgivaren inte ansvarig för att avgöra vilken behandling som är ersättningsberättigande, utan detta kommer att slås fast i regelverket som anger vilken tandvård som berättigar till ersättning.

Bland de utgångspunkter som angivits ovan kan det finnas en målkonflikt. Vid en viss diagnos kan t.ex. den mest kostnadseffektiva behandlingsformen visa sig inte vara lika vävnadsbevarande som andra mindre kostnadseffektiva alternativ. Ingen princip är överordnad den andra. Även här måste en avvägning ske när de detaljerade reglerna i förordningen utformas.

### 11.3 Beslut om vad som utgör ersättningsberättigande tandvård

**Utredningens förslag:** Regeringen skall i förordning ge detaljerade föreskrifter om vilken tandvård som skall berättiga till ersättning från det statliga tandvårdsstödet och referenspriser för sådan vård.

**Principförslaget i delbetänkande SOU 2006:71:** Regeringen bör årligen fatta beslut om vad som skall vara ersättningsberättigad tandvård. Det bör övervägas att införa en särskild nämnd som tar fram beslutsunderlag och förslag till beslut vad avser ersättningsberättigad tandvård. Som ett underlag till besluten om ersättningsberättigad tandvård bör det genomföras en prioriteringsutredning.

**Remissinstanserna:** *Praktikertjänst AB* ställer sig positivt till förslaget att definitionen av ersättningsberättigande tandvård ses över så att nya behandlingsmetoder kan tillföras och gamla avföras, men det är inte säkert att detta behöver ske varje år. Odontologisk kompetens och kontakt med professionen och forskning är viktig vid översynen. *Sveriges Tandhygienistförening* är inte främmande för att tillsätta en prioriteringsutredning. *Försäkringskassan* menar att referenspriserna bör fastställas vid årliga beslut men att ersättningsberättigande tandvård inte bör ändras varje år. *Socialstyrelsen* anser att det troligen är nödvändigt med någon form av prioriteringsutredning.

**Skälen för utredningens förslag:** I lagen om statligt tandvårdsstöd anges de övergripande utgångspunkterna för definitionen av ersättningsberättigande tandvård. Dessa utgångspunkter måste ges ett mer detaljerat innehåll som kan ligga till grund för tillämpningen av tandvårdsstödet.

Att lägga fast definitionen av vilken tandvård som bör berättiga till ersättning innebär att en politisk prioritering görs av hur de offentliga vårdresurserna skall användas. För att få den politiska avvägningen av prioriteringarna bör det vara regeringen som fattar beslut om definitionen av ersättningsberättigande tandvård. Detta bör, efter riksdagens bemyndigande, ske i en förordning, med ett förslag av en särskild statlig nämnd som grund. Eftersom den politiska förankringen av det detaljerade regelverket kommer att ske på detta sätt och eftersom nämnden kommer att ha ett brett mandat att föreslå adekvata avvägningar anser utredningen nu att en prioriteringsutredning inte behöver tillkallas. Den ordning

utredningen föreslår och de utgångspunkter för regelverket som föreslås i avsnitt 11.5 bedöms som tillräckliga för att garantera en lämplig omfattning på det offentliga åtagandet som det statliga tandvårdsstödet innebär. Regeringen bör i förordningen ange den närmare definitionen av ersättningsberättigande tandvård. Förordningen kommer i denna del att vara det operativa regelverk som vårdgivarna har att utgå från vid begäran om ersättning och som Försäkringskassan har att tillämpa vid utbetalning av ersättning. Utredningen återkommer med förslag om nämnden i avsnitt 11.4.

Efter ikraftträdandet fattar regeringen vid behov beslut om förändringar av den ersättningsberättigande tandvården och de referenspriser som de ersättningsberättigande åtgärderna skall ha. I syfte att ge patienter och vårdgivare klara spelregler och stabila förutsättningar är det önskvärt att reglerna för vilken vård som berättigar till ersättning inte förändras alltför ofta. Om inga större förändringar i den generella prisutvecklingen sker eller om prisutvecklingen på olika behandlingar eller material inte är dramatisk behöver inte heller referenspriserna revideras årligen.

Eftersom det föreslagna tandvårdsstödet förutsätter en definition av ersättningsberättigande tandvård lämnar utredningen redan nu i avsnitt 11.5 utifrån egna bedömningar förslag till hur en prioritering och en definition av ersättningsberättigande tandvård bör se ut. Förslaget innehåller de principer och synsätt som bör präglare regelverket och konkreta regler för merparten av tandvården.

#### 11.4 Nämnden för statligt tandvårdsstöd

**Utredningens förslag:** En nämnd skall inrättas för att till regeringen föreslå vilken tandvård som berättigar till statligt tandvårdsstöd och referenspriser för sådan vård samt beloppsgränser för tandvårdsersättning. Nämnden skall lämna ett beslutsunderlag tillsammans med eventuella förslag en gång per år. Nämnden skall självständigt fatta sina beslut men skall organisatoriskt placeras inom Försäkringskassan. Nämndens uppdrag skall ges i Försäkringskassans instruktion.

**Principförslaget i delbetänkande SOU 2006:71:** Det bör övervägas att införa en särskild nämnd som tar fram beslutsunderlag och förslag till beslut vad avser ersättningsberättigad tandvård och



referenspriser. Nämnden kan organisatoriskt placeras inom Försäkringskassan.

**Remissinstanserna:** *Försäkringskassan* ser gärna en nämnd, som kan härbärgas hos Försäkringskassan, men den bör fatta självständiga beslut. *Praktikertjänst AB* understryker att nämnden bör ha odontologisk klinisk kompetens och försäkringskompetens. *Tjänstetandläkarna* är positiva till en nämnd som fastställer referenspriser. Nämnden bör dock inte finnas hos Försäkringskassan av historiska skäl. Det föreligger en betydande risk för att Försäkringskassan i sin egenskap av administrerande myndighet för tandvårdsstödet får ett eget intresse av att styra konstruktionen av detsamma. *Privattandläkarna* anser att den nämnd som inrättas själv skall förfoga över besluten så långt det är möjligt, skälen är att nämnden snabbt skall kunna komma till rätta med felaktigheter och skevheter som uppkommer i ett nytt tandvårdssystem. Att snabbt kunna lösa problem vore en stor vinst. Det bör i nämnden finnas odontologisk kompetens, representation från Socialstyrelsen, vanliga tandläkare och konsumentkompetens. Definitionen av ersättningsberättigande tandvård måste kunna revideras när behov uppstår och en sådan fråga måste kunna väckas utifrån. Det är inte väsentligt var nämnden placeras. *Sveriges Kommuner och Landsting* är, med anledning av erfarenheterna från tiden med prisreglering, tveksamma till förslaget att en nämnd inom Försäkringskassan skall ta fram underlag för det föreslagna referensprissystemet.

**Skälen för utredningens förslag:** Definitionen av ersättningsberättigande tandvård utgör kärnan i det nya tandvårdsstödet. Som anförts ovan anser utredningen att regeringen i förordningen om statligt tandvårdsstöd bör fatta beslut om vilken tandvård som berättigar till statligt stöd och referenspriser för den vården. Till stöd för beslutet behöver regeringen ett genomarbetat beslutsunderlag.

Uppdraget att ta fram underlaget rymmer en rad komplicerade frågeställningar. Definitionen av vad som är ersättningsberättigande tandvård skall grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet och strävan bör vara att reglerna bygger på evidensbaserad tandvård. Detta betyder att Socialstyrelsens ansvar för att utveckla heltäckande nationella riktlinjer för att definiera tandvård förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet blir centralt för att nämnden skall kunna fullgöra sitt uppdrag. Vidare är kostnadseffektivitet och samhällsekonomisk effektivitet viktiga utgångs-

punkter. Utöver detta skall en bedömning också göras av vad som, givet nyss nämnda krav, är en rimlig nivå på statens åtagande.

Den del av nämndens uppdrag som går ut på att föreslå referenspriser syftar till att ge regeringen underlag för att fatta beslut om en referensprislista över den vård som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Eftersom referenspriserna bör ha sin grund i den faktiska prisnivån bör de ses över årligen och vid behov revideras för att följa kostnadsutvecklingen. Ett underlag tillsammans med eventuella förslag till nya referenspriser bör därför lämnas till regeringen. I uppdraget ligger också att se över och vid behov föreslå nya beloppsgränser för tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader, som följer referenspriserna. Se även avsnitt 19.4.4.

Eftersom regeringen fattar beslut om ersättningsberättigande tandvård och referenspriser är en möjlighet att beslutsunderlaget tas fram inom Regeringskansliet. Utredningen anser dock att de uppgifter som behöver utföras för att ta fram underlaget är av det slaget att de normalt utförs av någon central förvaltningsmyndighet.

En möjlighet är därför att lägga uppgiften att ta fram beslutsunderlag på någon befintlig myndighet. De myndigheter som utredningen anser skulle kunna vara aktuella är Socialstyrelsen, med utgångspunkt i sitt uppdrag att vara central förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör bl.a. tandvård, eller Försäkringskassan, som ansvarar för administrationen av det statliga tandvårdsstödet. Ingen myndighet har i dag ansvar att ta fram beslutsunderlag av den typ som avses. Båda myndigheterna besitter dock på olika områden kompetens som är av betydelse för uppgiften, men ingen av myndigheterna har all nödvändig kompetens samlad. Utredningen anser att det är av stor vikt att renodla myndigheternas uppdrag och roller. Socialstyrelsens huvuduppgift på tandvårdsområdet är att utöva tillsyn och normering, att följa utvecklingen av vården vad gäller kvalitet och säkerhet och att svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling. Myndighetens fokus ligger på innehållet i vården och den har därmed ingen direkt uppgift att fylla vad gäller ersättningssystemet. Att lägga ansvaret för att ta fram en definition av vilken tandvård som bör vara ersättningsberättigande och referenspriser för denna på Socialstyrelsen är enligt utredningen inte rimligt.

Försäkringskassans roll att administrera och normera kring tandvårdsstödet bör utföras självständigt från rollen att utforma

regelverket, varför utredningen anser att uppgiften är olämplig att lägga på Försäkringskassan. Fram till 1999 låg visserligen ett likartat uppdrag på dåvarande Riksförsäkringsverket. Erfarenheterna från denna period är inte så goda och visar på problemen med att ge dubbla roller till samma organisation. Försäkringskassan är dock den myndighet som i störst utsträckning besitter delar av den kompetens som är relevant med avseende på de uppgifter som behöver utföras. Problemet ligger i de olika roller som Försäkringskassan samtidigt skulle ha.

Inom läkemedelsområdet finns en särskild nämnd med ansvar att avgöra vilka läkemedel som skall vara subventionerade. Läkemedelsförmånsnämndens uppdrag är principiellt likt uppdraget att föreslå vilken tandvård som skall berättiga till statligt stöd. En möjlighet vore att utvidga nämndens uppdrag till att också omfatta detta. Utredningen menar dock att även om uppdraget ur principiella utgångspunkter liknar läkemedelsförmånsnämndens så är sakfrågorna så olika att några synergieffekter inte finns som kan motivera att en sådan lösning övervägs.

