

14 Ett skydd mot höga kostnader

14.1 Utformning

Utredningens förslag: Utredningen lämnar två alternativa förslag till ett skydd mot höga kostnader.

Huvudalternativ: Karensbelopp 3 000 kronor. 50 procent i ersättning för kostnader mellan 3 001 och 15 000 kronor respektive 85 procent i ersättning för kostnader över 15 000 kronor.

Sidoalternativ: Karensbelopp 3 000 kronor. 50 procent i ersättning för kostnader mellan 3 001 och 25 000 kronor respektive 85 procent i ersättning för kostnader över 25 000 kronor.

Karensbeloppen skall räknas upp och justeras i motsvarande takt som referenspriserna.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: Utredningen lämnade fyra alternativ till skydd mot höga kostnader. Utredningen förordade det alternativ där ersättning lämnades med 50 procent för kostnader mellan 3 000 och 25 000 kronor och med 85 procent för kostnader som överstiger 25 000 kronor.

Remissynpunkter: *Sveriges Kommuner och Landsting* vill framhålla att en övervägande del av patienterna har en kostnad per år som understiger det valda karensbeloppet 3 000 kronor. En betydande andel av de, som på grund av befarade höga kostnader för tandvård, avstår från att besöka tandvården regelbundet har rimligtvis tandvårdsbehov utöver utredningens förslag till grundstöd, men som ligger inom ramen för karensbeloppet 3 000 kronor. För dessa innebär utredningens förslag ingen ekonomisk lindring. *Norrbottnens läns landsting* stöder utredningens förslag till skydd mot höga och extremt höga kostnader, men ställer sig tveksamt till karensnivån på 3 000 kronor som innebär att endast ca 20 procent av patienterna får ta del av ersättningen. *Stockholms läns landsting*

menar att 3 000 kronor kan vara en hög kostnad för många av de patienter som i dag avstår från tandvård på grund av ekonomiska skäl. Landstinget menar att de föreslagna karensbeloppen och procentsatserna ger ett acceptabelt skydd för patienterna även mot de allra högsta kostnaderna. *Uppsala läns landsting* stöder förslaget till skydd mot höga och extremt höga kostnader men menar att man bör överväga alternativa karensbelopp och ersättningsgrader eftersom ca 80 procent av patienterna betalar mindre än 3 000 kronor och därmed inte får någon ersättning. *Tjänstetandläkarna* menar att behandling av infektions- och inflammationstillstånd samt konserverande behandlingar tillhör de viktigaste åtgärderna för att förebygga sjukdomsutveckling i munhålan och det är viktigt att sådan vård uppfattas som ekonomiskt överkomlig. Eftersom sådan tandvård oftast stannar kostnadsmissigt under det föreslagna karensbeloppet blir denna vård inte alls subventionerad. *Svenska Tandsköterskeförbundet* anser att förslaget att patienten själv skall bekosta behandlingar upp till 3 000 kronor kan leda till att det fortfarande kommer att vara en stor del av befolkningen som väljer att avstå från tandvård. *Sveriges Folktandvårdsförening* stöder utredningens förslag om skydd mot höga och extremt höga kostnader i en sammanhållen modell men ställer sig tveksam till om karensgränsen skall gå vid 3 000 kronor eftersom 80 procent av tandvårdens patienter har årliga tandvårdskostnader som understiger 3 000 kronor. Detta innebär att de flesta inte får någon ersättning alls för att åtgärda de tandhälsoproblem som kan uppstå vid en undersökning. *Tjänstemännens centralorganisation (TCO)* är i grunden positivt till att det finns ett högkostnadsskydd för att inte kostnaderna för individen skall bli för höga. TCO konstaterar att den förra regeringen aviserade ett högkostnadsskydd som innebar att tandvårdskostnader mellan 2 700 och 15 000 kronor skulle subventioneras med 70 procent och att kostnader därutöver subventioneras med 90 procent. TCO menar att för att tandvårdsförsäkringen skall bli en fungerande försäkring i tandvårdslagens anda krävs det att den kompletteras med subventioner för de kostnader som inte omfattas av någon form av högkostnadsskydd.

Skälen för utredningens förslag: Av utredningens tilläggsdirektiv framgår att en del av det nya tandvårdsstödet skall utgöras av ett skydd mot höga kostnader. Skyddet skall ha ett karensbelopp som patienten betalar, vilket läggs på en sådan nivå att den enskilde

visserligen får ta ett eget ansvar, men normalt inte riskerar att behöva avstå från nödvändig vård. För tandvårdskostnader skall en procentuell andel av summan av referenspriserna för de aktuella åtgärderna ersättas genom tandvårdsstödet. Patienten skall dock alltid betala en viss andel själv, så att ett val av en dyrare behandling också innebär en högre kostnad för patienten, oavsett slutpris för behandlingen.

Tilläggsdirektiven anger att utredningen skall analysera och kostnadsberäkna ett alternativ som innebär att patienten betalar ett karensbelopp på 3 000 kronor och att ersättning lämnas med 50 procent av tandvårdskostnader mellan 3 000 och 15 000 kronor och 85 procent av kostnader som överstiger 15 000 kronor. Vidare anges att utredningen även får analysera och beräkna andra nivåer på stödet. Utredningen har i tidigare delbetänkande analyserat och kostnadsberäknat fyra alternativ, varav utredningen förordade ett alternativ där ersättning lämnas med 50 procent av tandvårdskostnader mellan 3 000 och 25 000 kronor och 85 procent av kostnader som överstiger 25 000 kronor.

De två alternativ som nu lämnas skiljer sig åt i graden av skydd mot höga kostnader. Alternativen skiljer sig även åt vad gäller de beräknade totala statliga kostnaderna. Redovisningen av kostnadsberäkningar och analyser av de ekonomiska konsekvenserna lämnas i avsnitt 19.

Utredningen menar att en hög kostnad bör anses vara en kostnad på en sådan nivå att en minoritet av patienterna träffas. Definitionen av hög kostnad bör vidare utgå från en bedömning av hur stora kostnader som de flesta patienter i normalfallet kan finansiera utan större problem. Som framgår av avsnitt 4 har cirka 20 procent av patienterna årliga tandvårdskostnader som är högre än 3 000 kronor. Självfallet finns stora individuella variationer, men generellt sett kan antas att kostnader över 3 000 kronor för många patienter kan vara svårt finansiera utan hinder. Detta gäller särskilt i de fall där kostnaden uppstår oplanerat. Utredningen har därför valt att utforma förslagen till skydd mot höga kostnader med utgångspunkt från denna kostnadsnivå. Därefter har en högre nivå definierats, 15 000 respektive 25 000 kronor, för att kunna ge ett skydd mot extremt höga kostnader. Den övre gränsen syftar till att skydda det fåtal patienter som får en kostnad som är mycket svår att bära för de flesta, dvs. extremt höga kostnader. De olika alternativen ger i olika grad ett skydd mot kostnader i olika kostnadsintervall. I avsnitt 19 ges en närmare redogörelse för de fördel-

ningsmässiga konsekvenserna av de olika alternativen och jämförelser med det befintliga tandvårdsstödet.

Flera remissinstanser påpekar att många patienter inte kommer att få del av skyddet mot höga kostnader eftersom de inte kommer att ha årliga tandvårdskostnader som överstiger 3 000 kronor. Utredningen anser dock att skyddet mot höga kostnader skall vara just ett skydd mot kostnader av en viss storlek för att tydliggöra prioriteringen från statsmakternas sida om att ge ett ekonomiskt stöd till de mest drabbade patienterna. För de flesta patienter är höga tandvårdskostnader något som inträffar en eller några få gånger i livet. Skyddet mot höga kostnader bör utformas så att patienten ges ett ekonomiskt stöd vid dessa tillfällen. Bedömningen av graden av skydd bör också ske mot bakgrund av att de flesta patienter inte har höga tandvårdskostnader under flera år i följd.

I sammanhanget bör påminnas om den andra delen av det nya tandvårdsstödet, tandvårdschecken, som innebär en ersättning som ges till alla patienter varje eller vartannat år. Förslaget till karensbelopp och ersättningsnivåer är utformat i syfte att skydda mot höga och extremt höga kostnader, inte i syfte att lämna ett generellt bidrag till tandvårdskostnader.

Inkomsterna skiljer sig kraftigt åt mellan olika individer och därmed också möjligheterna att betala en viss summa för tandvård. Ett generellt system, med samma karensbelopp och ersättningsnivåer för alla, innebär därför att tandvårdskostnaderna inte för samtliga grupper kan förväntas minska så mycket att de ekonomiska hindren för att få tandvård helt utradas. Utredningen menar dock att det inom ramen för ett generellt system är omöjligt att konstruera ett tandvårdsstöd som hanterar alla de skillnader i ekonomiska förutsättningar som finns. För dem med allra lägst inkomster är det möjligt att få särskilt finansiellt stöd till tandvård via socialtjänsten.

Ju lägre karensbeloppet sätts, desto fler personer får del av subventionen och desto högre blir kostnaden för staten. Om fler personer får del av subventionen och många personer redan i nuläget har tandvårdskostnader strax under karensbeloppet ökar potentialen för dynamiska effekter, dvs. att patienter förändrar sin tandvårdskonsumtion och rör sig över karensnivåerna. Högre ersättningsgrader ger ett ökat skydd mot höga kostnader som ligger över karensbeloppen. Samtidigt ger en sådan modell trösklar i systemet som medför ökade potentiella risker för oönskade kostnadsökningar för staten.

Ett skydd mot höga kostnader måste konstrueras på ett sådant sätt att det ger ett tillräckligt stöd för att möjliggöra för fler patienter med höga tandvårdskostnader att få tandvård. Det skall minska kostnaderna för patienterna så mycket att ekonomin för det stora flertalet inte innebär ett hinder att få erforderlig tandvård. Samtidigt måste hänsyn tas till det statsfinansiella utrymmet och riskerna för oönskade dynamiska effekter. Om inte det sistnämnda kan kontrolleras finns en risk för att nödvändig kontroll över statens utgifter inte säkerställs, vilket kan tvinga fram försämringar och äventyra stabiliteten i tandvårdsstödet.

Bedömning av alternativen

Båda alternativen ger enligt utredningens bedömning ett rimligt skydd mot höga och extremt höga kostnader, men det finns dock vissa skillnader. Huvudalternativet ger i samtliga kostnadslägen det bästa skyddet mot höga kostnader. En närmare redovisning av de fördelningsmässiga konsekvenserna framgår av avsnitt 19.

Avsikten med skyddet mot höga kostnader i det nya tandvårdsstödet är att göra kostsam tandvård mer ekonomiskt tillgänglig, vilket i sig förväntas medföra en ökad tandvårdskonsumtion. Utformningen av den ekonomiska ersättningen måste dock göras på ett sådant sätt att de kostnadsdrivande effekterna kan kontrolleras. Detta är viktigt särskilt mot bakgrund av erfarenheterna av 65+-reformen. I bedömningen av de olika alternativen lägger utredningen därför stor vikt vid de potentiella dynamiska effekterna.

Till att börja med är det av stor vikt vid utformningen av ersättningsmodellen att patienten alltid betalar en viss andel av tandvårdskostnaden själv, så att valet av en dyrare behandling också innebär en högre kostnad för patienten. Detta är förklaringen till att det inte i något intervall i de av utredningen förslagna alternativen skall vara en statlig ersättning med 100 procent eller nära 100 procent. En ersättningsgrad med 85 procent är visserligen på en så pass hög nivå att det inte kan anses till fullo begränsa de kostnadsdrivande effekterna. För att uppnå ett tillräckligt skydd mot de allra högsta kostnaderna är det dock nödvändigt med en ersättningsgrad på en sådan nivå.

Såvitt avser ersättningsgraden i intervallet från karensbeloppet på 3 000 kronor till gränsen för den högre ersättningsnivån anser utredningen att en ersättning med 50 procent är en väsentlig sub-

vention, som kommer att medföra att tandvård i de angivna kostnadsintervallen blir ekonomiskt tillgänglig för många patienter.

Skillnaden i de båda alternativen består i nivån för den högsta beloppsgränsen, 15 000 respektive 25 000 kronor. Utredningen vill framhålla att alternativet med 25 000 kronor ger betydande förbättringar för patienter med höga tandvårdskostnader jämfört med dagens system. Samtidigt medger detta alternativ goda möjligheter att hantera de kostnadsdrivande effekterna, vilket gör att graden av reglering inte behöver bli lika omfattande i detta alternativ som i ett mer generöst alternativ.

En ersättning, enligt huvudalternativet, med 85 procent redan från kostnader över 15 000 kronor ger enligt utredningens bedömning betydligt större risker för omfattande dynamiska effekter än alternativet med 25 000 kronor. Orsaken är dels att antalet patienter med tandvårdskostnader i intervallet 15 000–25 000 kronor redan i dagsläget är relativt stort, dels att det krävs färre tandvårdsåtgärder att nå kostnader om 15 000 kronor, vilket gör att ett stort antal patienter bedöms kunna öka sin tandvårdskonsumtion till denna nivå. Detta innebär att det i huvudalternativet ställs högre krav på styrningen av volym- och prisutvecklingen än i sidoalternativet.

Huvudalternativet är det som anges i utredningens tilläggsdirektiv, varför detta alternativ är grunden för de författningsförslag som lämnas och utgångspunkten för kostnadsberäkningarna. För att säkerställa god kontroll av de ökade risker för kostnadsdrivande effekter som detta alternativ medför, lämnar utredningen förslag som syftar till att mer effektivt styra pris- och volymutvecklingen. Skärpningen är i linje med de principförslag som lämnades i delbetänkandet SOU 2006:71 och avser främst beräkningen av tandvårdsersättningen, se avsnitt 14.2, samt definitionen av den ersättningsberättigande tandvården, se avsnitt 11.

Det är viktigt att påpeka att de karensnivåer som utredningen presenterar baseras på dagens prisnivåer. Det innebär att eventuella prisökningar kan komma att innebära att fler patienter når över karensnivåerna om de behålls oförändrade. För att säkerställa att omfattningen av de statliga utgifterna för skyddet mot höga kostnader är oförändrad över tid anser utredningen att karensbeloppen löpande bör ses över. Eftersom skyddet mot höga kostnader baseras på referenspriserna är det lämpligt att beloppsgränserna för tandvårdsersättning ses över och vid behov revideras på motsvarande sätt, för att följa referenspriserna, se avsnitt 11.

14.2 Beräkning av tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader

Utredningens förslag: Patientens kostnad för ersättningsberättigande tandvård skall beräknas enligt referenspriset för den utförda åtgärden. Kostnaden för åtgärden skall dock högst beräknas till det pris som vårdgivaren begärt för den.

Tandvårdsersättning skall inte lämnas för sådan tandvårdskostnad som finansierats genom tandvårdschecken. Tandvårdsersättning skall inte heller lämnas för tandvård som omfattas av avtal om abonnemangstandvård.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: I delbetänkandet föreslog utredningen ett ersättningssystem med referenspriser där den statliga ersättningen beräknas på av staten fastställda priser per åtgärd. Detta skulle innebära att ersättningen skulle bli densamma oavsett vårdgivarens pris för den utförda behandlingen. Förslaget att tandvårdsersättning inte skall lämnas för tandvård som omfattas av avtal om abonnemangstandvård är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Remissinstanserna: *Praktikertjänst AB* menar att det finns en risk för att patienterna uppfattar att det är 50 respektive 85 procent av den egna tandläkarens pris som kommer att ersättas vilket kan leda till missförstånd och pedagogiska problem.

Skälen för utredningens förslag: Som utredningen redovisat i delbetänkandet kan ett ersättningssystem där de enskilda vårdgivarnas pris ligger till grund för den statliga ersättningen inte förenas med fri prissättning. Detta eftersom vårdgivares prishöjningar per automatik skulle leda till höjd statlig ersättning samt att patienter hos vårdgivare med högre pris skulle få en högre statlig ersättning än patienter hos vårdgivare med lägre pris. Utredningen ansåg dock att den fria prissättningen skulle behållas och föreslog därför ett system med referenspriser där den statliga ersättningen skulle beräknas på av staten fastställda priser för varje åtgärd. Utredningen menade vidare att användningen av referenspriser skulle innebära att ersättningen skulle bli densamma oavsett vårdgivarens pris för den utförda behandlingen vilket skulle ge patienterna incitament att välja en vårdgivare med lägre pris.

Utredningen vidhåller denna uppfattning, men vill peka på ett möjligt problem, eftersom en sådan utformning kan leda till att en

patient i vissa fall kan komma att få mer ersättning från det statliga tandvårdsstödet än vad han eller hon har betalat för sin behandling. Detta eftersom en vårdgivare kan sänka priset på en behandling när patienten nått karensbeloppet och då kan erbjuda patienten gratis tandvård. Utformningen av skyddet mot höga kostnader där statlig ersättning lämnas med 85 procent av kostnader över 15 000 kronor innebär enligt utredningens bedömning en icke försumbar risk för att sådana effekter uppstår.

Utredningen menar att detta är en orimlig konsekvens och föreslår därför att patientens kostnad för ersättningsberättigande tandvård skall beräknas enligt referenspriset för den utförda åtgärden. Kostnaden för åtgärden skall dock högst beräknas till det faktiska pris som vårdgivaren begärt. Detta innebär att om en vårdgivare har ett lägre pris för en behandling än referenspriset är det vårdgivarens pris som ligger till grund för beräkningen av tandvårdsersättning. I de fall en vårdgivare har ett högre pris än referenspriset är det referenspriset som ligger till grund för beräkningen av tandvårdsersättning. En konsekvens av detta är att en vårdgivare med ett lågt pris får lägre ersättning från staten och att beräkningen av tandvårdsersättning inte blir lika enkel för patienten att förstå. Utredningen menar dock att det är viktigare att patienten alltid står för en viss del av kostnaden själv, detta för att dämpa kostnadsdrivande effekter, särskilt med en ersättningsgrad på 85 procent från beloppsgränsen 15 000 kronor.

Det kommer dock finnas incitament för vårdgivare att hålla nere priserna, eftersom patienten alltid kommer att betala en viss proportionell andel av kostnaden för tandvården. En patient som går till en vårdgivare med lägre priser kommer alltså att betala mindre för sin tandvård än om han eller hon går till en dyrare vårdgivare.

Tandvård som betalas med tandvårdscheck

Tandvårdsersättningen inom skyddet mot höga kostnader syftar till att sänka patientens kostnader. En kostnad som staten redan subventionerat bör således inte omfattas. Utredningen föreslår därför att den tandvårdskostnad som finansierats genom tandvårdschecken inte skall ingå i beräkningen av tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader. En motsatt lösning hade inneburit att staten hade givit en subvention på subventionen, vilket inte vore

rimligt. Innebörden av detta är att checkens belopp inte ingår i beräkningen av tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader. En kostnad utöver detta som uppstått vid behandling i samband med checkens nyttjande ingår dock i beräkningen.

Tandvård som omfattas av abonnemangsavtal

Tandvård som omfattas av abonnemangsavtal ersätts på andra grunder av staten än den styckeprisbaserade ersättningen inom ramen för skyddet mot höga kostnader. Abonnemangstandvården ersätts enligt utredningens förslag genom tandvårdschecken, vilket är ett fast belopp beräknat per patient och år. Med detta följer att vårdgivaren skall lämna den tandvård som patienten behöver och som omfattas av abonnemangsavtalet till den angivna fasta ersättningen, som finansieras av både staten och patienten. Den statliga ersättningen till abonnemangstandvård är en s.k. capitationserättning där ersättningen per patient utgår med samma belopp oavsett omfattningen av den faktiskt utförda vården.

Som utredningen beskrivit i tidigare delbetänkande finns det olika för- och nackdelar med de båda sätten att finansiera tandvård. Båda modellerna kommer att finnas som olika delar av det nya tandvårdsstödet och utredningen anser att det är viktigt att renodla modellerna och tydliggöra skillnaderna mellan dem.

Skyddet mot höga kostnader baseras på ersättning per utförd åtgärd. Tandvård som utförs inom ramen för ett abonnemangsavtal ersätts enligt utredningens förslag genom tandvårdschecken, vilket är ett fast belopp per patient och år oavsett hur mycket tandvård som patienten får. Sådan tandvård är alltså ersatt på andra grunder och skall därmed inte sammanblandas med det styckeprisbaserade skyddet mot höga kostnader. Tandvård som omfattas av ett abonnemangsavtal omfattas således inte av beräkningen av tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader. Tandvård som patienten får och som inte omfattas av patientens abonnemangsavtal omfattas dock av skyddet mot höga kostnader. Abonnemangsavgiften kan dock inte tillgodoräknas i beräkningen av tandvårdsersättningen inom skyddet mot höga kostnader, utan beräkningen för den tillkommande tandvården sker uteslutande för den delen.

Ersättning i samband med omgörning

I de fall en protetisk behandling måste göras om inom viss tid bör inte omgörningen berättiga till ersättning. Detta gäller oavsett vilken vårdgivare det är som gör om behandlingen. I de fall det är en annan vårdgivare, än den vårdgivare som gjorde den ursprungliga behandlingen, som står för omgörningen skall Försäkringskassan reglera ersättningen mellan vårdgivarna, det vill säga att den ersättning som betalats ut till den första vårdgivaren skall återkrävas från denne och motsvarande ersättning betalas ut till den andre vårdgivaren, se avsnitt 16.8. Omgörningsbehovet skall i dessa fall förhandsprövas av Försäkringskassan.

Kostnaden för den behandling som görs om bör dock inte räknas med i underlaget för beräkning av tandvårdsersättning, eftersom patienten endast skall få tillgodoräkna sig värdet av behandlingen vid ett tillfälle. Utredningen anser att kostnaden för omgörningen inte bör omfattas av beräkningen av tandvårdsersättning. Om kostnaden för omgörningen skulle omfattas av beräkningen skulle det ställa krav på att tidigare beräkning av tandvårdsersättningen, som vid tidpunkten för den ursprungliga behandlingen tog hänsyn till kostnaden för denna, skulle behöva räknas om och justeras retroaktivt. Sådan retroaktiv justering skulle riskera påverka tandvårdsersättningen även för andra behandlingar än den som görs om. Detta skulle enligt utredningens uppfattning leda till en otrygghet för patienten som inte är acceptabel, eftersom patienten inte skall drabbas ekonomiskt av att en protetisk behandling behöver göras om.

I de fall omgörningen görs som en mer omfattande behandling än den ursprungliga behandlingen och om den nya behandlingen är ersättningsberättigande, skall den överskjutande kostnaden ingå i beräkningen av tandvårdsersättningen.

Övrigt

För att en kostnad för tandvård skall ingå i underlaget för beräkning av tandvårdsersättning är det inte nödvändigt att patienten själv slutligen står för kostnaden. Även om behandlingen betalas av exempelvis patientens arbetsgivare, en försäkring eller socialtjänsten skall kostnaden för vården räknas med i underlaget för beräkning av ersättning från tandvårdsstödet. Det som är

avgörande för om Försäkringskassan skall lämna tandvårdserättning är alltså patientens kostnad för tandvården, inte vem som faktiskt betalar den.

En helt annan sak är kostnader som landstinget har för åtgärder för vilka bestämmelserna om vårdavgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) gäller. Kostnaderna för sådana åtgärder berörs över huvud taget inte av bestämmelserna om tandvårdsstöd.

Såvitt avser tandvård som utförts i annat EU-land omfattas denna på samma sätt som i det befintliga tandvårdsstödet av ersättningsreglerna. Det innebär att patienter, som omfattas av stödet, har rätt att tillgodoräkna sig sådan kostnad inom ramen för det föreslagna skyddet mot höga kostnader enligt referenspriset, dock högst vårdgivarens faktiska pris.

14.3 Ersättningsperioden¹

14.3.1 Dagens regler

Enligt förordningen om tandvårdstaxa räknas som en behandlingsomgång vanligtvis en tidsperiod om högst ett år.² Detta innebär dock inte att alla protetiska åtgärder som utförs under ett år ingår i behandlingsomgången och hamnar under samma karensbelopp. Förutsättningen för att behandlingarna skall betraktas som en behandlingsomgång är att åtgärderna planerats samtidigt eller att ytterligare behov uppkommit under behandlingens gång. I annat fall blir det fråga om olika behandlingsomgångar med ett karensbelopp för respektive behandlingsomgång.³ Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 angav i delbetänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36) att även högkostnadsskyddet för äldre skulle omfatta en behandlingsomgång och att denna skulle definieras på samma sätt som i förordningen om tandvårdstaxa.⁴ En kritik som framförts mot dagens system är att behandlingsomgången i vissa fall anses vara för kort, vilket leder till tidspress för vårdgivare och patient när det gäller vissa mer tidskrävande behandlingar. I dag är det även möjligt att en patient har flera olika

¹ Utredningen har i tidigare delbetänkanden använt begreppet karensperiod och avsett den tidsperiod som skyddet mot höga kostnader gäller för, men nu övergått till att använda begreppet ersättningsperiod.

² 12 § tredje stycket förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Denna begränsning gäller dock inte för behandlingar som endast omfattar tandregleringsåtgärder.

³ Försäkringskassan (2004).

⁴ Prop. 2001/02:51.

behandlingsomgångar pågående samtidigt, vilket innebär att patienten får betala karensbeloppet mer än en gång under en ettårsperiod.