Ett alternativ som utredningen övervägt är att inrätta en särskild nämndmyndighet med uppgift att ta fram beslutsunderlag. En sådan myndighet skulle ha ett ganska begränsat uppdrag och inte fatta några direkta beslut annat än kring vilket underlag som skall överlämnas till regeringen. Därför förefaller det enligt utredningens mening onödigt att tillskapa en separat myndighet med allt vad det innebär av administrativt ramverk och merkostnader för detta.

Att ge uppdraget till en nämnd som arbetar självständigt är dock viktigt för beslutsunderlagets trovärdighet. Utredningen anser därför att en nämnd bör inrättas som ett fristående organ inom Försäkringskassan och att dess uppdrag bör ges i Försäkringskassans instruktion. Utredningen ser praktiska och administrativa skäl till att Försäkringskassan skall fungera som värmyndighet åt nämnden.

### *Organisation*

Även om den föreslagna nämndens uppdrag inte ansetts motivera att en särskild myndighet tillskapas, kommer dess uppgifter att vara relativt omfattande och komplexa och det kommer därför att ställas höga krav på nämndens samlade kompetens. Dels bör nämnden besitta odontologisk kompetens för att kunna bedöma olika behandlingsmetoder, deras lämplighet, effekter på kort och lång

sikt osv., dels bör nämnden ha förmåga att omsätta sin kunskap i klara regler uttryckta så att de kan tillämpas av vårdgivare och myndigheter. Nämnden bör också kunna ta ställning till vilka åtgärder som är mer kostnadseffektiva än andra och vilka samhälls-ekonomiska effekter olika förslag ger. En viktig förutsättning är också att nämnden kan uttrycka en uppfattning om vad som är en rimlig nivå på det offentliga åtagande det statliga tandvårdsstödet utgör. Vidare bör det finnas kunskap om vilka faktorer som styr kostnaderna i tandvården, och nämnden bör kunna avgöra vad som kan anses vara normalpris för olika behandlingar. Förmågan att förankra sina förslag är också viktig och kräver att nämnden har väl utarbetade kontakter inom tandvården.

Nämndens arbetsbelastning kommer troligen att variera över tiden. När reglerna för ersättningsberättigande tandvård lagts fast första gången kommer arbetet att fokuseras på att uppdatera dem, t.ex. genom att bedöma om och hur nya behandlingsformer, nya dentala material, nya forskningsrön skall hanteras i tandvårdsstödet. Som underlag för referenspriserna bör nämnden göra undersökningar av prisinformation inhämtad från vårdgivarna och deras leverantörer, studier av materialkostnader, tidsstudier av behandlingsmoment o.s.v. Intensiteten i arbetet kommer sannolikt att variera ganska mycket. Arbetet med att ta fram underlag för att revidera referenspriserna kommer troligen att pågå konstant.

Nämnden bör vara relativt liten men samtidigt stor nog för att täcka in de olika kompetenser som behövs. Idealet vore att ledamöterna besitter alla eller flera kompetenser, men troligare är att varje ledamot kommer att representera någon specifik kompetens. Utredningen anser att sex ledamöter och en ordförande skulle kunna vara en lämplig dimensionering. I sitt beredningsarbete bör nämnden utnyttja den kompetens som finns i sektorn och myndigheter som Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och SBU bör bidra med sin kunskap i olika delar. Även kontakter med *Nordisk Instituttt for Odontologiske Materialer* (NIOM), Konsumentverket, Konkurrensverket, Statistiska Centralbyrån (SCB) och Konjunkturinstitutet kan bli aktuella. För att förankra sina förslag kan det vara lämpligt att nämnden använder sig av referensgrupper där olika intressenter är representerade.

Nämnden bör biträdas av ett kansli som kan vara ganska begränsat i storlek, men bör kunna utökas när större insatser behöver göras. Initialt, inför och i samband med att den nya

ersättningen lanseras, kan arbetsbördan bli betydande vilket man bör ta hänsyn till vid dimensioneringen av kansliet.

Eftersom nämnden inte har status som fristående myndighet bör finansieringen ske genom Försäkringskassans ramanslag genom en egen anslagspost. Nämndens budget bör täcka ordförandens och ledamöternas arvoden, kansliresurser inklusive personal som är anställd av Försäkringskassan, men öronmärkt för nämnden. Det skall också finnas medel för studier, databearbetningar, seminarier m.m. För en uppskattning av kostnaderna för nämnden se avsnitt 19.

Finansiell redovisning, resultatredovisning och annan löpande information till regeringen bör lämnas i Försäkringskassans årsredovisningar, budgetunderlag o.s.v.

## 11.5 Förslag till definition av ersättningsberättigande tandvård

**Utredningens förslag:** Tandvård som berättigar till statligt tandvårdsstöd skall utgå från vad som anges i bilaga 5.

### 11.5.1 Struktur och utgångspunkter

För att vara verkningsfulla måste reglerna om ersättningsberättigande tandvård som beslutas i förordningen vara begripliga, uppfattas som rimliga och vinna acceptans hos vårdgivare och patienter. De måste vara så tydliga att vårdgivaren i förväg kan veta vilken tandvård som berättigar till ersättning. Syftet med dem är att vårdgivaren utan ytterligare upplysningar eller definitioner skall veta om statlig ersättning lämnas vid olika behandlingar och vilka åtgärder som för olika diagnoser är ersättningsberättigande.

Strukturen på regelverket bör enligt utredningen spegla den prioritering som staten gör. Detta bör göras så att för vissa diagnoser är en större del av ett möjligt behandlingspanorama ersättningsberättigande och för andra diagnoser finns fler begränsningar för vilka åtgärder som berättigar till ersättning. Utredningen föreslår att reglerna för ersättningsberättigande tandvård struktureras i avdelningar enligt följande:

1. Undersökningar, utredningar och diagnostik
2. Hälsofrämjande insatser
3. Behandling av sjukdoms- och smärttillstånd
4. Reparativ vård
5. Rehabiliterande och habiliterande vård

Under avdelning 1, 2 och 3 är åtgärderna ersättningsberättigande i de flesta situationer, eftersom staten i denna del vill uppmuntra insatser. Vård under avdelning 4 och 5 bör innehålla tydliga begränsningar när det gäller situationer som berättigar till ersättning. Det finns här ett större behov av att ange en begränsning av vad staten finansierar vid vissa diagnoser eftersom mängden möjliga alternativ och kostnaderna för dessa varierar mycket. Det kan dock vara så att en rehabiliterande insats på en patient som verkligen är i behov av den är högre eller lika prioriterad som förebyggande insatser.

Regelverket för åtgärder som berättigar till ersättning bör vara strukturerat efter dessa fem avdelningar. Utredningen anser att uppdelningen i bastandvård och protetik som finns i förordningen om tandvårdstaxa bör avskaffas då den i dag varken återspeglar någon prioritering eller något som är meningsfullt för vården. Uppdelningen har tillkommit för att differentiera den ekonomiska ersättningen och fyller därför ingen funktion i det förslagna tandvårdsstödet.

Prioriteringen mellan de fem avdelningarna avser inte nivån på den ekonomiska ersättningen. Det lämnas exempelvis inte högre ersättning för förebyggande vård än för rehabiliterande vård. Ersättningen bygger på patientens totala tandvårdskonsumtion oavsett vilken typ av vård som utförs så länge den är ersättningsberättigande, se avsnitt 14.2. Detta innebär att indelningen i olika avdelningar inte har någon vårdstyrande effekt genom ekonomisk stimulans. I syfte att ge prioriteringen effekt är det därför ännu viktigare att reglerna blir tydliga och anger en klar gräns för det statliga stödet. Patienter med diagnoser som visar på de största behoven skall få del av statliga tandvårdsstödet resurserna medan mindre angelägna behov inte tilldelas resurser. Ersättning skall lämnas till de patienter som behöver det bäst.

Det kan upplevas som motsägelsefullt att på detta sätt uttrycka en prioritering av t.ex. hälsofrämjande insatser utan att samtidigt ge ett tydligt ekonomiskt stöd åt dessa insatser. En ansats som inte tar hänsyn till att patienter bör få stöd för kostsamma men angelägna

behov vore att koppla den ekonomiska ersättningen till avdelningarna direkt och differentiera ersättningsgraden utifrån hur prioriterad avdelningen är t.ex. att 100 procent statligt stöd ges till undersökningar och hälsofrämjande insatser och att 20 procent ges till rehabiliterande vård. Med ett sådant system skulle t.ex. patienter som har ett angeläget behov av avancerad implantatstödd protetik inte få mer än 20 procent statligt stöd för en mycket kostsam behandling. En sådan ordning skulle innebära att något högkostnadsskydd inte finns och att patienter med de största behoven inte kan räkna med något reellt stöd. En sådan konstruktion av tandvårdsstödet avvisas av utredningen och är inte i linje med utredningens direktiv.

Under förutsättning att klara regler kan definieras för ersättningsberättigande tandvård är indelningen i avdelningar inte nödvändig för att tandvårdsstödet skall fungera. Det är kopplingen mellan diagnos och en eller flera ersättningsberättigande åtgärder som är avgörande för om ersättning lämnas eller inte. Avdelningarna är snarare att se som ett stöd för att ge definitionen av ersättningsberättigande tandvård en begriplig struktur och att visa prioriteringen.

All ersättningsberättigande tandvård skall baseras på en diagnos eller ett definierat tillstånd som kräver behandling. Däremot bör t.ex. byte av tidigare gjorda arbeten såsom fyllningar eller protetik enbart av estetiska skäl inte vara ett tillstånd som omfattas av ersättning från tandvårdsstödet. Även vård under avdelningarna 1 och 2 skall baseras på ett väldefinierat behov t.ex. att patienten kallas till undersökning med individuellt anpassade revisionsintervall eller att patienten riskerar att utveckla tandsjukdomar om insatser inte görs.

Skälet till att över huvud taget förse ersättningssystemet med begränsningar är ekonomiskt. I en situation med begränsade resurser till tandvård, om än väsentligt förstärkta, och i en ersättningsmodell som i sin konstruktion är kostnadsdrivande är det centralt att ha ett regelverk som anger omfattningen av och gränserna för statens åtagande. Dessutom utvecklas tandvården och erbjuder alltmer avancerade och kostsamma terapiformer, vilket i kombination med ökande krav från patienter på mycket god estetik och tänder som sitter fast, ytterligare understryker behovet av tydlig prioritering av statens resurser. Man kan tänka sig olika utgångspunkter i hur begränsningar införs i definitionen av ersättningsberättigande tandvård. Vid vissa diagnoser kan vissa

behandlingsmetoder ingå i ersättningen och andra alternativa metoder enbart i situationer där det är absolut nödvändigt. Ersättningen kan också vara begränsad till vissa specifika förutsättningar, exempelvis att åtgärden berättigar till ersättning enbart om den vidtas på vissa platser i munnen, eller att någon annan åtgärd skall ha övervägts först men förkastats på väl dokumenterade grunder. Den kan även vara begränsad till antal t.ex. att ett maximalt antal åtgärder av ett visst slag under en viss tid ligger till grund för ersättningen.

För att möjliggöra efterkontroll och uppföljning kan det i vissa fall finnas anledning att kräva mer omfattande dokumentation i patientjournalen för att stöd skall kunna utbetalas, t.ex. för att säkra att tillståndet varit av det slaget som reglerna förutsätter när behandlingen inleddes. Rätten till ersättning skall inte föreligga om sådan dokumentation inte finns och kan uppvisas.