Det finns i dag högkostnadsskydd för vårdavgifter och inköp av läkemedel. Syftet med dessa högkostnadsskydd är att förhindra att personer drabbas av höga kostnader på grund av att de har täta eller återkommande vårdbehov samt att få en spridning av kostnaderna för läkemedel och sjukvård.⁵

Högkostnadsskyddet inom läkemedelsförmånen

Högkostnadsskyddet inom läkemedelsförmånen innebär att personer med höga utgifter för läkemedel skyddas i första hand. Det medför i sin tur att inköp av receptbelagda läkemedel vid enbart enstaka tillfällen under en tolv månadersperiod inte subventioneras, om det inte rör sig om dyra läkemedel. Subventionen riktas till personer med stora behov av läkemedel medan personer med sporadiska eller begränsade inköp av läkemedel själva får stå för hela kostnaden.⁶

Kostnadsreduceringen för läkemedel beräknas på den sammanlagda kostnaden för varor som den förmånsberättigade köper under ett år, räknat från det första inköpstillfället. Så länge den sammanlagda kostnaden inte överstiger 900 kronor lämnas ingen kostnadsreducering.⁷ En ny ettårsperiod kan inte påbörjas förrän föregående ettårsperiod har gått till ända.⁸ Kostnadsreduceringen gäller under den tid som återstår av ett år räknat från det första inköpstillfället. Vilket köp som skall vara det första, och därmed utgångspunkten för tillämpningen av högkostnadsskyddet, får köparen själv bestämma.⁹ Högkostnadsskyddet gäller i tolv månader från det första inköpet och kunden betalar högst 1 800 kronor under denna period. Därefter påbörjar kunden en ny tolv månadersperiod nästa gång han eller hon köper läkemedel på recept.¹⁰

Det finns vissa begränsningar inom högkostnadsskyddet för läkemedel. För att patienten skall få sina läkemedel inom högkostnadsskyddet får ett uttag på receptet avse högst tre månaders för-

⁵ Prop. 1996/97:27.

⁶ Prop. 1996/97:27.

⁷ 5 § lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.

⁸ 3 § förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.

⁹ Prop. 1996/97:27.

¹⁰ Apoteket AB (2007).

brukning. Patienten får bara göra ett uttag på receptet varje gång. Ett läkemedel som har förskrivits får inte förskrivas på nytt så länge förskrivningen fortfarande är giltig. Detta gäller om syftet enbart är att få läkemedlet utlämnat på förmånligare villkor.¹¹

Högekostnadsskyddet inom hälso- och sjukvården

Högekostnadsskyddet inom hälso- och sjukvården innebär att den som har betalat vårdavgifter som gäller öppen hälso- och sjukvård med sammanlagt högst 900 kronor är befriad från att därefter betala ytterligare avgifter för sådan vård. Denna befrielse gäller under ett år, räknat från det första tillfället då patienten betalade avgift.¹² Med "ett år" menas inte kalenderår, utan ett år från den dag då patienten betalade den första vårdavgiften. Om patienten behöver göra fortsatta besök inom hälso- och sjukvården när året har löpt ut, skall han eller hon betala avgifter till dess en ny 900-kronorsgräns har nåtts. När en patient närmar sig taket för egenavgifterna skall han eller hon bara betala den resterande avgiften intill 900 kronor.¹³

Det finns i detta högekostnadsskydd inte möjlighet att förlänga den avgiftsfria perioden eller flytta fram tidpunkten för när perioden skall börja. Högekostnadsskyddet är inte kopplat till en viss behandlingsomgång utan gäller all vård under perioden. En följd av detta är att en patient under en pågående sjukvårdsbehandling kan nå ettårsgränsen. Patienten måste då på nytt betala vårdavgifter till dess han eller hon återigen har betalat 900 kronor för sin hälso- och sjukvård.

14.3.2 Vad startar en ersättningsperiod?

Utredningens förslag: Ersättningsperioden skall påbörjas i och med att vårdgivaren slutfört den första ersättningsberättigande åtgärden.

Delbetänkandet SOU 2006:71: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

¹¹ 2 § förordningen (2002:687) om läkemedelsförmåner m.m.

¹² 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

¹³ Prop. 1996/97:27.

Skälen för utredningens förslag: Utredningens förslag till definition av ersättningsperiod är inte kopplat till en specifik behandling eller till en viss behandlingsomgång. Det som skiljer utredningens förslag från dagens system är att all ersättningsberättigande tandvård en patient får under ersättningsperioden kan räknas in i beräkningen av tandvårdsersättningen. Utredningen föreslog i delbetänkandet att ersättningsperioden skall löpa under ett år men inte vara kopplad till kalenderår utan vara individuell. Förslaget innebär att en ersättningsperiod kan påbörjas när som helst under ett kalenderår, se vidare avsnitt 14.3.3. Det måste dock vara klart för patient, vårdgivare och Försäkringskassan vad som startar en ersättningsperiod.

Enligt dagens system för ersättning inom tandvårdsförsäkringen avser debiteringen av tandvårdsersättning ett behandlingstillfälle. Med behandlingstillfälle avses ett tillfälle då patienten besöker tandläkare eller tandhygienist.¹⁴

Början av en ersättningsperiod kan kopplas till flera olika tillfällen, exempelvis när patienten betalar för behandlingen, behandlingstillfället eller när en åtgärd är slutförd. Om man väljer tidpunkten när patienten betalar för behandlingen betyder det att vårdgivaren måste rapportera in även denna till Försäkringskassan, vilket skulle leda till mer administration för både vårdgivare och myndighet. Patienten kan också, efter överenskommelse med vårdgivaren, välja att betala hela kostnaden vid ett tillfälle eller att delbetala vården. Om betalningstillfället är avgörande för när ersättningsperioden börjar betyder det att det blir svårare för patient och vårdgivare att veta och Försäkringskassan att kontrollera, när ersättningsperioden börjar för en patient.

Vissa åtgärder inom tandvården kräver flera behandlingstillfällen, exempelvis en rotfyllning eller en krona, medan andra åtgärder bara kräver ett behandlingstillfälle. Att använda behandlingstillfället som start för en ersättningsperiod innebär att vårdgivaren måste rapportera in varje behandlingstillfälle, alltså även sådana där en patient får en behandling som en del av en åtgärd. I de fall en patient får en behandling i form av en rotfyllning, som kräver minst två behandlingstillfällen, skulle vårdgivaren då rapportera in båda dessa tillfällen. Utredningen anser att detta skulle leda till onödig administration, framför allt för vårdgivarna, men även för Försäkringskassan.

¹⁴ Riksförsäkringsverkets föreskrifter (RFFS 1998:35) för verkställigheten av förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, ingressen till bilagan Avdelning A samt avdelning B.

En annan möjlig startpunkt är när den ersättningsberättigande åtgärden är slutförd. Denna tidpunkt är tydlig och lätt att avgränsa. Att använda denna tidpunkt innebär också att vårdgivarna och Försäkringskassan inte påförs mer uppgifter än vad som är absolut nödvändigt för administrationen av det nya tandvårdsstödet. Utredningen föreslår därför att ersättningsperioden skall starta när den första ersättningsberättigande åtgärden är slutförd.

Denna tidpunkt är också den som utredningen anser bör vara avgörande för tidsfristen för när vårdgivaren skall skicka in uppgifter till Försäkringskassan, se avsnitt 16.5. För att systemet skall bli enkelt och lättöverskådligt menar utredningen att man i så stor utsträckning som möjligt bör använda samma begrepp och tidpunkter. Utredningen föreslår därför att ersättningsperioden skall börja löpa i samband med att vårdgivaren slutför den första ersättningsberättigande åtgärden.

14.3.3 Definitionen av ersättningsperioden

Utredningens förslag: Som skydd mot höga tandvårdskostnader skall tandvårdsersättning lämnas med en viss andel av patientens sammanlagda tandvårdskostnader under en ersättningsperiod på ett år. Vårdgivaren skall på patientens begäran kunna anmäla hos Försäkringskassan att en ny ersättningsperiod skall påbörjas innan den tidigare ersättningsperioden har löpt ut. Den nya ersättningsperioden skall då gälla från det anmälan har kommit in till Försäkringskassan.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: Utredningen föreslog att skyddet mot höga kostnader skulle beräknas för en period av tolv månader, som är individuell och inte baserad på kalenderår.

Remissinstanserna: *Norrbottens läns landsting* menar att stödets begränsning till en period av tolv månader är för kort eftersom de omfattande behandlingar det kan bli tal om, speciellt vid extremt höga kostnader, ofta kräver längre behandlingstid. Landstinget förordar en ersättningsperiod på arton månader så att omfattande behandlingar kan slutföras innan man påbörjar en ny period. Också *Uppsala läns landsting* menar att eftersom många behandlingar tar längre tid än ett år bör en artonmånadersperiod övervägas istället för en tolv månadersperiod. Även *Sveriges Folktandvårdsförening*

anser att stödet inte skall gälla under en tolv månadersperiod eftersom när en person drabbas av höga eller extremt höga kostnader är de kopplade till omfattande behandlingar, vilka tar tid att slutföra. Stödet bör därför gälla under en period av 18 månader så att det blir rimligt att slutföra behandlingarna innan man går in i en ny ersättningsperiod. *Praktikertjänst AB* menar att skyddet mot höga kostnader bör, i vissa väl definierade situationer, kunna gälla för längre tid än 12 månader. Som exempel på sådana situationer anför Praktikertjänst verifierad sjukdom hos patienten eller vårdgivaren. *Privattandläkarna* menar att det är viktigt att se över om det finns skäl att vara flexibel. Det bör i särskilda fall vara möjligt att få gehör för att förlänga denna 12-månadersperiod. Privattandläkarna menar att en patient som går till en tandläkare som blir sjuk inte bör drabbas av en ekonomisk administrativ bestraffning på grund av strikta behandlingsperioder. Lika lite bör en patient som skall genomgå en implantatbehandling, och som behöver en viss tid för inläkning av implantat, bestraffas för att inläkningen inte är snabb nog. *Sveriges Kommuner och Landsting* delar utredningens bedömning att skyddet mot höga kostnader bör beräknas för en tidsperiod som är individuell och inte baserad på kalenderår. Man menar dock att det i stället för den föreslagna tolv månadersperioden bör utredas om en arton månadersperiod bör tillämpas vid beräkningen av ersättningen.

Skälen för utredningens förslag: Det är, enligt utredningens mening, viktigt att konstruktionen av skyddet mot höga kostnader är enkel att förstå och förklara för vårdgivare och patienter. Stödet skall vidare, så långt som möjligt, vara konstruerat så att kostnaderna för staten och patienterna kan förutses. En sådan enkelhet och förutsägbarhet kan bland annat uppnås genom att de bestämmelser som reglerar tandvårdsstödet är tydliga och i största utsträckning är utan undantag. En ersättningsperiod på ett år, som löper från det att den första ersättningsberättigande åtgärden slutförs, är ett sätt att uppnå detta.

Kravet på enkelhet och förutsägbarhet får dock inte leda till att stödet konstrueras så att skyddet mot höga kostnader urholkas. Det är oftast bara någon eller några få gånger i livet som en person drabbas av höga tandvårdskostnader. När detta händer är det viktigt att det statliga tandvårdsstödet ger ett så bra skydd som möjligt. För att detta skall vara möjligt bör valet av längd på ersättningsperioden innebära att, i vart fall, de flesta behandlingar inom

tandvården kan avslutas inom en och samma ersättningsperiod. Det kan påpekas att det föreslagna skyddet mot höga kostnader inte är ett skydd för att kunna få en viss behandling till en viss kostnad, utan ett skydd mot höga kostnader för tandvård som uppkommer under en viss period.

Det stora flertalet är vana vid att högkostnadsskydd löper under en period av ett år, eftersom både högkostnadsskydden för läkemedel och vårdavgifter har en ettårsgräns. Utredningen menar att det leder till en större begriplighet för systemet att använda en tidsperiod som de flesta, patienter och vårdgivare, är vana vid. Att inom skyddet mot höga kostnader inom tandvårdsområdet införa en ersättningsperiod på ett år innebär att ersättningsperioden för tandvårdskostnader inte kommer att skilja sig från övriga högkostnadsskydd.

En fråga att ta ställning till är om det finns behandlingar inom tandvården som vanligtvis tar längre tid att slutföra än ett år. De behandlingar som kan ta längre tid att slutföra är främst tandreglering och implantatbehandling. Detta är behandlingar som ofta leder till höga kostnader för patienten. En tandregleringsåtgärd tar vanligen mellan ett och två år att genomföra. En implantatbehandling kan sägas ha en genomsnittlig behandlingstid på åtta till nio månader.¹⁵

Om man bara beaktar behandlingstiden och tid för läkning kan alltså en behandling, med undantag för tandregleringsåtgärder, i normalfallet avslutas inom ett år. Orsaken till att behandlingar inte kan avslutas inom ett år kan vara köer inom tandvården eller sjukdom hos vårdgivare eller patient.

Det faktum att en patient påbörjar en lång och kostsam behandling mitt i eller i slutet av en ersättningsperiod riskerar dock att försvaga skyddet mot höga kostnader på ett påtagligt sätt. Denna frågeställning är dock inte i första hand knuten till olika behandlingars längd, utan främst frågan om hur ersättningsperioden på ett år skall beräknas.