För varje diagnos skall det finnas en eller flera ersättningsberättigande åtgärder. Om vårdgivaren vidtar en annan åtgärd till följd av diagnosen, t.ex. med en annan typ av material eller terapi, räknas enbart värdet av den ersättningsberättigande åtgärdens referenspris in i tandvårdsstödet. Om flera olika åtgärder berättigar till ersättning bör åtgärden med lägst referenspris ligga till grund för ersättningen. Staten lägger därigenom inga hinder för att en dyrare behandling utförs, men begränsar den statliga finansieringen till en viss, på förhand bestämd standard. Utredningen ser detta som en central princip och en förutsättning för att en ersättningsordning med tydliga begränsningar skall få acceptans hos patienter och vårdgivare.

I 6 § 4 stycket förordningen om tandvårdstaxa sägs att en vårdgivare i första hand skall erbjuda patienten sådan nödvändig tandvård som det utgår ersättning för. Utredningen anser att nämnda regel inte bör finnas kvar i regelverket. Reglerna för ersättningsberättigande tandvård kommer för viss vård att ange tydliga begränsningar. I det enskilda fallet kan det vara så att vårdgivaren bedömer att den bästa behandlingen är en annan än den som är ersättningsberättigande. Det bör då stå vårdgivaren fritt att föreslå denna vård för patienten. Vårdgivaren skall dock i sådana situationer upplysa patienten om vilken vård den statliga ersättningen grundas på.



### 11.5.2 Förslag till ersättningsberättigande tandvård

Utredningen lämnar i bilaga 5 förslag till definition av en del av den ersättningsberättigande tandvården. Tanken är att följa uppdelningen enligt ovan i avdelningar och därmed spegla en prioriteringsordning för statligt tandvårdsstöd. Förslaget är inte fullständigt och måste i det fortsatta arbetet kompletteras och vidareutvecklas. Den slutliga förteckningen skall täcka samtliga diagnoser där statlig ersättning lämnas och kan med fördel utgå från någon befintlig standardiserad nomenklatur över diagnoser. En möjlig utgångspunkt är den svenska versionen av ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, Socialstyrelsen). Diagnoser och diagnoskoder i denna nomenklatur bör, i så fall, bearbetas och kompletteras så att de passar ändamålet.

#### *Undersökningar, utredningar och diagnostik*

I syfte att kunna bygga ersättningen på diagnoser bör åtgärderna för att ställa diagnoser ingå i ersättningen. Utredningen anser att diagnostiken är en viktig del av vårdgivarens insats och detta bör återspeglas i tandvårdsstödet. Förutom revisionsundersökningar bör utredningar av mer specifika och svårbedömda problem ingå, liksom nödvändig röntgendiagnostik, laboratorieprover och liknande åtgärder som syftar till att ställa en säker diagnos. Undersökningar skall inte bara syfta till att identifiera sjukdomstillstånd utan också bedöma patientens risk att utveckla orala sjukdomar.

#### *Hälsofrämjande insatser*

I syfte att ge tandvården en hälsofrämjande inriktning bör förebyggande insatser vara ersättningsberättigande. I dag utförs ofta förebyggande tandvård (åtgärderna 22 och 24 enligt förordningen om tandvårdstaxa) i direkt anslutning till undersökningar. Det är dock viktigt att inte slentrianmässigt genomföra förebyggande vård. Den förebyggande vården skall ske utifrån en riskbedömning av patienten, där riskfaktorer identifierats och syfta till att befrämja patientens hälsa samt hålla patienten frisk. Riskbedömningen sker i samband med en undersökning. Indikationer som innebär högre risk och som motiverar att förebyggande och orsaksinriktade

insatser vidtas kan vara blottlagda tandhalsar och bakteriebeläggningar på tänderna i sådana fall då dessa situationer höjer risken för karies eller tandlossning (parodontit). Det kan också handla om situationer då nedsatt salivsekretion, erosioner, ogynnsamma kostvanor, rökning, diabetes m.m. utgör en förhöjd risk.

Hälsofrämjande insatser kan innehålla ett stort antal olika moment utifrån patientens individuella behov t.ex. borttagning av tandsten, puts och polering, fluorbehandling, kostrådgivning, tobaksprevention, munhygieninstruktioner.

#### *Behandling av smärttillstånd och orala sjukdomstillstånd*

Inom tandvårdsstödet bör man prioritera åtgärder som bidrar till att direkta sjukdomstillstånd i munhålan behandlas. Syftet är framförallt att lindra smärta, stoppa sjukdomsangrepp och förhindra fortsatt sjukdomsutveckling i munhålan och omgivande vävnader. Behandlingar som ges vid diagnoser under denna avdelning är inte begränsade vilket innebär att åtgärden, om den finns upptagna i regelverket för ersättningsberättigande tandvård, är ersättningsberättigande. Behandling av sjukdomstillstånd sker ofta genom det som i dagens tandvårdsstöd kallas förebyggande åtgärder (22 och 24). Dessa åtgärder kan alltså vidtas både i sjukdomsförebyggande syfte och för att behandla en sjukdom. Exempel på sjukdomstillstånd är tandlossning och inflammation i tandpulpan. Även åtgärder som syftar till att stoppa initialkaries bör vara ersättningsberättigande. Om karies däremot lett till en sådan substansförlust att permanent fyllningsterapi är motiverad är det frågan om reparativ vård. Åtgärder för att avhjälpa funktionsstörningar i käkarna som leder till smärta i ansiktet bör ingå i rimlig omfattning.

#### *Reparativ vård*

När det skett substansförlust av viss omfattning i en enskild tand åtgärdas detta genom fyllning. Substansförlusten beror vanligtvis på karies men kan också bero på att gamla fyllningar och omgivande tandsubstans frakturerat, på yttre våld mot tanden, på nedslitning av tanden t.ex. genom tandgnissling eller erosion. Substansförlusten kan ha skett antingen i själva tandsubstansen

eller i materialet i tidigare fyllningar. Fyllningsterapi bör i dessa fall vara ersättningsberättigande t.ex. med kompositfyllning. Inlägg bör inte vara ersättningsberättigande vård eftersom en fyllning i de flesta fall kan användas med samma resultat till lägre kostnad.

För att behandling under denna avdelning skall berättiga till ersättning skall skadan kunna konstateras, en diagnos skall kunna ställas. En behandling skall inte kunna berättiga till ersättning om den görs i förebyggande syfte, dvs. att en fyllning byts ut för att den befintliga fyllningen riskerar att gå sönder.

Vid mer omfattande substansförlust är det sannolikt att fyllningsmaterial har otillräcklig hållbarhet och i vissa fall kan det vara svårt att använda fyllningar för att reparera tanden. I dessa fall är behandling med tandersättning tillverkad utanför munnen, t.ex. en konstgjord krona, sannolikt en mer hållbar och kanske enda möjliga behandling. Gränsen är dock svår att dra generellt. Kostnaderna för denna typ av behandling jämfört med en fyllning är avsevärt högre och det finns därför anledning att tydligt ange i vilka situationer behandlingar med tandkrona är ersättningsberättigande. Utredningen bedömer att det kommer att finnas en tendens att välja behandling med tandkrona eller liknande om inga restriktioner ges i ersättningssystemet, eftersom det sannolikt anses ge ett mer estetiskt tilltalande resultat och bättre hållbarhet. Tendensen att välja på det sättet blir särskilt tydlig eftersom en patient genom en behandling med tandkrona normalt konsumerar tandvård över karensbeloppet på 3 000 kronor och då, enligt förslaget, skulle få statlig ersättning med 50 procent av kostnaden för ytterligare tandvård. Samtidigt menar utredningen att det inte är motiverat att ge statligt stöd för behandling med tandkrona i alla dessa situationer, eftersom fyllningar i många fall är en mer kostnadseffektiv åtgärd. Utredningen anser därför att behandling med tandkrona bara bör vara ersättningsberättigande när betydande substansförlust, motsvarande två tredjedelar av hela tandkronan och/eller fyllningen i förekommande fall, skett och fyllningsterapi inte skulle innebära en tillräckligt hållbar behandling.

#### *Rehabiliterande och habiliterande vård*

För att återskapa funktioner i munnen eller att skapa funktioner som patienten inte tidigare haft, såsom förmåga att bita ihop käkarna korrekt, att kunna tugga på ena sidan av munnen eller att

skapa estetiskt tillfredställande tandrader där detta är av stor betydelse, är det ofta nödvändigt med omfattande protetiska insatser eller tandreglering. Eftersom dessa behandlingar ofta är de mest kostsamma inom tandvården är det viktigt att begränsa i vilken utsträckning de skall berättiga till ersättning till de fall där de största behoven finns, trots att bedömningen av behoven kan bli subjektiv.

Tandvården utvecklas snabbt inom bland annat implantatbehandlingar och erbjuder alltmer avancerade och kostsamma terapiformer, vilket i kombination med ökande krav från patienter om fast tandersättning och mycket god estetik, ytterligare understryker behovet av tydlig prioritering av statens resurser. Dessutom finns det anledning att lägga stor vikt vid att välja de mest kostnadseffektiva behandlingarna som skall ingå i den ersättningsberättigande vården. Tandluckor kan t.ex. slutas med konventionell protetik, implantatteknik eller i vissa fall med tandreglering. I valet mellan vilken av dessa tekniker som skall berättiga till ersättning från det statliga tandvårdsstödet i olika situationer spelar kostnadseffektiviteten stor roll. Det är också viktigt att upprätthålla en vävnadsbevarande inriktning på den ersättningsberättigande vården. Extraktioner av tänder för att ersätta dem med konstgjorda tänder eller för att lämna plats åt protetiska konstruktioner skall inte berättiga till ersättning.

Regelverket bör begränsa storleken av protetiska konstruktioner, t.ex. utsträckningen av broar, i rimlig omfattning. Implantatförankrad protetik skall användas endast i de fall där konventionell protetik inte kan användas. Utredningen föreslår att dessa situationer definieras tydligt. I bilaga 5 definieras fem situationer.

Det kommer dock alltid att finnas enstaka situationer som inte faller inom dessa på förhand definierade situationer och där konventionell protetik ger ett sämre resultat. Patienten kan då välja att genomföra en implantatbehandling, men får tandvårdsersättning beräknad enbart på en behandling med konventionell protetik. Utredningen gör dock, mot bakgrund av ovanstående beskrivna behov av tydlig gränsdragning och begränsning av kostsamma behandlingar, bedömningen att sådana effekter måste accepteras.

## 11.6 Åtgärder

**Utredningens förslag:** Ersättningsberättigande åtgärder skall fastställas av regeringen i förordningen om statligt tandvårdsstöd. Nämnden skall i detta syfte lämna beslutsunderlag och förslag till regeringen.

Dagens regler om vilka åtgärder som berättigar till ersättning återfinns i förordningen om tandvårdstaxa. Dessa tillkom 1974 när den första statliga tandvårdsförsäkringen infördes och har reviderats och kompletterats efterhand som tandvården utvecklats. Utredningen anser att de i sin nuvarande form inte kan anses bygga på en helhetssyn och enhetliga principer. Åtgärderna representerar merparten av de åtgärder som utförs inom tandvården.