Utredningens förslag är att ersättningsperioden inte skall vara kopplad till kalenderår utan skall börja löpa vid det tillfälle då patienten får en behandling som omfattar minst en ersättningsberättigande åtgärd och denna åtgärd är slutförd. Detta innebär att vårdgivarna kan planera en patients behandling utifrån dennes individuella behov och det förra besöket i tandvården. Det minskar också

¹⁵ Uppgifterna är hämtade från www.sjukvardsradgivningen.se, www.vardguiden.se, www.ftv.se samt www.ptl.se.

riskerna för s.k. vårdpucklar, dvs. att många patienter vill ha tid för behandling i början av året.

Utredningens förslag till ersättningsperiod är, som tidigare sagts, inte kopplat till en viss behandling. Det är viktigt att påpeka att detta innebär en förändring gentemot det som gäller i dagens tandvårdsstöd. I dag är en behandlingsomgång knuten till en behandling, som kan innefatta flera åtgärder. Detta innebär att en patient i dag kan ha flera behandlingsomgångar på gång samtidigt. Utredningens förslag innebär att all behandling, alla ersättningsberättigande åtgärder, som utförs under en period av ett år ingår i underlaget för beräkning av ersättning. Det betyder också att ersättningsperioden fortsätter att löpa även om den behandling som startade perioden är slutförd, så länge som ettårsgränsen inte är passerad. Under en ersättningsperiod kan alltså en patient genomgå flera ersättningsberättigande behandlingar, som alla räknas in i skyddet mot höga kostnader. Detta gäller oavsett vilken typ av behandling det är fråga om. Ersättning från tandvårdsstödet för en patient kan exempelvis räknas på undersökning och förebyggande vård, fyllningar, kronor och implantat.

Ett system med ersättning som är beräknad på den tandvård en patient konsumerat under en ersättningsperiod utan möjlighet till undantag kan dock innebära att en behandling kan komma att löpa över flera ersättningsperioder. Patienten måste då börja på en ny karens och får ingen ersättning från tandvårdsstödet förrän han eller hon når ett nytt karensbelopp. Detta är enkelt och förutsägbart för patienter, vårdgivare och Försäkringskassan. Eftersom Försäkringskassan inte behöver handlägga ärenden om undantag från ersättningsperioden eller hålla reda på flera olika ersättningsperioder för samma patient, ger denna typ av system mindre administration än om det finns möjligheter till undantag. En nackdel är dock att det kan leda till att skyddet mot höga kostnader urholkas. Detta eftersom följderna kan bli att kostnaderna för en behandling kan komma att delas upp på olika ersättningsperioder och patienten därför inte kommer upp de kostnadsnivåer där ersättning lämnas. För patienter som får en behandling uppdelad på två ersättningsperioder kan systemet även uppfattas som att det inte ger det utlovade skyddet mot höga kostnader.

För att mildra denna effekt finns det två tänkbara lösningar. Den ena är att Försäkringskassan kan bevilja längre ersättningsperiod för vissa behandlingar eller i de fall patienten eller vårdgivaren

drabbas av sjukdom och den andra är att patienten själv får välja när en ersättningsperiod skall börja löpa.

Längre ersättningsperiod för vissa behandlingar eller vid sjukdom

Några remissinstanser har framfört att Försäkringskassan i vissa fall bör kunna bevilja en längre ersättningsperiod. Detta skulle kunna göras för vissa längre behandlingar, exempelvis implantatbehandlingar eller annan komplicerad protetisk vård, som både av administrativa och biologiska skäl kan vara svår att göra färdig under tolv månader. Andra exempel är kombinationsbehandlingar med ortodonti (tandreglering) och protetik eller ortodonti, kirurgi och protetik. Man har även framfört att tandläkaren eller patienten kan bli sjuk under en period varför en behandling inte skulle kunna avslutas inom ett år.

En längre ersättningsperiod för vissa långa och kostsamma behandlingar skulle stärka skyddet mot höga kostnader. Nackdelar med detta alternativ är att det blir mer administrativt betungande än ett system utan undantag eller där patienten själv avgör när ersättningsperioden skall börja. Detta eftersom ett undantag från ersättningsperioden på grund av en längre behandlingsomgång än ett år bör beslutas av Försäkringskassan, och ett sådant beslut bör fattas innan behandlingen påbörjas. Administrationen kommer även påverkas av att ett sådant system skulle medföra att en patient samtidigt kan ha flera parallella ersättningsperioder. Det skulle innebära ökad komplexitet och administration för både vårdgivare och Försäkringskassan.

I ett sådant system måste det klart framgå hur Försäkringskassan skall hantera behandlingar som inte ingår i den behandlingsomgång som man beviljat förlängd ersättningsperiod för, men som vårdgivaren utför under denna period. Som exempel kan nämnas en patient som beviljats förlängd ersättningsperiod för ett helkäksimplantat i överkäken och under tiden denna behandling pågår även behöver en krona eller fyllning i underkäken. Om man tillåter att alla behandlingar patienten får under denna tid får ingå i den förlängda ersättningsperioden innebär det att patienter kan få ersättning från tandvårdsstödet för behandlingar som annars inte skulle leda till att ersättning skulle lämnas. En följd av detta blir att statens kostnader för tandvårdsstödet kan komma att öka, eftersom det blir fler som kommer att nå karensbeloppet under en

ersättningsperiod. Att låta alla behandlingar som görs under den utökade ersättningsperioden ingå i beräkningen av ersättningen är dock relativt enkelt att förstå och administrera. Varken myndigheter eller vårdgivare behöver veta eller hålla reda på vilken behandling som skall hänföras till vilken period. Behovet av att kontrollera att vårdgivarna inte missbrukar undantaget kommer att vara mindre om all tandvård som utförs under perioden omfattas.

En annan lösning är att den förlängda ersättningsperioden endast omfattar behandlingar som ingår i den undantagna behandlingsomgången. Om patienten skulle behöva någon annan behandling, exempelvis en fyllning, under denna period skall den ingå i den ordinarie ersättningsperioden. Detta skulle dock innebära att det är möjligt att en patient har flera ersättningsperioder som löper parallellt. Då måste Försäkringskassan, patient och vårdgivare i vissa fall hålla reda på flera ersättningsperioder och även veta till vilken period patientens behandlingar skall hänföras. Detta måste sägas leda till ökad administration och göra systemet mer komplicerat och svårbegripligt. Det skulle dock hålla nere statens kostnader för det statliga tandvårdsstödet, eftersom behandlingar som inte omfattas av den utökade ersättningsperioden, skulle beräknas separat och det skulle ta längre tid för patienten att nå karensbeloppet.

För personer som genomgår längre behandlingar inom hälso- och sjukvården på grund av långvarig sjukdom kan behandlingsperioden sträcka sig över två eller flera ersättningsperioder både när det gäller högkostnadsskyddet inom läkemedelsförmånen och för vårdavgifter inom hälso- och sjukvården. Patienten måste i dessa fall på nytt betala vårdavgiften eller kostnaden för sina läkemedel. I dessa system finns ingen möjlighet till att förlänga ettårsperioden på grund av sjukdom.

När det gäller hänsyn till sjukdomsfall eller köer inom vården anser utredningen att ambitionen på en övergripande nivå bör vara att utforma ersättningsperioden så att systemet stimulerar effektivitet inom vården och ger incitament för kortare vårdtider och köer. En patient som genomgår en längre tandvårdsbehandling kan visserligen vid sjukdomsfall behöva avbryta eller skjuta upp behandlingen. Detta kan leda till att patienten får högre tandvårds-kostnader för den aktuella behandlingen, men det är viktigt att komma ihåg att utredningens förslag till skydd mot höga kostnader bygger på att patienten skall erbjudas ett skydd mot höga tandvårds-kostnader som kan uppstå under en viss period. Som sagts

tidigare är det inte fråga om en rättighet att få en viss behandling till en viss kostnad.

Utredningen anser vid en samlad bedömning att det inte finns tillräckliga skäl för att införa en möjlighet till förlängning av ersättningsperioden. Skyddet mot höga kostnader är inte kopplat till en viss behandling, utan avser hela kostnaden för den ersättningsberättigande tandvården under en ettårsperiod. Vidare skulle en möjlighet till förlängning innebära kraftigt ökad administration, både för vårdgivare och Försäkringskassan. Systemet skulle också bli mer komplext och göra det svårare för patienten att förstå hur karensbelopp och ersättningsperiod beräknas.

Patienten kan själv välja när ersättningsperioden skall börja löpa

I syfte att minska effekterna av en fast längd på ersättningsperioden finns möjligheten att patienten själv får begära vilken slutförd åtgärd som skall starta ersättningsperioden. Starten på ersättningsperioden kan då flyttas fram vilket ger patienten möjlighet att börja en ersättningsperiod i samband med att den första ersättningsberättigande åtgärden i en längre eller mer kostsam behandling är slutförd.

Om denna möjlighet finns minskar risken för att skyddet mot höga kostnader urholkas. Patienten kan maximera ersättningen från tandvårdsstödet vid en tidpunkt då han eller hon har ett stort behov av tandvård. Visserligen kan ett sådant system uppfattas som mindre enkelt och förutsägbart, men utredningen menar att vikten av att skyddet mot höga kostnader inte urholkas, vid en avvägning, i detta fall bör ha företräde framför strävan att åstadkomma ett enkelt system.

Utredningen anser att för att få denna möjlighet bör vårdgivaren på patientens begäran anmäla hos Försäkringskassan att en ny ersättningsperiod skall påbörjas innan den tidigare har löpt ut. Ett sådant förfarande kan visserligen riskera leda till ökad administration för vårdgivarna och Försäkringskassan, jämfört med om det är en fast tidpunkt när en ersättningsperiod skall börja, men utredningen anser att det är viktigt att det föreslagna tandvårdsstödet faktiskt uppfattas som ett effektivt skydd i de fall en patient drabbas av höga tandvårdskostnader. De problem som kan uppstå med längre behandlingar bör, i allt väsentligt, lösas genom att vårdgiva-

ren på patientens begäran kan anmäla till Försäkringskassan att en ny ersättningsperiod skall påbörjas innan den tidigare har löpt ut.

Utredningen anser dock att ett ändrat datum för starten av ersättningsperioden inte skall kunna göras med retroaktiv verkan, dvs. början av ersättningsperioden skall inte kunna flyttas bakåt. En sådan möjlighet skulle bl.a. innebära att Försäkringskassan kan komma att betala ut ersättning retroaktivt och aktualisera behov av att återkräva redan utbetalad ersättning. I det fall patienten har bytt vårdgivare innebär detta att Försäkringskassan kan komma att återkräva ersättning, som vid utbetalningstillfället var korrekt, från vårdgivaren. En sådan lösning skulle även göra det svårare för vårdgivare att beräkna patientens pris för en behandling, eftersom vårdgivaren inte kan vara säker på att de uppgifter som finns i IT-stödet är korrekta. Av dessa skäl föreslår utredningen att den nya ersättningsperioden skall gälla från det anmälan kommit in till Försäkringskassan.

14.4 Behov av reglering för kostnadskontroll

Som framgår av utredningens tilläggsdirektiv bör inriktningen vara att utforma ett tandvårdsstöd som baseras på ersättning för utförda åtgärder. Denna typ av ersättning, s.k. styckeprisbaserad ersättning, är per definition kostnadsdrivande och förutsätter en reglering av både volym och priser. Utredningen redovisar de problem som är förknippade med denna form av ersättning i avsnitt 7. All reglering riskerar skapa andra problem än dem regleringen skulle lösa, varför det måste göras en avvägning mellan olika aspekter för att hitta ett fungerande regelverk.

För att hantera de kostnadsdrivande egenskaperna i det styckeprisbaserade systemet för skyddet mot höga kostnader lämnar utredningen ett antal förslag för att åstadkomma sunda ekonomiska incitament för patient och vårdgivare och för att styra pris- och volymutvecklingen. Förslagen, vilka redovisas översiktligt nedan, återfinns under respektive avsnitt i detta betänkande. Utredningens kostnadsberäkningar av reformen är beroende av att dessa förslag genomförs fullt ut.

1. Skyddet mot höga kostnader är utformat så att patienten alltid betalar en viss andel av kostnaden själv, så att ett val av en dyrare behandling också innebär en högre kostnad för patienten.