I det nya tandvårdsstödet krävs att åtgärderna är ändamålsenligt definierade. Framförallt måste åtgärderna vara definierade så att det är möjligt att fastställa ett entydigt referenspris för åtgärden. Av denna anledning skall referenspriserna inte vara utformade som timtaxa där ersättningen utgår utifrån hur mycket tid vårdgivaren lägger ner i det enskilda fallet. Det skall inte heller råda några tvivel om vilka moment åtgärden innehåller. Vidare bör åtgärderna vara definierade på ett sådant sätt att uppföljning av vården blir meningsfull.

Utredningen föreslår därför att åtgärdslistan revideras så att åtgärder som inte är del av en behandling utgår, att åtgärderna inte differentieras utifrån vem som utför dem (om inte personalens kompetenser klart skiljer sig åt) och att åtgärderna inte definieras utifrån huruvida de utförs akut eller genom normal tidsbokning. Dagens åtgärd akutbehandling (åtgärd 91 i förordningen om tandvårdstaxa) bör därför utgå. Istället bör åtgärden som vidtas akut t.ex. enytsfyllning vara den som berättigar till ersättning. Åtgärder som innehåller alltför disparata moment bör delas upp i flera åtgärder dels för att ge bättre uppföljningsinformation, dels för att kunna åsättas ett rättvisande referenspris.

Åtgärderna enligt förordningen om tandvårdstaxa anger för vilka åtgärder ersättning utgår. För en och samma åtgärd utgår i normalfallet samma ersättning. Det är upp till respektive vårdgivare att bestämma priset på åtgärderna man utför, oavsett hur stor ersättningen från staten är för dem. För många åtgärder tillämpar vårdgivare så kallade latituder, vilket innebär att olika priser sätts för det som i förordningen om tandvårdstaxa är en åtgärd, vanligen

beroende på hur komplicerad åtgärden är i det enskilda fallet. Bruket av latituder är vanligt både inom privattandvården och folk-tandvården. En enytsfyllning kan exempelvis hos en vårdgivare ha tre olika priser beroende på latitud och priset kan t.ex. variera från 400 till 1 000 kronor. Ur ett patientperspektiv försvårar användandet av latituder både möjligheten att göra jämförelser mellan olika vårdgivare och möjligheten att förutse kostnaderna för en behandling. Ett stort spann mellan lägsta och högsta latitud kan tyda på att åtgärden är definierad på ett sätt som inte står i överensstämmelse med det faktiska innehållet. Det vore i sådana situationer rimligt att dela upp åtgärden i två eller flera åtgärder beroende på skälet till differentieringen i latituder. Uppsättningen åtgärder skulle då leda till en mer rättvisande ersättning, men också till att vårdgivarna ger tydligare prisinformation.

När åtgärdslistan ses över bör man också överväga om nya åtgärder bör tillföras. Ersättningssystemet måste vara flexibelt, så att nya behandlingsmetoder som har god evidens och är kostnadseffektiva kan tillkomma samtidigt som andra åtgärder kan tas bort. Ansvaret för att göra dessa bedömningar löpande efter att det nya tandvårdsstödet införts ankommer på nämnden som lämnar sådana förslag till regeringen. Nya åtgärder som kan övervägas är t.ex. tilläggsbehandlingar med guided tissue regeneration eller emaljmatrixprotein vid behandling av kronisk parodontit, stegvis exkavering vid djupa kariesangrepp, användande av carisolv vid kariesbehandling och bettslipning eller andra terapiformer vid käkledsproblem. Det kan vidare bli fråga om att dela upp befintliga åtgärder i flera olika åtgärder. Sådana förändringar kan motiveras av att möjligheten att sätta ett rättvisande referenspris förbättras eller av att statistik för uppföljning och utvärdering utvecklas. Om nya åtgärder övervägs är det av största vikt att de ekonomiska konsekvenserna av ett införande beaktas och redovisas och att det noggrant klagörs i regelverket för ersättningsberättigande tandvård för vilka diagnoser och exakt i vilka situationer nya åtgärder får vidtas.

Förslaget till ny bilaga till förordningen framgår av bilaga 6. Förslaget bör vidareutvecklas med avseende på ovanstående frågor innan det kan utgöra en bilaga till den föreslagna förordningen om statligt tandvårdsstöd.

## 11.7 Referenspriser

**Utredningens förslag:** Referenspriserna skall fastställas av regeringen i förordningen om statligt tandvårdsstöd. Nämnden skall i detta syfte lämna beslutsunderlag och förslag till regeringen.

**Principförslaget i delbetänkande SOU 2006:71:** Regeringen bör årligen fatta beslut om referenspriserna. Den årliga revideringen av referenspriserna bör ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med hänsyn tagen till produktivitetsutvecklingen i form av bland annat utveckling av nya behandlingar och material.

**Remissinstanserna:** *Dentallaboratoriernas Riksförening och Sveriges tandteknikerförbund* anser att alla kostnader patienten betalar bör synliggöras, vilket särskilt gäller tandtekniska arbeten. Referenspriser bör tas fram på ett objektivet sätt tillsammans med branschen, men organisationerna är mot varje form av prisreglering. *Pensionärernas Riksorganisation* har förordat att man överväger en återgång till prisreglering, men kan eventuellt acceptera ett referensprissystem. *Privattandläkarna* anser att en referensprislista är en bra kompromiss för staten. Revidering av referenspriserna bör ha sin grund i för tandvården särskilt framtagna beräkningar, t.ex. ett tandvårdsindex. Det är viktigt att inte bortse från att justeringar av referenspriser också måste anpassas till förändringar i regelverk, nya krav från stat och myndigheter, teknikutveckling etc. eftersom nya krav och regler inte sällan fördyrar tandvården. Det är också viktigt att i beräkningarna väga in de olika förutsättningarna offentlig och privat tandvård verkar under. *Praktikertjänst AB* stödjer tanken om att använda sig av som huvudprincip använda sig av ett speciellt index konstruerat för kostnaderna inom tandvården. *Tjänstetandläkarna* anser att ordningen med referenspriser är seriös och har en stark relevans i förhållande till vårdgivarnas kostnader. *Sveriges Kommuner och Lands-ting* understryker vikten av att referenspriserna sätts och justeras successivt utifrån realistiska förutsättningar. Förutsättningar som möjliggör utvecklingen av en kvalitativ och ur miljösynpunkt långsiktigt hållbar verksamhet. Referenspriserna måste därför tas fram i samverkan med företrädare för tandvården. Möjligen skulle SCB kunna ges i uppdrag att ta fram ett underlag för referenspriser.

**Skälen för utredningens förslag:** I dagens regelverk finns ett grundbelopp knutet till varje åtgärd. För bastandvård anges även ett och ett halvt samt dubbelt grundbelopp. Grundbeloppen fyller i den föreslagna utformningen av tandvårdsersättningen ingen funktion, utan bör avskaffas. För varje åtgärd i åtgärdslistan skall det i stället finnas ett referenspris. Referenspriserna har dubbla syften, dels skall de tjäna som vägledning för patienterna genom att ange ett normvärde för vad en behandling kostar, dels skall de ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättningen.

Eftersom prissättningen är fri på tandvårdsmarknaden avgör vårdgivaren själv vilket pris man vill ta ut för sina behandlingar. Referenspriset är inte någon reglering av det faktiska pris patienten betalar till vårdgivaren. De faktiska priserna olika vårdgivare sätter för sina åtgärder kommer att kunna vara både lägre och högre än referenspriset. Referenspriset bör vara ett normalpris för respektive åtgärd och spegla vad en åtgärd normalt bör kosta. Naturligtvis finns en stor variation i olika vårdgivares priser för samma åtgärd och så kommer det att vara även med det nya tandvårdsstödet. Referenspriserna syftar inte till att prisreglera tandvårdsmarknaden, men de skall ge patienten en bild av en rimlig kostnad för en viss behandling. Referenspriserna skall inte fastställas som ett genomsnitt av vårdgivarnas priser utan bör utgå från en beräkning utifrån tidsåtgång för olika moment, materialåtgång, normala overheadkostnader o.s.v. Tillsammans med de förslag utredningen lämnar om webbaserad prisportal m.m. syftar referenspriserna även till att stärka patientens ställning på marknaden och att stimulera konkurrens.

Referenspriset bör vara det pris som ligger till grund för beräkningen av tandvårdsersättningen, se avsnitt 14. När referenspriserna för vidtagna åtgärder för en patient under en karensperiod sammanlagt kommer upp till karensbeloppet 3 000 kronor kan vårdgivaren begära ersättning från Försäkringskassan med 50 procent av referenspriserna, dock högst 50 procent av patientens pris för åtgärden, till den del summan överstiger 3 000 kronor. På samma sätt lämnas ersättning med 85 procent av den del av summan av referenspriserna, dock högst 85 procent av patientens pris för åtgärderna, för vidtagna åtgärder som överstiger 15 000 kronor.

Utredningen föreslår att regeringen fastställer referenspriserna. Den nämnd som föreslås i avsnitt 11.4 bör samtidigt som den föreslår en definition av ersättningsberättigande tandvård till regeringen föreslå referenspriser för respektive åtgärd.



För att referenspriserna inte skall urholkas bör de ses över årligen och prisjusteras vid behov. Även denna prisjustering bör nämnden lämna förslag till. Utredningen anser att prisjusteringen av referenspriserna bör ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med hänsyn tagen till produktivitetsutvecklingen i form av bland annat utveckling av nya behandlingar och material. Det är tänkbart att som huvudprincip använda uppräknig med någon form av index. Särskild hänsyn bör tas till prisökningar på de vanligaste åtgärderna. Indexet bör således utformas så att prisändringar på mindre vanliga åtgärder inte får lika stor påverkan som prisändringar på vanliga åtgärder. Utöver detta kan kompletteringar behöva göras vid större förändringar av produktionskostnaden för en specifik åtgärd. När referenspriserna ändras bör även som en konsekvens karensbelopp ses över, se även avsnitt 19.

### 11.8 Materialkostnader

**Utredningens förslag:** Referenspriset för en åtgärd skall avse priset för behandling inklusive standardmaterial.

**Skälen för utredningens förslag:** Inom framförallt protetik utgör material och tandtekniskt arbete en viktig del av kostnaden. Som nämnts ovan säger dagens regler<sup>3</sup> avseende 65+systemet att kostnaden för ädel- och gjutmetaller<sup>4</sup> inte ingår i tandvårdsersättningen. Denna kostnad får patienten stå för själv och den debiteras denne direkt. Frågan om kostnaden för material är i dag relevant för tandvårdsersättningen enbart för 65+systemet eftersom ersättningen i denna del lämnas för hela den faktiska kostnaden för behandlingen. I andra delar av tandvårdsstödet lämnas ersättning enbart med grundbelopp och med den ersättningsnivån är frågan vad som ingår och inte ingår i beloppen inte relevant. Eftersom det föreslagna tandvårdsstödet kommer att utgå från referenspriser för olika åtgärder som skall spegla hela kostnaden måste frågan om huruvida materialkostnader ingår i denna totalkostnad lösas.

Eftersom ädel- och gjutmetaller inom 65+systemet i dag skall betalas av patienten får material som inte är ädel- eller gjutmetall

<sup>3</sup> 13 a § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa

<sup>4</sup> "...eller annat material som Försäkringskassan föreskriver". Försäkringskassan har dock inte föreskrivit något om annat material.

anses ingå i respektive åtgärd och ersätts därmed inom det befintliga tandvårdsstödet. Inom protetiken utförs en stor del av det som ingår i behandlingen av dentallaboratorier, i t.ex. en helkäksprotes ingår både arbetskostnader och olika typer av material, av vilka vissa kan vara ädel- och gjutmetaller och vissa kan vara andra material t.ex. keramiska komponenter. Dentallaboratorierna specificerar sin fakturering till vårdgivarna så att arbete, metaller och andra material framgår. Eftersom det råder fri prissättning är det dock upp till vårdgivaren att bestämma patientens pris på i behandlingen ingående ädel- och gjutmetaller<sup>5</sup>. Det som vårdgivaren debiterar patienten för ädel- och gjutmetaller behöver alltså inte vara detsamma som vårdgivarens kostnader för ädel- och gjutmetaller, därmed blir frågan om vilket material som verkligen ingår i åtgärden, och till vilket belopp, i realiteten teoretisk.

I den nya modellen för ersättning från tandvårdsstödet skall referenspriser bestämmas för samtliga åtgärder som ingår i stödet. Utredningens direktiv slår fast att:

”Utredaren skall överväga i vilken mån kostnader för olika material skall omfattas av tandvårdsstödet och därvid presentera flera alternativa förslag till hur detta kan regleras.”

Utredningen har svårt att se varför just ädel- och gjutmetaller skall behandlas på ett visst sätt. Ädel- och gjutmetaller kan ersättas med t.ex. keramiska material, som dessutom kan vara mer kostsamma. Frågan är om dessa skall ingå i åtgärden. Nya material tillkommer ständigt och dessutom har andra faktorer än materialvalet betydelse för priset på tandtekniska komponenter. En sådan faktor är tillverkningsmetoderna, t.ex. kan en fräst krona kosta mer än en gjuten trots att materialet är detsamma.

Eftersom skälen för att exkludera just ädel- och gjutmetaller från ersättning från tandvårdsstödet är oklara och troligen också ovidkommande för den vård som utförs menar utredningen att en sådan uppdelning bör undvikas. Ett alternativ vore att exkludera allt kostsamt material från åtgärden och referenspriset. Detta skulle göra ersättningen enklare att administrera och göra ersättningen oberoende av materialvalet. Patienten skulle dock inte ha någon vägledning av referenspriserna när det gäller priset på en behandling.

Det alternativ som utredningen föreslår är att inkludera allt nödvändigt material i respektive åtgärd och sätta referenspris för åtgärden, inklusive komponenter och material av normalstandard.

---

<sup>5</sup> Med beaktande av tandvårdslagens 4 § om att ersättningen skall vara skälig.

Nämnden skulle då definiera komponenter och material som är lämpliga och prisvärda och lämna förslag till referenspris för åtgärden inklusive dessa standardkomponenter. Patienter skulle med sådan ordning erhålla högre ersättning från staten för kostsamma behandlingar. Det skulle även bli enklare att jämföra priser för hela behandlingar. Utredningens kostnadsberäkningar av detta redovisas i avsnitt 19.

## 12 Tandvårdscheck

### 12.1 Mål med tandvårdschecken

Av utredningens tilläggsdirektiv framgår att en del av det nya tandvårdsstödet skall vara ett stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder i form av en tandvårdscheck. Checken skall även kunna användas som delbetalning för abonnemangstandvård.

Utredningen redovisar i avsnitt 4 analyser av tandvårds-konsumtionen bland den vuxna befolkningen. Enkätundersökningar<sup>1</sup> visar att cirka 85 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården under en tvåårsperiod. Det är dock inte alla som genomgår en fullständig undersökning eller får en förebyggande behandling. Utredningen uppskattar att cirka 20 procent av dem som besöker tandvården under en tvåårsperiod gör det på grund av att det uppstått ett akut tandvårdsbehov och inte i förebyggande syfte.

Den genomsnittliga besöksfrekvensen är alltså relativt hög, men bland några grupper märks en klart lägre besöksfrekvens som dessutom i vissa fall är avtagande. De grupper som avses är den yngsta (20–29 år) och den äldsta (75 år och äldre). Utöver dessa generella skillnader i besöksfrekvens finns inom alla åldersgrupper en viss andel som inte regelbundet besöker tandvården. Enligt SCB:s ULF-undersökningar gäller detta särskilt för ensamstående kvinnor med barn, för personer med arbetarbakgrund och för personer med utländsk bakgrund.<sup>2</sup>

Det finns flera förklaringar till den i vissa grupper låga och fallande besöksfrekvensen. Personer med god tandhälsa kan uppfatta sig ha ett litet behov av att besöka tandvården, vilket medför att man inte prioriterar besök i förebyggande syfte. Bland socioekonomiskt svagare grupper bedömer utredningen att en huvud-

---

<sup>1</sup> Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006c) samt SCB (2006)

<sup>2</sup> SCB (2006)

orsak till den låga besöksfrekvensen är svårigheter att finansiera tandvårdskostnaderna.

Det övergripande målet med tandvårdschecken bör vara en ökad besöksfrekvens bland den vuxna befolkningen. Detta bör även leda till ökad medvetenhet om vikten av och det egna ansvaret för en god egenvård. Utredningen bedömer att checken kan leda till att andelen av den vuxna befolkningen som regelbundet besöker tandvården i förebyggande syfte ökar.

Det viktigaste motivet för att införa en tandvårdscheck är att en underkonsumtion av förebyggande tandvård riskerar att leda till att de stora grupper som i dag har en god tandhälsa inte bibehåller denna. Detta skulle leda till ökade tandvårdsbehov och ökade tandvårdskostnader för individen och för det offentliga. Regelbundna tandvårdsbesök gör det möjligt att upptäcka och åtgärda tecken på karies eller tandlossningssjukdom på ett tidigt stadium, vilket minskar de framtida behoven av tandvård.

Förebyggande insatser som minimerar vårdbehoven är på lång sikt det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader. Tandvårdschecken är den del av det nya tandvårdsstödet som stödjer ett beteende hos patienterna som minskar tandvårdsbehoven på sikt. Detta gäller för hela den vuxna befolkningen, varför checken bör vara generell och lämnas till alla som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. I syfte att höja besöksfrekvensen i grupper där den är särskilt låg menar utredningen att det finns anledning att särskilt beakta behoven av förebyggande tandvård i dessa grupper.

Som framgått tidigare anser utredningen att utgångspunkten bör vara att inte åldersdifferentiera tandvårdsstödet. Särlösningar för vissa grupper riskerar att skapa margineffekter och trösklar. Sådana negativa effekter riskerar dock att bli mest påtagliga i delar av tandvårdsstödet där ersättning lämnas beroende av storleken på patientens samlade tandvårdskonsumtion, dvs. skyddet mot höga kostnader. När det gäller tandvårdschecken, som är ett generellt bidrag till tandvårdskostnader, och med de belopp som föreslås bedömer utredningen att en åldersdifferentiering inte riskerar leda till negativa effekter.

*Unga vuxna*

I enskilda grupper tandsvårds konsumtion märks i åldersgruppen 20–29 år en klart lägre besöksfrekvens än genomsnittet och trenden är avtagande, se avsnitt 4. Denna grupp har generellt sett en god tandhälsa, men den låga och fallande besöksfrekvensen är ett oroande tecken. Skillnaden mellan besöksfrekvensen bland 16–19-åringarna, som omfattas av den avgiftsfria barn- och ungdomsvården, och 20–29-åringarna är stor. Besöksfrekvensen minskar med cirka 25 procentenheter när patienterna lämnar den avgiftsfria barn- och ungdomsvården.<sup>3</sup>

Kariessituationen hos personer i åldrarna upp till 40 år har förbättrats under senare decennier, men det finns indikationer på ökad andel karies i åldersgruppen 30–35 år, se avsnitt 3. I nyligen genomförda undersökningar redovisas förekomst av dålig munhygien och inflammerat tandkött hos ungdomar som just skall lämna den organiserade barn- och ungdomsvården. Enligt en studie<sup>4</sup> har 70 procent av 19-åringarna i Göteborg bakteriebeläggningar på mer än hälften av tandytorna (plackindex > 50 procent) och en tredjedel inflammerat blödande tandkött. I en undersökning<sup>5</sup> gjord inom Stockholms läns landsting 2005 om ungdomsvården uppgav 30 procent av de tillfrågade att de inte avsåg besöka tandvården igen förrän de fick ont eller andra akuta besvär.

Förändringar av tandhälsan sker långsamt och gradvis. Det märks inte några klara försämringar av tandhälsan bland de yngre åldersgrupperna, men det finns indikationer på försämrad tandhälsoutveckling, se avsnitt 3. Den låga och fallande besöksfrekvensen är också en tydlig varningssignal. Alla behöver inte besöka tandvården lika ofta, men statistik över besöksfrekvensen visar att en förhållandevis stor andel i vissa åldersgrupper inte besöker tandvården alls. Förklaringarna till att unga vuxna inte besöker tandvården är att man inte uppfattar sig ha ett stort tandvårdsbehov, men även ekonomiska skäl nämns som förklaring i olika undersökningar<sup>6</sup>. Utredningen drar utifrån detta slutsatserna att det bland unga vuxna är viktigt att dels öka förståelsen för behovet av regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte för att bibehålla en god tandhälsa, dels ge ett förstärkt ekonomiskt

<sup>3</sup> SCB (2006)

<sup>4</sup> Abrahamsson et al (2006)

<sup>5</sup> Stockholms läns landsting (2005)

<sup>6</sup> Folkhälsoinstitutet (2006)

stöd så att majoriteten av patienterna inte uppfattar kostnaden som ett hinder. Utredningens bedömning är att införandet av tandvårdschecken kan bidra till att dessa syften kan nås.

Unga vuxna med generellt sett god tandhälsa är inte en primär målgrupp för det föreslagna skyddet mot höga kostnader eftersom dessa personer i liten utsträckning kommer att ha tandvårdsbehov av sådan omfattning att man kommer över karensbeloppet, se avsnitt 14. Samtidigt är det avgörande att uppmuntra och stödja unga människors medvetenhet om tandhälsan för att på sikt minska tandvårdskostnaderna för både individen och det offentliga. Tidig diagnostik är viktig, särskilt beträffande tandlossningssjukdom, vilket förutsätter att patienterna besöker tandvården för regelbundna undersökningar. Tandvårdschecken blir det viktigaste instrumentet inom det nya tandvårdsstödet för att uppnå det angivna syftet och att nå denna grupp.

### *Äldre*

Den genomsnittliga besöksfrekvensen är relativt hög i åldersgrupperna upp till 75 år. Efter 75 års ålder märks dock en tydlig försämring, se avsnitt 4. Ett skäl är att en viss del av denna åldersgrupp faller inom ramen för landstingens ansvar för uppsökande tandvård till äldre med stort omsorgsbehov. Den del av gruppen som inte omfattas av landstingens ansvar har dock en klart lägre besöksfrekvens än åldersgruppen 65–74 år.

Den ökande andelen äldre individer i samhället har allt fler naturliga tänder kvar. De har i dag en mängd fyllningar, kronor och broar som kräver underhåll och ofta behöver göras om. Förebyggande insatser är dock centralt även bland grupper som har tidigare behandlade tänder, eftersom uppkomst av nya sjukdomsangrepp på redan fyllda tänder kan förhindras eller upptäckas på ett tidigt stadium och därigenom minska behoven av mer omfattande behandling. Förebyggande tandvård är alltså viktig i de äldsta åldersgrupperna för att bibehålla munhålan sjukdomsfri livet ut.