2. Förslagen till karensbelopp och ersättningsgrad i form av procentsatser är föreslagna på sådana nivåer att de begränsar dynamiska effekter i form av efterfrågeökningar.
3. Referenspriserna, inte de faktiska priserna, ligger till grund för beräkningen av tandvårdsersättningen så att höjda priser hos vårdgivarna inte automatiskt leder till ökade statliga utgifter. Tandvårdsersättningen beräknas dock högst på det pris som vårdgivaren debiterat patienten, vilket begränsar risken för en okontrollerad utveckling av de statliga utgifterna. Vidare skall referenspriserna fungera som jämförelsepriser och därmed få en styrande effekt på prisbilden på marknaden. För att nå denna effekt lämnas ett flertal förslag om att information om priser och referenspriser skall göras lätt tillgängliga för patienterna, t.ex. genom en prisjämförelsetjänst på Internet, prislister som patienten kan ta med sig från mottagningen och information på patientens kvitto.
4. Regelverket som definierar ersättningsberättigande tandvård anger omfattningen av det statliga tandvårdsstödet och vilken standard på behandlingsåtgärder som ingår, på ett tydligare och mer begränsande vis än dagens regelverk. Det offentliga åtagandet på tandvårdsområdet preciseras därmed och avgörandet om vilken tandvård som är ersättningsberättigande läggs inte i lika stor utsträckning på patient eller vårdgivare. Det offentliga behov av att säkerställa att den tandvård som ersätts är kostnadseffektiv och samhällsekonomiskt effektiv får därigenom större genomslag i förhållande till individens önskemål om så kvalificerad vård som möjligt. Eftersom förhandsprövningarna som de hittills tillämpats inte fungerat i detta syfte slopas dessa och ersätts av ett förtydligat regelverk. Efterlevnaden av regelverket kontrolleras främst genom efterhandskontroller.
5. Nämnden för statligt tandvårdsstöd ges i uppdrag att löpande följa utvecklingen inom tandvårdsområdet och årligen lämna underlag till regeringen och vid behov förslag till beslut om förändringar av referenspriser, karensbelopp och definition av ersättningsberättigande tandvård. Därmed skapas förutsättningar för nödvändiga justeringar av systemet. Om karensbeloppen justeras i takt med referenspriserna blir de statliga utgifternas omfattning oförändrad över tid.

6. Förbättrad statistik om priser, tandvårdskostnader och tandvårdskonsumtion ger bättre förutsättningar för uppföljning och utvärdering samt gör det möjligt för statsmakterna att vid behov agera på ett tidigt stadium och fatta beslut om nödvändiga förändringar av tandvårdsstödet.

Genom dessa förslag anser utredningen att det skapas förutsättningar för att kontrollera de kostnadsdrivande effekterna i de förslag till skydd mot höga kostnader som lämnas. Det är dock viktigt att påpeka att utredningens förslag förutsätter att berörda myndigheter, inklusive Regeringskansliet, förmår att följa utvecklingen inom tandvården och uppmärksamma och vid behov åtgärda de effekter som utvecklingen leder till. Tandvårdsreformen kommer att leda till beteendemässiga förändringar hos patienter och vårdgivare och andra förändringar på tandvårdsmarknaden. Utredningen redovisar en bedömning av de tänkbara effekterna i detta betänkande, men den verkliga utvecklingen behöver följas löpande och åtgärder vid behov vidtas.

Om utvecklingen trots allt skulle visa att det krävs ytterligare reglering, anser utredningen att i första hand följande åtgärder för att begränsa tandvårdsstödet omfattning bör övervägas.

- Höja beloppsgränserna i skyddet mot höga kostnader eller sänka ersättningsgraden.
- Slopa tandvårdschecken, om den inte uppfyller målet om ökad besöksfrekvens.
- Slopa eller begränsa möjligheten för patienten att välja en mer kostsam behandlingsåtgärd än den ersättningsberättigande och bekosta mellanskillnaden mellan den ersättningsberättigande åtgärden och den faktiskt utförda. En begränsning kan omfatta slopad valmöjlighet för hela tandvårdsstödet eller för vissa specifika åtgärder, t.ex. implantatbehandlingar.
- Införa ytterligare begränsningar i regelverket om ersättningsberättigande tandvård, t.ex. begränsningar av hur många behandlingar av ett visst slag som det är möjligt att få inom tandvårdsstödet inom en viss tid. Detta skulle vara ett effektivt instrument för att hålla den konsumerade volymen under kontroll, men skulle till viss del innebära att principen om vård efter behov överges.

Utredningen vill avråda från att använda nivån på referenspriserna för att dämpa kostnadstrycket i tandvårdsstödet. Referenspriserna är visserligen grund för beräkningen av tandvårdsersättningen och har därmed en direkt koppling till utgifterna i tandvårdsstödet. Men referenspriserna syftar även till att fungera som jämförelsepriser för patienterna och därmed ge grund för prispress och utvecklad konkurrens. Om referenspriserna bestäms på nivåer som inte har någon egentlig koppling till de verkliga priserna förfelas detta syfte och riskerar leda till att prispress och konkurrens på tandvårdsmarknaden försvagas.

15 Gruppen 65 år och äldre

Av utredningens direktiv framgår att analyser skall göras av hur det nya tandvårdsstödet skall förhålla sig till personer som är 65 år eller äldre. Förslag skall lämnas till hur denna åldersgrupp skall behandlas inom ramen för det nya tandvårdsstödet. Detta skall ske med utgångspunkt i dels att de äldre skall tillförsäkras ett tillfredsställande skydd mot höga tandvårdskostnader, dels att tandvårdsstödet så långt som möjligt bör utgöra en sammanhållen modell. Utredningen skall särskilt beskriva effekterna på de äldres tandvårdskostnader jämfört med det nuvarande tandvårdsstödet. Utgångspunkten är att den grundläggande konstruktionen av stödet skall vara densamma för alla åldersgrupper, medan belopp och procentsatser kan skilja sig åt. En bedömning skall göras om särskilda övergångsbestämmelser kan vara ett lämpligt sätt att underlätta övergången till ett nytt system för dem som är 65 år eller äldre.

15.1 Bakgrund

År 2002 genomfördes stora förändringar av tandvårdsstödet till personer som är 65 år och äldre. Dessa förändringar benämns i det fortsatta 65+reformen. Det är denna reform som utredningen i det följande analyserar i syfte att skapa underlag för utredningens förslag om hur gruppen 65 år och äldre skall hanteras inom ramen för det nya tandvårdsstödet.

För förståelsen av 65+reformen är det viktigt att beskriva läget i tandvårdsstödet före 2002 och de motiv och syften som låg bakom reformen. Som tidigare nämnts avreglerades tandvårdsmarknaden år 1999 och prissättningen släpptes fri. Det statliga tandvårdsstödet utgjordes av en styckeprisbaserad modell, där ersättning lämnas per utförd åtgärd. Ersättning lämnas i form av s.k. grundbelopp som är fasta krontalsbelopp. De olika tandvårdsåtgärderna delades upp i

två huvudgrupper: bastandvård respektive protetik. Med bastandvård avsågs ”vardaglig hälsobefrämjande tandvård”. Med protetik avsågs ersättning av förlorade tänder, dvs. åtgärder vid hel eller delvis tandlöshet, eller del av tand.¹

Syftet med att subventionera bastandvården var att ge tandvårdsstödet en tandhälsoinriktning. Denna inriktning skulle bidra till att tandvårdsbehovet i befolkningen på sikt minskade och därigenom kostnaderna för såväl den enskilde som för samhället.

Protetik är tandvård som är inriktad på att åtgärda redan uppkomna skador, varför detta inte subventionerades i lika hög grad som bastandvården. Protetisk tandvård är dock betydligt mer kostsam än bastandvård, varför patienter med behov av omfattande protetik kan drabbas av mycket höga tandvårdskostnader.

Efter avregleringen ökade priserna mycket kraftigt, både inom folktandvården och privattandvården, vilket ledde till att den offentliga subventionen ganska snabbt urholkades. Sammantaget blev konsekvensen att patienterna fick betala allt mer själva för sin tandvård.

Det är viktigt att påpeka att de problem som konstaterades inför 65+-reformen år 2002 är giltiga för större delen av den vuxna befolkningen, dvs. åldrarna 20-64 år. För åldersgruppen 65 år och äldre innebar dock reformen 2002 stora förändringar.

65+-reformen år 2002

År 2000 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att utvärdera tandvårdsreformen och lämna förslag till förbättringar av tandvårdsstödet. Denna utredning lämnade år 2001 i ett delbetänkande förslag till förstärkningar av stödet. Utredningen ansåg att tandvårdsstödet i första hand skulle syfta till att ge ekonomiskt stöd för att förhindra framtida större tandvårdsbehov, varmed avsågs att den största subventionen skulle ges till bastandvård. Samtidigt anförde utredningen att denna inriktning inte skulle medföra att patienter med stora behov av protetik drabbades av mycket höga tandvårdskostnader och tvingades avstå nödvändig protetik. Utredningen ansåg att förstärkningar av tandvårdsstödet borde komma alla vuxna till del, men eftersom det ekonomiska utrymmet var begränsat föreslogs att förstärkningarna i ett första steg skulle inriktas på de äldre. Som åldersgräns föreslogs 75 år.

¹ Prop.1997/98:112.

Regeringen angav i propositionen Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. (2001/02:51) att det bör införas ett högkostnadsskydd för alla vuxna, men att de ekonomiska möjligheterna inte vid den aktuella tidpunkten medgav detta. Därför riktades förbättringarna till de äldre, då det bedömdes att denna grupp har stora tandvårdsbehov och små resurser. Regeringen ansåg att en lämplig åldersgräns var 65 år. Stödet till bastandvård förstärktes genom att personer 65 och år äldre fick ett och ett halvt grundbelopp för vissa åtgärder. Högkostnadsskyddet för protetiska behandlingar utformades så att den statliga ersättningen var 100 procent över kostnader om 7 700 kronor, exklusive kostnader för ädel- och gjutmetaller.

Regeringen konstaterade i propositionen att den valda konstruktionen var starkt kostnadsdrivande och att det behövdes en effektiv kontroll av två faktorer, priset respektive behandlingsvalet. Det sistnämnda bedömdes kunna hanteras genom att behandlingsförslaget skulle förhandsprövas. Regeringen bedömde att Försäkringskassan med stöd av 6 § i förordningen om tandvårdstaxa, som anger att endast tandvård som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat skall ersättas, skulle kunna definiera vilken tandvård som omfattades av det statliga stödet. Regeringen hänvisade till att den nivå (standard) för ersättningsberättigad tandvård som gällde generellt inom det statliga tandvårdsstödet även skulle gälla inom ramen för det föreslagna högkostnadsskyddet. Det faktum att förstärkta subventioner skulle kunna stimulera ökad efterfrågan och därmed ändra nivån kommenterades inte. Riksförsäkringsverket (RFV) förtydligade hösten 2003 genom ett allmänt råd² vilka implantatbehandlingar som skulle omfattas av högkostnadsskyddet. Begränsningarna var dock inte särskilt omfattande.

När det gäller priskontrollen angavs att även detta skulle ske genom förhandsprövningar. Försäkringskassan skulle göra en skälighetsbedömning av vårdgivarens ersättningsanspråk. Jämförelser skulle göras med folktandvårdens pris och i regel skulle inga markant högre priser än folktandvårdens godtas. I ett allmänt råd hösten 2003 angav RFV att ersättningen borde uppgå till högst folktandvårdens pris i det landsting där aktuell behandling genomfördes. Regeringen ändrade fr.o.m. den 1 januari 2004 förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, varigenom vårdgivarens ersättnings-

² RAR 2001:5.

anspråk inte längre skulle förhandsprövas. I stället skulle Försäkringskassan ersätta vårdgivaren med högst det belopp som vid tidpunkten för beslutet motsvarade folktandvårdens priser i det landsting där vården utförts. Praktikertjänst AB överklagade beslut som fattats med stöd av denna bestämmelse och anförde att regeringen inte kunde reglera vilket pris en vårdgivaren skulle ta för en behandling. Regeringsrätten slog i november 2005 fast att regeringen, med nuvarande lagstiftning, endast kan förordna om Försäkringskassans ersättning till vårdgivaren, inte om vårdgivarens pris. Vårdgivaren får därmed ta ut mellanskillnaden mellan sitt pris och folktandvårdens pris av patienten, dock förutsatt att vårdgivarens pris är skäligt.³

Efter riksdagsbehandlingen av propositionen Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m. tillkännagav riksdagen för regeringen att det är angeläget att följa utvecklingen med avseende på huruvida valet av behandlingsinsatser påverkas till följd av högkostnadsskyddets konstruktion. Det uttrycktes från flera partier oro för att konstruktionen skulle få en vårdstyrande effekt så att mer kostsamma och omfattande behandlingar valdes samt att patienternas pris inte skulle stanna vid den angivna nivån om 7 700 kronor eftersom väsentliga materialkostnader inte omfattades. Vikten av uppföljning av reformen underströks särskilt av flera partier, som angav att man avsåg att återkomma i frågan om de befarade negativa effekterna skulle inträffa.

Riksrevisionen⁴ angav i sin granskning av 65+-reformen att det inte går att utläsa någon praxis om vad som är ett skäligt pris från de förhandsprövningar Försäkringskassan gjort. Den av staten önskvärda nivån på tandvården har inte definierats och kan sägas ha förändrats i samband med att patientpriset för omfattande protetik sänktes i och med införandet av reformen.

15.2 Effekter av 65+-reformen

15.2.1 Konstruktionen av högkostnadsskyddet

Utredningen anser att konstruktionen av 65+-reformen där de kostnadsdrivande faktorerna pris och behandlingsalternativ (volymkomponenten) skulle kontrolleras genom förhandspröv-

³ RÅ 2005 ref. 91.

⁴ Riksrevisionen (2006).

ningar har betydande brister. De negativa effekter när det gäller behandlingsval och patientens kostnader som det framfördes farhågor om i remissbehandlingen av det ursprungliga utredningsförslaget samt i riksdagsbehandlingen av propositionen har inträffat i stor utsträckning.

Avsaknaden av egenavgifter över karensbeloppet har givit svaga incitament för patienterna att hålla tillbaka efterfrågan när de kommit över karensbeloppet. Inte heller vårdgivarna har några incitament att hålla behandlingskostnaderna nere.

Priskontroll är nödvändig i ett system som bygger på att den statliga ersättningen beräknas på vårdgivarens pris. Det behövs dock ett tydligare ramverk för hur priskontrollen skall gå till. I 65+-reformen bestämdes initialt att priskontrollen skulle ske genom förhandsprövning av vårdgivarens ersättningsanspråk. Detta sattes ur spel 2004 och ersattes av en ny bestämmelse om att den statliga ersättningen högst skulle beräknas utifrån det pris för aktuell åtgärd som gällde inom den folktandvård i vilket landsting vårdgivaren bedrev sin verksamhet. Denna reglering medför därmed att patientens tandvårdsersättning varierar beroende på var i landet man får sin tandvård.

En tydlig definition av vilken tandvård som omfattas av stödet är helt nödvändig. Tandvården utvecklas ständigt och allt fler avancerade och kostsamma behandlingar erbjuds. Det finns oftast flera alternativa behandlingar för att åtgärda ett och samma problem i munnen och kostnaderna för de olika behandlingarna skiljer sig kraftigt åt. Beslutet om vilken standard på tandvårdsåtgärderna som skall omfattas av det statliga stödet bör givetvis inte helt överlåtas åt vare sig patienten eller vårdgivaren, eftersom båda dessa har visst intresse av att erhålla så mycket stöd som möjligt från staten och vidta en så kvalificerad åtgärd som möjligt. Särskilt ur ett patientperspektiv finns krav på att standarden på tandvårdsåtgärderna är den högsta möjliga.

Utredningen anser att dagens reglering av vilken tandvård som omfattas av högkostnadsskyddet är alltför otydlig. Lydelsen i 6 § förordningen om tandvårdstaxa, där omfattningen av det statliga stödet bestäms, innebär en så vid definition av ersättningsberättigande tandvård att den inte ger ett tillräckligt stöd för att avslå behandlingsförslag som t.ex. innebär att implantat väljs före konventionell protetik. Detta eftersom båda behandlingsalternativ är förenliga med kraven på med vetenskap och beprövad erfarenhet och inget av dem strider mot bestämmelsen i 6 §. Detta har fått

som konsekvens att mycket kostsamma behandlingsalternativ godkänns i förhandsprövningarna, vilket lett till kraftiga utgiftsökningar inom högkostnadsskyddet. Restriktionen för implantat bakom andra premolaren kan antas ha begränsat kostnaderna till viss del, men inte tillräckligt.

Ur ett samhällsekonomiskt och statsbudgetperspektiv är det centralt att de statliga resurserna används så effektivt som möjligt och att en prioritering sker så att ersättningen lämnas till de mest angelägna behoven. Standarden på den ersättningsberättigande tandvården skall vara god, men inte nödvändigtvis den allra högsta i alla situationer.

Kostnadsutvecklingen för protetiska behandlingar

De statliga utgifterna för protetiska behandlingar har ökat kraftigt under 2000-talet. År 2000 uppgick de totala kostnaderna för protetisk vård till knappt 300 miljoner kronor. År 2003 var kostnaden ca 1 miljard kronor och under 2005 ca 1,5 miljarder kronor. Kostnadsökningen avseende protetiska behandlingar har skett för både patienter yngre respektive äldre än 65 år. Ökningen har dock såväl i procentuella termer som mätt i antalet kronor varit betydligt större bland patienter som omfattas av 65+-systemet än bland patienter yngre än 65 år.

Kostnaden för 65+-reformen blev nästan tre gånger större än vad regeringen prognostiserade när reformen infördes.⁵ Riksförsäkringsverket (RFV) har konstaterat att högkostnadsskyddet för personer 65 år och äldre medfört en märkbar förskjutning mot ett ökat antal implantatbehandlingar i förhållande till behandlingar med konventionell protetik.⁶ Antalet implantat tredubblades mellan åren 2000 och 2003. Utredningen kan konstatera att denna utveckling fortsatt även under åren 2004 och 2005, om än inte i lika stor utsträckning. Utredningens analyser av tandvårdskostnaderna och tandvårdskonsumtionen redovisas i avsnitt 4.

⁵ Riksrevisionen (2006).

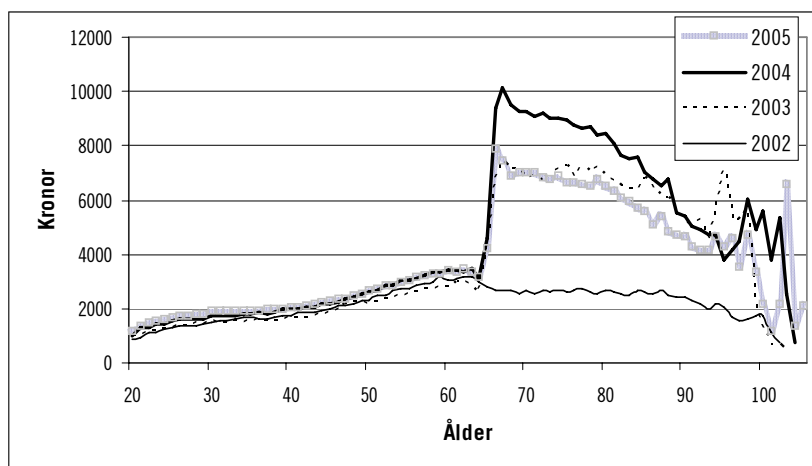
⁶ RFV (2003).

15.2.2 Åldersgränsen skapar trösklar

Högekostnadsskyddet omfattar endast personer som är 65 år eller äldre, vilket gör att skillnaderna i patientpris för protetiska behandlingar för gruppen 20–64 år respektive 65 år och äldre blir mycket stora. Därmed ges patienter ekonomiska incitament att avvakta med viss tandvårdsbehandling till det år de fyller 65. Detta leder till risk för att patienten inte söker tandvård när behovet uppstår, utan vid ett senare tillfälle. Därigenom riskerar vårdbehov ackumuleras. När väl behandlingen görs kan vårdinsatsen behöva bli mer omfattande än vad den hade behövt vara om den vidtagits på ett tidigare stadium. Detta innebär en välfärd förlust för den enskilde individen och riskerar leda till samhällsekonomisk ineffektivitet.

Ett exempel på detta är att den genomsnittliga tandvårds-konsumtionen avtar för patienter mellan 60 och 64 år, för att sedan öka kraftigt det år patienten fyller 65, se figur 15.1. Detta indikerar att en betydande andel av patienterna avstår från tandvård i väntan på att de skall kvalificera sig för ersättning från högekostnads-skyddet.

Figur 15.1 Genomsnittlig tandvårds-konsumtion för patienter äldre än 20 år



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

15.2.3 Effekter på behandlingsval

Någon vetenskaplig utvärdering av 65+reformens effekter har ännu inte genomförts. Av statistik från Försäkringskassans databas framgår att det skett en tydlig förändring av kostnaderna för tandvårdsstödet i samband med reformens införande genom en förskjutning av kostnaderna från bastandvård till protetik. Kostnadsökningarna har skett både inom bastandvården och den protetiska vården.

Vad avser bastandvården har dock kostnadsökningen varit begränsad, medan kostnaderna för protetik ökat med närmare 500 procent under åren 2002 till 2006. Detta har medfört att den totala kostnadens fördelning mellan bastandvård och protetik har förändrats. Bastandvården svarade innan reformens införande för ca 70 procent av tandvårdsstödet kostnad, en andel som i dag sjunkit till ca 40 procent. I stället har den protetiska vården ökat från knappt 30 procent 2003 till ca 55 procent 2006. De mest avancerade protetiska behandlingarna har ökat kraftigt, särskilt antalet implantatbehandlingar.

Om hela denna förändring är effekter av reformen kan utredningen inte säkert fastställa, men att reformen haft avgörande betydelse för den kraftiga kostnadsutveckling som skett efter reformens införande står dock helt klart. Reformens konstruktion innebär således en incitamentsstruktur som styr vården mot mer avancerad tandvård och dyrare behandlingar, till en för patienten mycket liten merkostnad, men för staten omfattande kostnader.

Utformningen är vårdstyrande

Genom att högkostnadsskyddet endast omfattar protetiska behandlingar blir effekten att det för patienten kan bli billigare att dra ut en tand och sätta in ett implantat, än att genomföra bastandvård, t.ex. rotfyllning, och därmed bevara den naturliga tanden. De starka ekonomiska incitament som 65+reformens utformning givit både vårdgivare och patienter att styra vården på detta sätt innebär inte endast oönskade kostnadsmissiva konsekvenser för staten. Det kan också ifrågasättas om den vård som utförs verkligen i alla lägen är att anse som nödvändig tandvård och förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Till att börja med kan utredningen konstatera att det instrument som valts för att definiera vilken tandvård som skall omfattas av högkostnadsskyddet, dvs. förhandsprövningarna av Försäkringskassan, inte kan anses fungera i tillräcklig utsträckning för att garantera att den tandvård som ersätts är nödvändig tandvård och inget annat. Dels finns endast i begränsad utsträckning författningsstöd för att avslå begäran om förhandsprövning, dels har utredningen erfarit att Försäkringskassans tillämpning av regelverket brister, se avsnitt 16.2.

Det har inte gjorts några heltäckande studier av konsekvenserna av den kraftigt ökade volymen av implantatbehandlingar de senaste åren, men det finns indikationer som tyder på att det kan finnas problem. Det finns anledning att tro att den kraftiga expansionen av antalet implantatbehandlingar kan ha skett för snabbt och utan tillräcklig kontroll av behandlingsmetoder och krav på uppföljnings- och stödbehandlingsprogram.

När käkbensförankrade implantat introducerades omkring år 1970 av professor Per-Ingvar Brånemark, användes metoden i huvudsak vid rehabilitering av helt tandlösa individer. Under senare årtionden har metoden i ökande utsträckning också använts vid behandling av individer som endast delvis saknar egna tänder (partiellt tandlösa) eller vid enstaka tandförluster (singelimplantat).

Ofta redovisas mycket höga siffror för andelen lyckade behandlingar, uppåt 98 procent. Dessa goda behandlingsresultat hänför sig till behandling av helt tandlösa underkäkar och efter behandling utförd i två steg, där implantaten (skruvarna i käkbenet) först får läka in under minst tre månader, innan en fastsittande brokonstruktion placeras på implantaten. Oftast har dessa lyckade behandlingar utförts av särskilt utbildade specialister med lång erfarenhet och på särskilt utvalda patientgrupper. Den ursprungliga behandlingsmetoden var dessutom vetenskapligt väl utvärderad i kliniska långtidsstudier.

I dag är förutsättningarna annorlunda. Betydligt fler implantatbehandlingar görs. Urvalet av patienter som får implantat är större och många behandlingar är del- eller singelimplantat. Numera utförs även implantatbehandling alltmera i allmän praktik. Redovisningar av behandlingsresultaten under dessa nya förutsättningar saknas i princip helt. Vidare introduceras nya implantatmodeller och behandlingskoncept löpande på marknaden, ofta utan föregående dokumenterad långtidsuppföljning.

Under senare år har uppkomsten av tandlossningsliknande förändringar runt implantat, s.k. peri-implantit, visats. Detta tillstånd kan leda till att käkbenet runt implantatet bryts ned och i värsta fall kan implantatet helt förloras. Peri-implantit är ett svårbehandlat tillstånd. Nya studier pekar på att det troligen tar många år för sjukdomen att utvecklas, på samma sätt som tandlossningssjukdom. Det är därför viktigt att slemhinnan runt implantatet vårdas väl genom mycket god munhygien och att implantatbehandlingar regelbundet följs upp inom tandvården.

Den kraftiga ökningen av antalet individer som har omfattande implantatstödda rekonstruktioner leder till ökade krav på uppföljnings- och stödbehandlingsinsatser samt god egenvård. Det finns ingen samlad uppföljning av i vilken utsträckning som detta sker. Förekomsten av peri-implantit tycks vara särskilt hög hos patienter som inte deltar i särskilda uppföljnings- och stödbehandlingsprogram.⁷

15.2.4 Effekter på prisutvecklingen

Effekten av 65+-reformen har för patienterna blivit betydligt lägre kostnader för omfattande protetiska behandlingar än tidigare. Enligt dåvarande Riksförsäkringsverket (RFV) hade år 2003 större behandlingar inom ramen för högkostnadsskyddet blivit mellan 54 och 61 procent billigare för patienten än tidigare.