Som en effekt av den s.k. 65+-reformen har t.ex. gruppen patienter med implantat ökat. Implantat i munnen förutsätter egenvård och förebyggande tandvård i minst lika stor omfattning som hos personer med naturliga tänder.

Tandhälsan i de äldsta åldersgrupperna är generellt sämre än i yngre åldrar. Tandvårdschecken kan därför vara ett viktigt

komplement för de äldre, eftersom den innebär ett statligt stöd för förebyggande insatser som inte självklart kan antas komma att uppgå till sådana belopp att ersättning inom skyddet mot höga kostnader lämnas. Checken fyller samma funktion för äldre som för övriga åldersgrupper när det gäller den signalmässiga effekten av att poängtera vikten av regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte.

Vid sidan av en avtagande besöksfrekvens efter 75 års ålder märks även ett ökat läkemedelsintag, vilket ofta leder till muntorrhet som innebär en ökad risk för sjukdomsutveckling i munhålan. Detta understryker vikten av att säkerställa goda förutsättningar för dessa grupper att få förebyggande tandvård.

## 12.2 Tandvårdscheckens belopp

**Utredningens förslag:** Som ett stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder skall var och en som är berättigad till statligt tandvårdsstöd ha rätt till en tandvårdscheck.

Statligt tandvårdsstöd i form av en tandvårdscheck lämnas med 150 kronor om året. Patienten kan använda checken, som utgår årligen, senast efter två år från det att den ställdes ut, så att det totala värdet av checkarna kan uppgå till 300 kronor.

För personer som fyller lägst 20 år och högst 29 år eller lägst 75 år under det år vården ges gäller tandvårdschecken med dubbla belopp.

I utredningens direktiv anges att tandvårdschecken skall uppgå till 300 kronor vartannat år, men att alternativ där checkens värde är högre även skall analyseras. Frågan är på vilken nivå checkens värde bör ligga för att angivna syften skall kunna uppnås.

Ett vanligt pris för en undersökning och viss förebyggande vård är knappt 800 kronor<sup>7</sup>. Om tandvårdschecken används vartannat år uppgår den till 300 kronor och patientens pris för ett besök blir då efter subventionen 500 kronor. Om patienten genomför två besök under två år är ersättningen 150 kronor och patientens pris 650 kronor per besök. Den totala kostnaden för en ersättning på denna nivå uppgår enligt utredningens bedömningar till 760 miljoner kronor årligen.

<sup>7</sup> Medianpriset för behandlingspaket 2 i folktandvården år 2005 är 780 kronor.



Utredningens kostnadsberäkningar av tandvårdschecken redovisas i avsnitt 19.

Utredningens bedömning är att en ersättning på denna nivå har svårt att till fullo nå den effekt om ökad besöksfrekvens som tandvårdschecken syftar till. Utredningen anser att checkens belopp sannolikt behöver ligga på en nivå om 300 kronor per år för att ge verklig effekt.

Utredningen har därför kostnadsberäknat ett alternativ där checkens värde är högre. En generell höjning till 300 kronor per år för hela den vuxna befolkningen beräknas kosta cirka 1,8 miljarder kronor årligen. Inom den i tilläggsdirektiven angivna utgiftsramen finns inte ekonomiskt utrymme för en sådan generell höjning, givet det huvudalternativ till skydd mot höga kostnader som utredningen föreslår i avsnitt 14.

Utredningen har därför valt att kostnadsberäkna ett alternativ där checkens värde är högre för de åldersgrupper där ökningen av besöksfrekvensen är mest önskvärd. Detta avser åldersgruppen 20–29 år samt 75 år och äldre. Ett alternativ där checkens belopp till dessa grupper är 300 kronor per år och till befolkningen i övrigt (30–74 år) är 150 kronor per år beräknas kosta cirka 1,1 miljarder kronor årligen.

Utredningen föreslår att checkens belopp utformas i enlighet med detta alternativ. Utredningens bedömning är att den valda utformningen kan leda till att det angivna målet med tandvårdschecken uppfylls, samtidigt som förslaget ryms inom den angivna utgiftsramen.

Om det sidoalternativ till skydd mot höga kostnader som utredningen redovisar i avsnitt 14 väljs så finns det möjligheter att höja checkens belopp ytterligare inom den angivna kostnadsramen.

Bedömningen av de angivna beloppsstorlekarna är giltig även för de fall att tandvårdschecken används som delbetalning för abonnemangstandvård, varför detta inte kommenteras särskilt. Såvitt avser utformningen av ersättningen till abonnemangstandvård i övrigt hänvisas till avsnitt 13.

### *Tidsintervall*

Behovet av att regelbundet besöka tandvården för att få en undersökning av tandhälsan och vid behov förebyggande åtgärder är generellt och gäller hela befolkningen. Hur ofta man behöver

genomföra dessa besök är dock individuellt. Tidsperioden mellan besöken, det s.k. revisionsintervall, varierar i normalfallet mellan ett och två år, se avsnitt 4. Därutöver förekommer både kortare och längre revisionsintervall.

Tidsintervallet för att nyttja checken bör så långt som möjligt ta hänsyn till variationen av revisionsintervall. Detta för att möjliggöra för patienten att få en ersättning vid de tillfällen då tandvårdsbesöken faktiskt äger rum. Flexibiliteten i nyttjandet av checken behöver dock vägas mot ambitionen att utforma en enkel modell som är lätt att begripa och administrera.

Majoriteten av patienterna har revisionsintervall som är kortare än två år. En utformning av tandvårdschecken där ersättning endast lämnas vartannat år skulle kunna ge dessa patienter ekonomiska incitament att sträcka ut revisionsintervallet till två år. Detta skulle, enligt utredningens bedömning, riskera leda till underkonsumtion av förebyggande tandvård. Utredningen har därför valt att utforma modellen så att checkens värde lämnas en gång per år. Patienten kan dock välja att nyttja checken en gång per år eller en gång vartannat år.

Rätten till tandvårdscheck inträder för första gången i samband med reformens ikraftträdande, enligt utredningens förslag den 1 juli 2008. Då har var och en som omfattas av tandvårdsstödet rätt till en check om 150 kronor, med undantag för personer i åldern 20–29 år samt 75 år och äldre, för vilka beloppet är 300 kronor. Därefter inträder rätt till ett nytt checkbelopp den 1 juli varje år. Patienten kan välja tidpunkt för när checken nyttjas.

Patienten kan använda checken, som utgår årligen, inom två år från det att den ställdes ut. En ny check utgår varje år, vilket innebär att de samlade checkarnas värde, om det första årets check inte nyttjats under det första året, uppgår till 300 kronor. Checkarnas samlade värde kan alltså högst uppgå till 300 kronor. För personer i åldern 20–29 år samt 75 år och äldre gäller dubbla belopp.

På detta sätt utgör checken ett stöd till patientens regelbundna tandvårdsbesök oavsett om patientens behov av revisionsintervall är ett eller två år. Skälet till att checkbelopp inte kan ackumuleras till högre belopp om den används mer sällan är att checken syftar till att uppmuntra till regelbundna besök. Utredningen anser därför att det inte skall vara möjligt att ackumulera ett större belopp för att finansiera större tandvårdsåtgärder.

För de fall där checken används som delbetalning för abonnemangstandvård gäller att checkens värde utgör den statliga ersätt-

ningen för abonnemangsavtalet som lämnas i ett fast ersättningsbelopp per patient och år. I dessa fall kommer även ersättningen, i form av checken, att betalas ut till vårdgivaren en gång per år under den tid som abonnemangsavtalet löper.

### 12.3 Utformning, administration och kontroll

**Utredningens förslag:** Tandvårdschecken skall utformas som ett tillgodohavande för patienten hos Försäkringskassan.

Tandvårdschecken ges som ett stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder men skall även få användas för att betala annan tandvård. Om patienten önskar det kan tandvårdschecken användas som delbetalning för abonnemangstandvård.

Försäkringskassan skall ansvara för information till allmänheten om rätten till tandvårdscheck. Information skall riktas till de grupper som inte nyttjat sin check inom en tvåårsperiod samt till 20-åringarna.

**Principförslaget i delbetänkandet:** Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

#### Skälen för utredningens förslag:

##### *Utformning och administration*

Målgruppen för tandvårdschecken är hela den vuxna befolkningen, cirka 6,7 miljoner individer. En första fråga att ta ställning till är hur checken praktiskt skall utformas. Det är teoretiskt tänkbart att utforma checken som en formlig värdehandling, där själva checken ger rätt till det aktuella värdet vid ett tandvårdsbesök. En sådan lösning innebär att Försäkringskassan löpande skulle skicka ut 6,7 miljoner värdehandlingar i form av tandvårdscheckar. De administrativa kostnaderna för utskick till så många människor och för hantering av frågor i samband med t.ex. förlorade värdehandlingar skulle bli mycket höga. Mot en sådan bakgrund anser utredningen att en annan lösning bör sökas.

Ett alternativ är att tandvårdscheckens värde finns som ett tillgodohavande för patienten hos Försäkringskassan. Detta skulle förenkla hanteringen för både patienterna och Försäkringskassan. En sådan utformning medger vidare att de olika delarna inom det

nya tandvårdsstödet administreras samlat och på likartat sätt. Sammantaget innebär en sådan utformning att de administrativa kostnaderna för vårdgivarna och Försäkringskassan blir så låga som möjligt. Utredningen föreslår därför att checken utformas på detta sätt. En förutsättning är att administrationen av det nya tandvårdsstödet utformas så att vårdgivarna enkelt kan få tillgång till aktuella uppgifter om vilken rätt till tandvårdscheck som patienten har. Utredningens förslag om administration lämnas i avsnitt 16.

Den angivna utformningen av tandvårdschecken förutsätter att varje individs aktuella rätt till ersättning i form av tandvårdscheck registreras löpande och att vårdgivaren får del av dessa uppgifter i samband med att vårdgivaren skall beräkna patientens pris. Detta står i överensstämmelse med förslagen om administration av skyddet mot höga kostnader, se avsnitt 16.

### *Användningsområde*

Enligt tilläggsdirektiven skall tandvårdschecken kunna användas som delbetalning för abonnemangstandvård eller ett förebyggande tandvårdsbesök hos valfri tandläkare eller tandhygienist. Inriktningen bör i första hand vara att checken skall användas som betalning för undersökning och förebyggande vård, men utredaren skall enligt direktiven belysa för- och nackdelar med att ge patienten möjlighet att använda checken som betalning även för annan tandvård.

Utredningen anser som framgår tidigare att målet med checken bör vara att öka besöksfrekvensen hos den vuxna befolkningen. Ett problem i dagens situation är att en alltför stor andel av befolkningen avstår från att regelbundet besöka tandvården för undersökning och vid behov förebyggande insatser och i stället väljer att besöka tandvården endast när akuta besvär uppstår. De tandvårdsåtgärder som vidtas i ett sent skede av sjukdomsförloppet riskerar att bli mer omfattande och kostsamma än de åtgärder som vidtas när tecken på sjukdomsangrepp uppmärksammas i ett tidigt skede.

Mot en sådan bakgrund bör det främsta användningsområdet för checken vara undersökningar och förebyggande åtgärder. Utredningen anser dock att det även bör vara möjligt att använda tandvårdschecken som betalning för annan tandvård. Detta av följande skäl.