Reformens effekt på patientens pris har dock minskat över tiden. Försäkringskassans rapport 2005 visar att vårdgivarpriset för implantatbehandlingar inom den privata tandvården höjts med mellan 50–70 procent mellan år 1999 och 2005. Prisökningen inom folktandvården var under motsvarande period 20–40 procent.⁸ Utifrån Försäkringskassans prisundersökning avseende perioden maj 2005 till juni 2006 kan det konstateras att prisökningen för protetiska åtgärder varit betydligt högre för patienter som omfattas av högkostnadsskyddet än för andra patienter. Priserna för patienter som inte omfattas av högkostnadsskyddet har under den aktuella perioden ökat med cirka 3 procent för bastandvård och cirka 2 procent för protetik. För patienter som omfattas av högkostnadsskyddet har patientpriserna för mindre omfattande protetiska åtgärder ökat med drygt 7 procent. Denna ökningstakt är

⁷ Hultin, M et al (2007).

⁸ Försäkringskassan (2005a).

baserad på de av landstingsfullmäktige fastställda prislistorna för folktandvården och den prisökningstakt som Försäkringskassan genom enkätundersökning kunnat konstatera hos privata vårdgivare. Försäkringskassan menar att en bidragande orsak till de ökade patientpriser är Regeringsrättens dom i november 2005 som klargjorde att privata vårdgivare kan ta ut ett högre patientpris än folktandvårdens pris för samma behandling, så länge det är skäligt.⁹

Då prisökningen baserat på folktandvårdens prislistor varit ca 2 procent och den genomsnittliga prisökningen i Försäkringskassans enkät har varit 8 procent, kan utredningen konstatera att prisökningen mätt på detta sätt varit högre hos privata vårdgivare än hos folktandvården. En korrekt bedömning av prisutvecklingen inom högkostnadsskyddet har dock inte kunnat göras då Försäkringskassan i sin undersökning inte fått uppgifter från folktandvården om hur de tillämpar sina prislistor (med avseende på latituder) och tillhörande debiteringsföreskrifter på de individer som behandlats under den aktuella perioden.

Genom att privata vårdgivare kan debitera patienten skillnaden mellan folktandvårdens pris och det egna priset har patienten fått bära en allt högre kostnad. Tillsammans med bestämmelsen om att kostnaden för ädel- och gjutmetaller inte omfattas av högkostnadsskyddet har detta lett till att skyddet allt mer har kommit att urholkas. För patientens del innebär det att karensbeloppet på 7 700 kronor inte har blivit någon maximal begränsning av kostnaden för protetiska arbeten. Istället utgör det en miniminivå till vilken övriga kostnader sedan tillkommer.

Av Försäkringskassans prisundersökning för perioden maj 2005 till juni 2006 framgår att den genomsnittliga patientkostnaden för ett implantat i en hel käke är drygt 12 800 kronor. Till detta kommer sedan kostnaden för material. Enligt vad utredningen kunnat konstatera kan kostnaden för material variera relativt mycket beroende på fabrikat, materialval och tillverkningsmetod. En rimlig bedömning är att materialkostnaden för implantat i en hel käke, lågt räknat, kan uppgå till ca 5 000–10 000 kronor. Det innebär att patientkostnaden för ett helkäksimplantat i genomsnitt uppgår till minst 18 000–23 000 kronor. Den verkliga kostnaden för patienten överstiger således vida 7 700 kronor.

En faktor som gör att priset på implantatbehandlingar är onödigt högt är att ersättningsnivån för titankomponenter inte följt med

⁹ RÅ 2005 ref. 91.

prisutvecklingen på marknaden. I högkostnadsskyddet ingår inte ersättning för de titankomponenter som krävs vid en implantatbehandling. I stället subventioneras dessa åtgärder med ett fast belopp som uppgår till 2 900 kronor för enstegsbehandling och 3 200 kronor för tvåstegsbehandling oavsett vad vårdgivaren betalar för dessa komponenter. Detta belopp fastställdes vid högkostnadsskyddets införande och har inte justerats sedan dess. Sedan högkostnadsskyddet infördes har det dock skett en utveckling på marknaden för titankomponenter och priserna pressats betydligt. Det är i dag inte ovanligt att priserna på titankomponenter mycket kraftigt understiger den ersättning som betalas ut från Försäkringskassan.¹⁰ Mot denna bakgrund anser utredningen att ersättningen för titankomponenter bör anpassas till en nivå som bättre svarar mot de kostnader som vårdgivarna har för inköp av dessa för att undvika översubvention.

15.2.5 Hur används dagens högkostnadsskydd?

Förhandsprövad vård

Det totala antalet förhandsprövningar avseende högkostnadsskyddet för protetiska åtgärder uppgick under åren 2004–2006 till ca 140 000. Den största delen av förhandsprövningarna har gällt patienter i åldrarna 65–74 år. Drygt hälften av alla förhandsprövningar avsåg patienter i denna åldersgrupp. Sett över tid har andelen som sökt förhandsprövning ökat i de yngre åldersgrupperna medan andelen minskat i de äldre.

Antalet förhandsprövningar fördelar sig relativt jämt mellan könen med en viss övervikt för antalet ansökningar avseende kvinnor. Omkring 55 procent av samtliga förhandsprövningar avser kvinnor och 45 procent män. Den beslutade ersättningen för den förhandsprövade vården är dock högre för män än för kvinnor. År 2006 var den genomsnittliga beslutade ersättningen ca 40 900 kronor för män och 36 200 kronor för kvinnor.

Andelen helt eller delvis beviljade förhandsprövningar har under perioden 2004–2006 uppgått till ca 94 procent av de totala antalet inkomna förhandsprövningarna. Mäns och kvinnors ansökningar beviljas respektive avslås i samma omfattning. Utredningen kan

¹⁰ Försäkringskassan (2006a).

således konstatera att en mycket liten del av förhandsprövningarna avslås.

Den genomsnittliga tiden från inkommen ansökan till slutreglering, dvs. då behandlingen är slutförd, har ökat från ca 300 dagar år 2004 till 528 dagar år 2006. Ökningen beror främst på att Försäkringskassans handläggningstid har mer än fördubblats under den studerade perioden. Detta kan förklaras av att antalet kompletteringar i ärenden har ökat kraftigt. Det innebär att det är svårt att på ett korrekt sätt mäta den genomsnittliga genomströmningstiden.

Tabell 15.1 Antal inkomna förhandsprövningar 2004-2006 avseende högkostnadsskyddet för protetiska åtgärder efter kön och år

	2004	2005	2006
Antal förhandsprövningar			
Kvinnor	22 894	26 811	23 007
Män	18 144	21 935	18 626
Alla	41 038	48 746	41 633
Andel helt eller delvis beviljade förhandsprövningar			
Kvinnor	94 %		
Män	94 %		
Alla	94 %		
Genomsnittlig beslutad ersättning (kronor)			
Kvinnor	36 200	38 200	36 200
Män	40 000	42 000	40 900
Alla	37 900	40 000	38 300
Antal dagar från ansökan till slutreglering			
Kvinnor	306	419	547
Män	305	423	508
Alla	306	421	528

Anm. Uppgifterna för 2006 avser januari–oktober.

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Utförd vård

All vård som förhandsprövas utförs av olika skäl inte alltid. Att studera antalet förhandsprövningar och beviljade ersättningsbelopp ger därmed inte en rättvisande bild av vilken vård som faktiskt utförs inom ramen för högkostnadsskyddet. I tabell 15.2 redovisas antalet patienter som fått tandvård utförd inom ramen för hög-

kostnadsskyddet och som betalat det fulla karensbeloppet 7 700 kronor under åren 2002–2006. Högkostnadsskyddet för patienter äldre än 65 år infördes den 1 juli 2002. Under 2002 utfördes dock mycket få behandlingar inom högkostnadsskyddet till följd av den förhandsprövningsprocess som krävs innan behandlingen kan påbörjas. Antalet behandlade patienter har efter 2002 varierat mellan drygt 20 000 och knappt 40 000 per år. Flest patienter behandlades under åren 2004 respektive 2006. Kvinnor har i större utsträckning än män genomgått behandlingar inom ramen för högkostnadsskyddet. År 2006 var det ca 19 100 kvinnor som behandlades inom ramen för högkostnadsskyddet medan antalet män uppgick till 15 700.

Tabell 15.2 Antal personer som fått del av högkostnadsskyddet, genomsnittligt vårdgivarpris samt genomsnittligt utbetald ersättning

	2002	2003	2004	2005	2006
Antal					
Kvinnor	39	12 260	21 274	15 345	19 098
Män	48	9 965	16 888	12 502	15 627
Alla	87	22 225	38 162	27 847	34 725
Vårdgivarpris (kronor)					
Kvinnor	25 100	26 800	25 800	25 500	24 600
Män	30 700	29 300	27 700	27 800	26 800
Alla	28 200	27 900	26 600	26 500	25 600
Ersättning (kronor)					
Kvinnor	15 600	17 100	17 700	16 800	15 800
Män	19 700	19 200	19 500	18 800	17 900
Alla	17 800	18 000	18 500	17 700	16 800

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

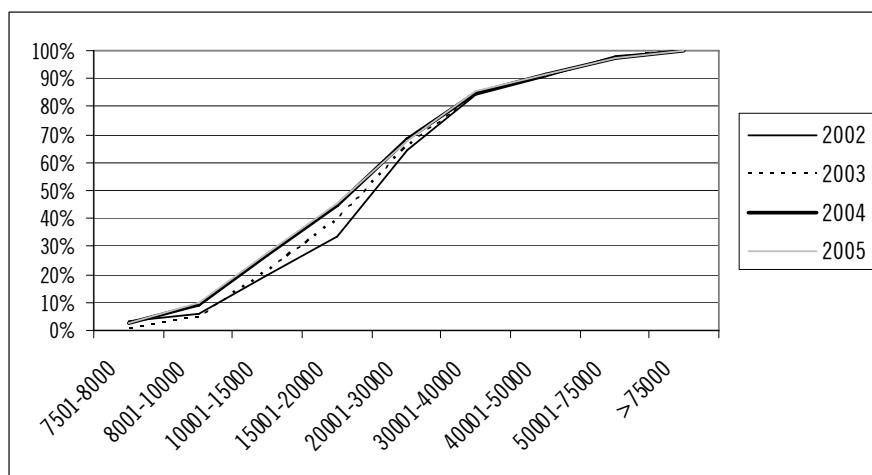
Den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen skiljer sig mellan kvinnor och män. Kvinnor har konsumerat tandvård för ca 25 000 kronor medan männens konsumtion legat på ca 27 000 kronor.¹¹ Det genomsnittliga beloppet som patienter konsumerade vård för har sjunkit under perioden 2002-2006 för både kvinnor och män. År 2003 var det genomsnittliga beloppet ca 29 000 kronor för män och ca 27 000 för kvinnor. År 2006 hade konsumtionen sjunkit till

¹¹ Tandvårdskonsumtion är i detta sammanhang synonymt med det som i tabell 15.2 benämns vårdgivarpris.

knappt 27 000 kronor för män och ca 25 000 kronor för kvinnor. Samma utveckling gäller för den utbetalda ersättningen. En slutsats av detta är att kvinnor i större utsträckning än män utfört behandlingar inom ramen för högkostnadsskyddet men att kostnaden för den vård som kvinnor konsumerat har varit lägre än männens.

Totalt sett är det ca 123 000 patienter som fått behandlingar inom ramen för högkostnadsskyddet. Det representerar omkring 8 procent av befolkningen över 65 år. Fördelningen av patienterna mellan olika konsumtionsintervall framgår av figur 15.2. Skillnaderna mellan åren 2002–2005 är relativt små. Omkring 20–30 procent av patienterna genomgår vård motsvarande ett värde av 10 000–15 000 kronor. Omkring 30 procent av patienterna genomför vård som kostar mer än 30 000 kronor. Sammanlagt innebär det att knappt 30 000 patienter fått vård som kostar mer än 30 000 kronor under åren 2002–2005.

Figur 15.2 Andel patienter i olika konsumtionsintervall av de som fått del av högkostnadsskyddet



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

De vanligaste åtgärderna som utförs på patienter med ersättning från högkostnadsskyddet framgår av tabell 15.3. Skillnaderna mellan de olika åren är relativt små och de tio vanligaste åtgärderna är i princip samma varje år även om ordningen byts mellan åren. Den absolut vanligaste åtgärden på denna patientgrupp är tandkronor (åtgärd 62). Omkring 100 000 behandlingar med tandkrona utförs

årligen inom ramen för högkostnadsskyddet. Detta är mer än tre gånger så många som antalet hängande broled, som är den näst vanligaste åtgärden för dessa patienter. För många av patienterna i denna kategori utnyttjas högkostnadsskyddet för någon typ av implantatbehandling. Detta återspeglas i att åtgärderna operation för käkbensförankrade implantat (åtgärd 84 och 85) och titan-komponenter (åtgärd 681 och 682) finns med bland de vanligaste åtgärderna. En förklaring av de olika åtgärdernas koder och innehåll finns i bilaga 4.