För det första bör all form av kontakt med tandvården uppmuntras hos personer som helt avstår från tandvårdsbesök. Tandvårdschecken har förutsättningar att bli allmänt känd och stimulera till tandvårdsbesök. En utformning som komplicerar och begränsar checkens användningsområde riskerar att skapa negativa effekter hos ovana tandvårdsbesökare. Checken bör därför så långt som möjligt vara enkel och generell. En patient som inte regelbundet besöker tandvården bör som exempel även kunna nyttja checken som delbetalning för ett akutbesök. Utredningens bedömning är att ett ekonomiskt stöd även till sådan tandvårdskonsumtion indirekt stödjer målet med tandvårdschecken, genom att det finns möjligheter för tandvårdspersonalen att vid besöket informera om tandvårdsstödet och poängtera vikten av regelbundenhet.

Tandvårdschecken skall enligt tilläggsdirektiven kunna användas som delbetalning för abonnemangstandvård. Ett abonnemangsavtal omfattar all nödvändig tandvård som avser undersökning och förebyggande vård, men även behandling av smärt- och sjukdomstillstånd och reparativ vård. Abonnemangsavtalet kan även omfatta ytterligare tandvård, t.ex. i form av rehabiliterande och habiliterande vård. I de fall checken används som delbetalning av abonnemangstandvård kan alltså konstateras att användningsområdet inte är begränsat till undersökning och förebyggande vård.

Vidare uppgår checken inte till så höga belopp, se nedan, att ett begränsat användningsområde kan motiveras och kontrolleras. De allra flesta patienter genomgår en undersökning eller förebyggande åtgärd under en ett- eller tvåårsperiod. Checkens värde är endast en delbetalning av en sådan insats, varför det är sannolikt att användningen av checken till allra största del kommer att avse de åsyftade insatserna.

Tandvårdschecken kan också användas som delbetalning av tandvård inom ramen för skyddet mot höga kostnader. Utredningen föreslår dock att värdet av checken räknas av från det ersättningsgrundande beloppet innan kostnader som berättigar till ersättning från skyddet mot höga kostnader börjar beräknas. Detta gör att användandet av tandvårdschecken för behandlingar inom skyddet mot höga kostnader inte påverkar patientens kostnad för tandvården i samma utsträckning som när den används för behandlingar som underskrider karensbeloppet. Utredningen menar att detta rimligtvis borde medföra att användandet av tandvårdschecken huvudsakligen fokuseras på de avsedda förebyggande behandlingarna.

Sammantaget bedömer utredningen att målet med tandvårdschecken inte äventyras av att användningsområdet för checken vidgas. Grundläggande är att checken kan användas på ett likartat sätt oavsett om den nyttjas som delbetalning för abonnemangstandvård eller per utförd åtgärd. En begränsning av användningsområdet skulle vidare innebära ökad komplexitet i tandvårdsstödet och göra stödet mer svårbegripligt för patienterna. Dessutom skulle de administrativa kostnaderna för vårdgivarna och Försäkringskassan samt kostnaderna för kontroll av efterlevnaden öka betydligt. Utredningen föreslår således att tandvårdschecken skall kunna användas som delbetalning hos valfri tandläkare eller tandhygienist för all ersättningsberättigande tandvård.

### *Informationsinsatser*

Förutom att ge en förstärkt statlig ersättning till förebyggande tandvård syftar tandvårdschecken till att uppmuntra till regelbundna besök i förebyggande syfte. För att checken skall nå denna effekt är det viktigt att rätten till check uppmärksammas med jämna mellanrum. Informationen om rätten till tandvårdschecken bör lämnas i sådan form och på sådant sätt att mottagarna uppmuntras att gå till tandläkaren eller tandhygienisten. Särskilt viktigt är det att nå personer som annars inte hade gjort detta.

För att göra rätten till tandvårdscheck känd kan Försäkringskassan skicka ut en fiktiv check som motsvarar det aktuella värdet vid ett tandvårdsbesök eller på något annat sätt informera om att det föreligger en rätt till check. Sådan information kan göras på individ- eller gruppnivå.

Utredningen anser att informationen om rätten till check bör lämnas på ett så kostnadseffektivt sätt som möjligt. Utredningen har inte funnit stöd för att individuella utskick till hela den vuxna befolkningen varje eller vartannat år skulle vara kostnadseffektivt. De flesta som kommer att nyttja checken skulle ha genomfört ett tandvårdsbesök i förebyggande syfte även utan checken. För att uppnå syftet med checken behöver de grupper träffas som inte nyttjat sin tandvårdscheck. Utredningen förslår därför att Försäkringskassan följer upp nyttjandet av checken och riktar informationsinsatser till de individer som inte nyttjat sin tandvårdscheck inom en tvåårsperiod. Utredningen föreslår vidare att det vid tandvårdsreformens ikraftträdande genomförs generella informations-

insatser om rätten till tandvårdscheck, t.ex. i massmedia. Därutöver kan Försäkringskassan göra riktade informationsinsatser till unga vuxna genom individuella utskick. Sådana utskick bör göras det år man fyller 20, när man lämnat den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, och bör etablera en regelbunden tandvårdskontakt som vuxen. Ansvaret för informationsinsatserna bör vila på Försäkringskassan. Se även avsnitt 17.10.

### *Kontroll*

Det är grundläggande för utredningens förslag att risken för felaktigt utnyttjande minimeras och att de uppgifter som ligger till grund för utbetalningarna kan kontrolleras. Detta gäller generellt för utformningen av det nya tandvårdsstödet och det är viktigt att väga omfattningen av separata kontrollinsatser för tandvårdschecken mot bedömd nytta.

Utredningen anser att det främsta behovet av kontroller av tandvårdschecken avser att personen som nyttjar checken har rätt till det aktuella värdet. Detta åstadkoms genom utredningens förslag om registrering i IT-stödet och förutsättningarna för vårdgivarnas begäran om ersättning, se avsnitt 16.

## 13 Abonnemangstandvård

### 13.1 Regleringen av abonnemangstandvården

**Utredningens förslag:** Statligt tandvårdsstöd för abonnemangstandvård skall lämnas om en patient har slutit avtal med en vårdgivare om att denne under en period av tre år till ett fast pris skall utföra den ersättningsberättigande tandvård som patienten behöver i form av

1. undersökningar och utredningar,
2. hälsofrämjande insatser,
3. behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, samt
4. reparativ vård.

Avtalet får även omfatta annan ersättningsberättigande tandvård.

**Förslaget i delbetänkandet SOU 2006:71:** Vad gäller avtalsperiodens längd överensstämmer förslaget med vad utredningen föreslår i delbetänkandet. I övrigt motsvarar förslaget dagens bestämmelser om abonnemangstandvården, men med hänsyn tagen till utredningens förslag om utformning av regelverket för ersättningsberättigande tandvård.

**Remissinstanserna:** De remissinstanser som har kommenterat förslaget är positiva till förlängningen av avtalsperioden. *Landstinget i Sörmland* och *Norrbottens läns landsting* menar dock att det bör finnas möjlighet för vårdgivare och patient att träffa tillsvidareavtal.

**Skälen för utredningens förslag:** Enligt det nuvarande tandvårdsstödet kan patienten och vårdgivaren sluta ett avtal om s.k. abonnemangstandvård. Detta innebär att patienten betalar en fast årlig avgift för att få sitt behov av basstandvård tillgodosett under en tvåårsperiod. För varje sådant abonnemang betalar Försäkringskassan ut ett fast ersättningsbelopp om 200 kronor per år. Abonne-



mangstandvård erbjuds av folktandvården i flera landsting. Som beskrivs i avsnitt 7 finns år 2007 cirka 120 000 abonnemangspatienter. Drygt hälften av dessa är patienter i åldrarna 20–29 år.

Utredningen föreslog i delbetänkandet SOU 2006:71 att ett system med s.k. tandvård till fast pris med stort inslag av försäkringsmässighet borde utvecklas och på sikt bli det dominerande inslaget på tandvårdsmarknaden. Ett sådant system skulle bygga på fasta ersättningsbelopp per patient och år, dvs. en sådan ersättning som lämnas till dagens abonnemangstandvård. Med ett sådant system skulle kostnaderna för patienten, och för staten, bli mer förutsägbara och de kostnadsdrivande problem som finns i styckeprisbaserade ersättningsmodeller kan på så sätt undvikas. Utredningen pekade även på de behov av fortsatt utredning som är förknippade med en sådan inriktning, särskilt mot bakgrund av svårigheterna att ha ett frivilligt försäkringssystem, behovet av hänsyn till små företags förutsättningar och kraven på konkurrensneutralitet mellan offentlig och privat tandvård.

Av utredningens tilläggsdirektiv framgår att inriktningen är att det nya tandvårdsstödet skall baseras på ersättning för utförda åtgärder (styckeprisbaserad ersättning) och att utredningen skall analysera hur detta kan kombineras med en möjlighet för såväl privata som offentliga vårdgivare att erbjuda abonnemangstandvård. I tilläggsdirektiven anges även att det är viktigt att möjliggöra en fortsatt utveckling av abonnemangstandvården som en del av det framtida tandvårdsstödet och att en utgångspunkt därför bör vara att införandet av ett nytt tandvårdsstöd inte skall försvåra för de vårdgivare som vill erbjuda tandvård i form av abonnemang. Ett led i detta är att tandvårdschecken skall kunna användas som delbetalning för abonnemang. Utredaren skall överväga om det behövs ändringar i regleringen av abonnemangstandvården för att denna skall kunna fungera parallellt med det nya tandvårdsstödet.

Utredningen tolkar detta som att utredningens tidigare förslag om en utveckling av tandvård till fast pris inte är något alternativ, se även avsnitt 9, utan att utgångspunkten skall vara dagens abonnemangstandvård.

Som diskuteras i avsnitt 7 finns det två huvudsakliga typer av ersättningssystem för ett tandvårdsstöd. Utredningen anser att ersättningssystem baserade på fasta belopp per patient och år (s.k. capitationsersättning) har fördelar i och med att de ger ekonomiska incitament för vårdgivare att agera förebyggande. Detta är en viktig aspekt, eftersom förebyggande tandvård per definition är mindre

kostsam än avancerad reparativ och rehabiliterande tandvård. Om vårdgivaren tjänar mest pengar på att genomföra protetiska insatser är sannolikheten stor för att vårdgivaren strävar efter ökade möjligheter att utföra sådan vård. Eftersom patienterna har små möjligheter att bedöma vilken behandling som är nödvändig kan en s.k. utbudsstyrd efterfrågan skapas. Dessa risker minimeras genom capitationsbaserade ersättningssystem. I ett sådant system ges i stället vårdgivaren ekonomiska incitament att utföra så lite tandvård som möjligt. Nackdelen är risken för undervård. Systemet torde dock stimulera till tidiga och förebyggande tandvårdsinsatser eftersom vårdgivaren premieras ekonomiskt när endast nödvändig tandvård utförs.

Mot en sådan bakgrund är det av stor vikt att säkerställa goda möjligheter för både offentliga och privata vårdgivare att bedriva abonnemangstandvård inom ramen för det nya tandvårdsstödet. Dagens reglering av abonnemangstandvården medger att vårdgivaren erbjuder abonnemang till en viss angiven åldersgrupp eller erbjuder abonnemang som omfattar endast bastandvård. Denna frihet anser utredningen bidra till möjligheterna för privata vårdgivare, som har en mindre ekonomisk bas att fördela risker på, att erbjuda abonnemang. Erfarenheterna av dagens abonnemangstandvård tyder inte på att möjligheterna att differentiera erbjudandet om abonnemang till vissa grupper bidrar till negativa effekter. Problemet för enskilda vårdgivare är dock att de ofta är för små för att på ett effektivt sätt kunna hantera den risk som kan uppstå i ett abonnemangssystem. Utredningen ser inget hinder för att denna problematik kan hanteras genom att vårdgivare slår sig samman för att erbjuda gemensamma abonnemangslösningar om efterfrågan på en sådan produkt finns på marknaden. Utredningen lämnar därför förslag till reglering av abonnemangstandvården inom ramen för det nya tandvårdsstödet som i stor utsträckning bygger på den nuvarande utformningen.

När det gäller kopplingarna mellan abonnemangstandvården och övriga delar i det nya tandvårdsstödet, tandvårdschecken och skyddet mot höga kostnader, behandlas detta i avsnitt 12 och 14. Utgångspunkten vid utformningen av förslagen är att de olika ersättningsformerna inom det nya tandvårdsstödet, nämligen capitationsersättning respektive styckeprisersättning, bör renodlas så långt som möjligt och behandlas likvärdigt. Det betyder att ersättningen för viss tandvård som utförs inom ramen för ett abonnemang inte bör sammanblandas med styckeprisbaserad

ersättning. Av detta följer att patientens abonnemangsavgift inte kan tillgodoräknas vid beräkningen av karensbeloppet inom skyddet mot höga kostnader. Det betyder vidare att kraven på uppgiftsskyldighet i syfte att förbättra uppföljning och utvärdering skall vara desamma för abonnemangstandvården som för övrig tandvård.

Utredningen lämnar förslag till regler för abonnemangstandvården inom det nya stödet. Regleringen bygger på en definition av abonnemangsavtalens omfattning som stämmer överens med dagens definition, eftersom utredningen anser att det inte finns skäl att ändra denna.

I dag gäller att ersättning för abonnemangstandvård lämnas om en patient slutit avtal med en vårdgivare om att denne under en tvåårsperiod skall utföra all den s.k. bastandvård som patienten är i behov av.<sup>1</sup> Det som i dag omfattas av begreppet bastandvård är det som i utredningens förslag till bilaga A till förordningen om statligt tandvårdsstöd, finns under avdelningarna 1. undersökningar och utredningar, 2. hälsofrämjande insatser, 3. behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, samt 4. reparativ vård. Se bilaga 5.

Utredningens förslag när det gäller vad som skall ingå i abonnemangstandvården är alltså endast en anpassning till de förslag om ersättningsberättigande tandvård som beskrivs i avsnitt 11 och innebär ingen förändring i förhållande till vad som gäller för dagens abonnemangstandvård i denna del. Förslaget innebär att det, precis som i dag, kommer att vara möjligt för en vårdgivare att erbjuda avtal om abonnemangstandvård som även omfattar annan ersättningsberättigande tandvård än den som nämns ovan.

#### *Avtalsperiodens längd*

Vad gäller avtalsperiodens längd föreslår utredningen att denna förlängs från två till tre år. Syftet är att underlätta för de många patienter inom abonnemangstandvården som har ett revisionsintervall på 18 månader.

För en vårdgivare som har en patient med detta revisionsintervall, som har slutit avtal om abonnemangstandvård, kan det i dag uppstå problem när det är dags att förlänga avtalet. Det kan då vara mer än ett år sedan patienten senast var hos tandvården och det kan vara svårt för vårdgivaren att bedöma patientens tandstatus. Vårdgivaren får då antingen förlita sig på relativt gamla uppgifter eller

---

<sup>1</sup> 10 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.

kalla patienten till en ny undersökning. I det förra fallet riskerar vårdgivaren att missa väsentlig information om patienten. I det senare fallet kallas patienten till en undersökning som inte har tandhälsomässiga motiv, utan endast syftar till att bedöma tandstatusen inför förlängningen av avtalet.

Om, som utredningen föreslår, avtalsperioden förlängs till tre år innebär det att patienten i de flesta fall kommer att genomgå en undersökning i samband med att avtalet skall förlängas. Detta gagnar både patienterna, som inte behöver gå till tandvården oftare än nödvändigt, och vårdgivarna, som inte behöver kalla patienter till undersökning enbart för att fastställa tandstatus inför nästa avtalsperiod.

En möjlighet att teckna abonnemangsavtal som gäller tillsvidare riskerar enligt utredningens mening att bidra till inlåsnings effekter. Det finns risk för att patienten då blir mindre benägen att byta vårdgivare eller att patienten uppfattar avtalet som att han eller hon måste fortsätta hos samma vårdgivare. Utredningen anser därför att det är viktigt att det finns en tidsgräns för hur lång en avtalsperiod skall vara.

### 13.2 Ersättning för abonnemangstandvård

**Utredningens förslag:** Ersättning för abonnemangstandvård skall lämnas i form av tandvårdscheck. Abonnemangsavtalet, som skall lämnas till Försäkringskassan, skall innehålla:

1. uppgifter om abonnemangsperioden,
2. uppgift om vilken tandvård som omfattas av avtalet, samt
3. uppgifter om avgiften för abonnemanget.

En vårdgivare skall meddela Försäkringskassan när ett avtal om abonnemangstandvård har upphört att gälla eller om vårdgivaren av någon anledning inte kan fullfölja sitt åtagande enligt avtalet.

**Förslaget i delbetänkandet SOU 2006:71:** I delbetänkandet föreslogs att ersättningen till abonnemangstandvård skall lämnas med ett grundbelopp om 400 kronor per år för att skapa likvärdiga förutsättningar mellan ersättningen för abonnemangstandvården och det då föreslagna grundstödet.

**Remissinstanserna:** De landsting som kommenterat förslaget, bl.a. *Region Skåne*, *Landstinget i Uppsala län*, *Västerbottens läns landsting* och *Landstinget Västmanland* är positiva till en höjning av ersättningen för abonnemangsavtalen och ser det som ett första steg mot tandvård till fast pris som den dominerande ersättningslösningen. *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att det är angeläget med en höjning av ersättningen för abonnemangsavtalen. En sådan höjning bör dock bara ses som ett första steg för att möjliggöra att fler med omfattande tandvårdsbehov kan erbjudas abonnemang. *Privattandläkarna* menar att sjuka patienter skall prioriteras framför friska. Abonnemangstandvården är ett exempel på det motsatta. Det är ett system som i princip bara lockar de friska som redan har låga tandvårdskostnader. *Praktikertjänst AB* anser att gällande system för abonnemang bör behållas tills det har utvärderats och att en sådan utvärdering bör göras omgående.

**Skälen för utredningens förslag:** Av utredningens tilläggsdirektiv framgår att det nya tandvårdsstödet skall bestå av två delar: en tandvårdscheck, som skall kunna användas vid ett förebyggande tandvårdsbesök eller som delbetalning för abonnemangstandvård, samt ett skydd mot höga kostnader. Tilläggsdirektiven pekar vidare på vikten av att möjliggöra en fortsatt utveckling av abonnemangstandvårdsmodellen som en del av det framtida tandvårdsstödet samt att införandet av ett nytt tandvårdsstöd inte skall försvåra för vårdgivare som vill erbjuda tandvård i form av abonnemang.

Av tilläggsdirektivens angivelse om ersättningen till abonnemangstandvården följer, enligt utredningens uppfattning, att dagens ersättning till abonnemangstandvården, ett grundbelopp om 200 kronor per patient och år, ersätts av den föreslagna tandvårdschecken. Utgångspunkten för bedömningen av ersättningen till abonnemangstandvården blir därmed vad som diskuteras om tandvårdschecken i avsnitt 12. Utredningen lämnar förslag om att tandvårdschecken skall lämnas med 300 kronor vartannat år till alla vuxna i åldern 30–74 år och med dubbla belopp till personer i åldrarna 20–29 år samt 75 år och äldre.

Konsekvensen av utformningen av tandvårdschecken blir därmed att ersättningen till abonnemangstandvården försämras något (50 kronor per patient och år) för patienter i åldrarna 30–74 år. För patienter i åldrarna 20–29 år samt 75 år och äldre förstärks dock ersättningen till abonnemangstandvården med 100 kronor per patient och år.

Det bör dock påpekas att det i utredningens sidoalternativ finns möjligheter för ytterligare höjning av checkbeloppet och därmed ersättningen till abonnemangstandvården, se avsnitt 12 och 19.

Som redovisats tidigare finns majoriteten av dagens abonnemangspatienter i åldersgruppen 20–29 år. Utredningen konstaterar att abonnemangstandvården i stor utsträckning riktar sig mot och attraherar de yngre åldersgrupperna. En väsentlig förstärkning av ersättningen för denna grupp leder enligt utredningens bedömning till förbättrade möjligheter för både offentliga och privata vårdgivare att erbjuda abonnemang till dessa patienter. Då besöksfrekvensen i åldersgruppen 20–29 år är klart lägre än genomsnittet och dessutom avtagande, menar utredningen att en sådan utveckling väl stödjer målet om ökad besöksfrekvens. Utredningen anser även att abonnemangsformen kan vara ett lämpligt sätt att överbrygga övergången från den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården till vuxentandvården, då denna har fördelar som kan vara särskilt intressanta för de yngre åldersgrupperna.

Såvitt avser den förstärkta ersättningen till gruppen 75 år och äldre anser utredningen att det är svårt att göra några bedömningar av möjliga effekter. I dag erbjuds inte abonnemang inom något landsting till personer äldre än 64 år. Antalet abonnemangspatienter i de högsta åldersgrupperna är mycket litet. Det bör dock inte uteslutas att abonnemangstandvården kan utvecklas även för de äldsta åldersgrupperna.

Utifrån vad som ovan angivits som utredningens principiella utgångspunkter för regleringen av abonnemangstandvården inom ramen för det nya tandvårdsstödet väljer utredningen att reglera kraven på abonnemangsavtalens innehåll enligt vad som i dag gäller. Detta gäller även skyldigheten för vårdgivaren att meddela Försäkringskassan i de fall ett avtal upphört att gälla eller vårdgivaren inte kan fullfölja avtalet. De situationer som kan ge vårdgivaren rätt att inte fullfölja avtalet avser extraordinära händelser, t.ex. att vårdgivaren upphör med sin verksamhet.

Utredningen gör dock en mindre justering vad avser de uppgifter som skall lämnas till Försäkringskassan om avtalets innehåll. Förändringen innebär att avtalet mellan vårdgivaren och Försäkringskassan inte behöver innehålla uppgift om behandlingsplanen för patienten under avtalsperioden, utan i stället uppgift om vilken tandvård som omfattas av avtalet. Utredningen anser att uppgift om planerad behandling av patienten under avtalsperioden inte är nödvändig för att Försäkringskassan skall kunna fatta beslut om

och kontrollera utbetald ersättning. Däremot är uppgift om vilken tandvård som omfattas av abonnemangsavtalet nödvändig för Försäkringskassan att få, eftersom tandvård som omfattas av ett abonnemang inte omfattas av beräkning av tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader, se avsnitt 14.