Tabell 15.3 De tio vanligaste åtgärderna (åtgärds-koder) bland patienter som får del av högkostnadsskyddet

	2002	2003	2004	2005	2006
1	62	62	62	62	62
2	65	65	65	65	65
3	681	682	682	682	682
4	682	681	63	63	63
5	31	31	681	681	681
6	85	63	64	64	64
7	64	85	84	85	84
8	32	64	85	84	70
9	13	11	70	70	85
10	84	84	88	88	88

Anm. Åtgärd 62 omfattar en tandkrona, åtgärd 65 ett hängande broled och åtgärd 682 titankomponenter tvåstegsbehandling. Förklaringar till övriga åtgärds-koder finns i bilaga 4.
Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

15.3 Överväganden

15.3.1 Vilka regler skall gälla för åldersgruppen 65 år och äldre?

Utredningen har att ta ställning till på vilket sätt dagens högkostnadsskydd för personer som är 65 år och äldre står i överensstämmelse med de i avsnitt 10 angivna utgångspunkterna. Som tidigare beskrivits var intentionen vid genomförandet av 65+-reformen att högkostnadsskyddet borde omfatta hela den vuxna befolkningen. De ekonomiska möjligheterna medgav dock inte detta. Hur väl står sig då argumenten för att åldersgruppen 65 år och äldre generellt

skall anses ha en sämre tandhälsa och därmed större behov som motiverar en särlösning inom det statliga stödet?

Tandhälsan har tydliga generationsskillnader, vilket bl.a. redovisas i avsnitt 3. De äldre generationerna har vuxit upp med sämre förutsättningar än de yngre när det gäller förståelse för vikten av god egenvård, tillgång till fluorpreparat och tillgång till barn- och ungdomstandvård. Detta har lett till att tandhälsan generellt sett är sämre i äldre åldersgrupper med en högre grad av tandlöshet och omfattande protetik. Av avsnitt 4 framgår att höga tandvårdskostnader primärt är kopplat till höga åldrar. Det är således rimligt att säga att äldre åldersgrupper generellt sett har sämre tandhälsa, även om det inte är tydligt vid vilken ålder detta skall anses gälla. Som framfördes redan i utredningen Tandvårdsöversyn 2000¹² finns klara argument för åldern 75 år, snarare än 65 år.

De tandvårdsbehov som förekommer bland äldre kan dock inte begränsas till att avse behandling av tandlöshet genom protetik. Tandvårdsbehoven omfattar även behov av regelbundna undersökningar, förebyggande insatser och reparativ tandvård. Utredningen anser att det inte finns motiv för att subventionera protetisk tandvård i högre grad än annan tandvård och menar därför att äldres behov av tandvårdsstöd skall omfatta all typ av tandvård. Skyddet mot höga kostnader skall skydda mot just höga kostnader, oberoende av vilken typ tandvård som orsakat den höga kostnaden.

Nästa fråga att ta ställning till är om dagens subvention till äldre är av en rimlig omfattning. En för generös subvention kan anses föreligga om systemet ger starka incitament till överbehandling. En alltför begränsad subvention kan leda till underbehandling och till att personer avstår från nödvändig tandvård. Som framgått tidigare finns det endast begränsad fakta att tillgå i denna analys. Utredningen har dock erfarit att det finns indikationer på att dagens situation ger ekonomiska incitament för överbehandling inom protetiken, t.ex. att för många patienter behandlas med implantat när konventionell protetik hade varit möjlig, samt vissa incitament för underbehandling inom bastandvården, dvs. att patienter avstår från åtgärder inom bastandvården till förmån för protetisk behandling.

Mot denna bakgrund anser utredningen att det inte går att dra några säkra slutsatser om graden av subvention i dagens ersättningsnivåer till gruppen 65 år och äldre. Därför anser utredningen

¹² SOU 2002:53.

att ambitionen bör vara att på en aggregerad nivå bibehålla subventionens omfattning, men att undanröja de incitamentsproblem som finns i dagens system.

Det förslag till skydd mot höga kostnader som utredningen lämnar syftar till att rikta tandvårdsstödet till de patienter som har de största behoven. Konstruktionen med ett karensbelopp och olika ersättningsgrader för kostnader över karensen medför att patienter som drabbas av höga tandvårdskostnader, t.ex. i form av omfattande protetik, ges ett skydd mot höga och extremt höga kostnader.

Ersättningen till åldersgruppen 65 år och äldre kommer på aggregerad nivå i princip att vara oförändrad med utredningens förslag till nytt tandvårdsstöd. Utformningen av skyddet mot höga kostnader kommer dock att leda till förbättringar för åldersgruppen 65 år och äldre, genom att det kommer fler till del och omfattar all ersättningsberättigande tandvård, inte bara protetik. Skyddet mot höga kostnader tar också hänsyn till hela behandlingkostnaden inklusive materialkostnad, inte enbart tandläkararvodet.

Utredningens samlade bedömning är att förslaget till skydd mot höga kostnader väl tillgodoser behovet av att ge ett tillfredsställande skydd för personer med omfattande tandvårdsbehov, oavsett ålder. Av detta följer att utredningen inte anser att det går att motivera att gruppen 65 år och äldre skulle ha andra karensbelopp eller ersättningsgrader än övriga befolkningen.

Utredningen föreslår att kostnaden för material inkluderas i de referenspriser som skall fastställas för de ersättningsberättigade åtgärderna. Det innebär att ersättning delvis kommer att utgå för det som i dag helt finansieras av patienten. Utredningens bedömning är att denna generella reform kommer de äldre patienterna till nytta i stor utsträckning, då behoven av omfattande protetiska arbeten generellt sett är som störst i de äldre åldersgrupperna. Förslaget om materialkostnader är således generellt, men har en selektiv effekt mot den typ av behandlingar som är vanligast bland äldre. En närmare beskrivning av utredningens förslag på denna punkt framgår av avsnitt 11.

Som framgår av avsnitt 12 föreslås som en del av det nya tandvårdsstödet en tandvårdscheck, som är ett stöd till undersökningar och förebyggande åtgärder. Enligt utredningens direktiv skall checken lämnas som en ersättning med 300 kronor vartannat år. Utredningen anser att målet med tandvårdschecken bör vara att

öka besöksfrekvensen i de åldersgrupper där besöksfrekvensen är lägre än genomsnittet. Som framgår av avsnitt 4 är besöksfrekvensen i åldersgruppen 75 år och äldre klart lägre än genomsnittet. I syfte att öka denna anser utredningen att det är motiverat att checkens belopp är högre till denna grupp.

Utredningen anser att övergången till det nya systemet inte motiverar några särskilda övergångsregler. Utredningen förutsätter att reformens ikraftträdande aviseras i god tid. Därmed har en patient som föredrar att utföra behandlingar i det i dag gällande högkostnadsskyddet god tid på sig att ansöka om förhandsprövning för de behandlingar som denne är i behov av. Dagens system kommer att gälla fram till dess att det nya träder i kraft. De förhandsprövningar som inkommit till Försäkringskassan fram till ikraftträdandet av den nya reformen föreslås behandlas enligt det i dag gällande systemet. Den genomsnittliga tiden från det att förhandsprövningen lämnas till dess att behandlingen är slutreglerad är i dag över två år. Enligt dagens regelverk har vårdgivaren ett år på sig att påbörja en beviljad förhandsprövad behandling och därefter ytterligare ett år på sig för att slutföra den. Sammantaget innebär dessa regler att det befintliga högkostnadsskyddet kommer att fasas ut under en period som kan komma att sträcka sig upp till tre år. Utredningens bedömning är att detta kommer att medge en tillräcklig anpassningsperiod för de patienter som påverkas av förändringarna. Ytterligare övergångsregler behövs inte.

15.3.2 Konsekvensanalys

För att tydliggöra skillnaderna mellan dagens tandvårdsstöd och utredningens förslag till nytt tandvårdsstöd har patientpriset för ett antal vanliga protetiska behandlingssituationer jämförts i tabell 15.4. För att jämförelsen skall bli så rättvis som möjlig har i dessa beräkningar även kostnaderna för material inkluderats. I dagens system betalas ädel- och gjutmetaller av patienten. Utredningen föreslår att dessa kostnader inkluderas i det referenspris som ligger till grund för beräkningen av ersättningen i det nya tandvårdsstödet. Utredningens antagande om referenspriser grundar sig på branschuppgifter från den tandtekniska sektorn och skall endast ses som en översiktlig bedömning av dessa kostnaders storlek, inte en uppskattning om vilket standardmaterial som bör omfattas av det statliga stödet. Referenspriser för material i olika behandlings-

situationer bör den föreslagna nämnden för statligt tandvårdsstöd närmare studera, se avsnitt 11.

Behandlingspaket 5 omfattar en undersökning, omfattande förebyggande åtgärder, rotfyllning, pelare och en tandkrona. Priset för denna behandling uppgår till 7 710 kronor.¹³ Utöver denna kostnad skall patienten även betala materialkostnaden. En uppskattning av materialkostnaden i detta fall är ca 740 kronor.¹⁴ I dagens system betalar en patient 7 620 kronor för denna behandling dvs. det mesta betalas av patienten. I utredningens förslag till skydd mot höga kostnader kommer patienten att betala ca 5 720 kronor, dvs. omkring 1 900 kronor mindre än i dag. Utöver detta kan patienten utnyttja sin tandvårdscheck, vilket betyder att kostnaden minskar ytterligare i det system som utredningen föreslår.

Behandlingspaket 7 omfattar två tandkronor och ett hängande broled. Därtill kommer en tandutdragning och nödvändig undersökning. Priset för en sådan behandling uppgår i dag till 10 160 kronor. Därtill kommer kostnaden för material, vilket gör att det totala priset uppgår till ca 11 480 kronor.¹⁵ I dagens system betalar patienten 10 410 kronor för en sådan behandling. Eftersom denna behandling även innehåller bastandvård blir patientens kostnad betydligt högre än de 7 700 kronor som är karensnivån i dagens högkostnadsskydd. I utredningens förslag till skydd mot höga kostnader inkluderas även bastandvård i skyddet mot höga kostnader, vilket gör att kostnaden för motsvarande behandling blir betydligt lägre i utredningens förslag. Kostnaden för patienten i utredningens förslag kan beräknas uppgå till ca 7 240 kronor, vilket är ca 3 000 kronor lägre än i dagens system. I dessa beräkningar har inte värdet av tandvårdschecken inkluderats. Läggs denna till blir utredningens förslag ytterligare något förmånligare.

Behandlingspaket 11 omfattar ett enstaka implantat (singelimplantat). I dagens system betalar patienten 7 700 kronor själv för det protetiska arbetet under förutsättning att vårdgivaren följer folktandvårdens prislista. I högkostnadsskyddet ingår inte kostnaden för titankomponenterna, ädel- och gjutmetaller samt den bastandvård som genomförs. I detta exempel subventioneras bastandvården med 106 kronor för en undersökning och 183 kronor för en röntgenundersökning, vilket totalt blir 289 kronor. Titan-

¹³ I samtliga beräkningar har prislistan inom Folktandvården Stockholms län AB använts.

¹⁴ Ca 300 kronor för en pelare och ca 440 kronor för en tandkrona i guld.

¹⁵ Utredningen uppskattar materialkostnaden för ädel- och gjutmetaller till ca 880 kronor för två stycken tandkronor och 440 kronor för ett hängande broled.

komponenterna subventioneras med 3 200 kronor och skall täcka hela kostnaden för dessa komponenter. Den totala kostnaden för patienten blir ca 10 000 kronor exklusive materialkostnaden. En rimlig uppskattning är det vid en insättning av ett singelimplantat tillkommer en kostnad på ca 440 kronor avseende materialet i implantatkronan. Det innebär att den totala kostnaden för patienten uppgår till ca 10 440 kronor. Med utredningens förslag till skydd mot höga kostnader blir den totala kostnaden 9 420 kronor, dvs. ca 1 000 kronor lägre än i dag. Då har dock inte värdet av tandvårdschecken tagits med i beräkningen.

Behandlingspaket 12 omfattar implantat i en helt tandlös käke. Kostnaden för denna behandling beräknas till ca 63 400 kronor. För de protetiska delarna av en sådan behandling betalar patienten under förutsättning att vårdgivaren håller folktandvårdens pris 7 700 kronor, exklusive ädel- och gjutmetaller och titankomponenter. Titankomponenterna subventioneras med 3 200 kronor per styck, vilket skall täcka hela kostnaden för dessa komponenter. Patienten betalar då 7 700 kronor plus kostnaden för bastandvård. Totalt blir det en kostnad för patienten på ca 8 100 kronor. Till detta skall läggas kostnaden för material som i detta fall kan beräknas uppgå till ca 5 000–10 000 kronor beroende på materialval, fabrikat och tillverkningsmetod. Det innebär att en patient i dag betalar omkring 13 100–18 100 kronor för en implantatbehandling av en helt tandlös käke. Med utredningens förslag till skydd mot höga kostnader, där hälften av kostnaden över 3 000 kronor och 85 procent av kostnaden över 15 000 kronor ersätts av staten, innebär det att patienten i det nya systemet själv betalar ca 12 800–17 760 kronor för denna behandling. Det innebär att det nya systemet blir något förmånligare för patienten.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att patientens pris för mer omfattande protetiska behandlingar inte förändras i någon större utsträckning i utredningens förslag. För mindre omfattande protetiska behandlingar, t.ex. en tandkrona eller en bro, blir utredningens förslag till skydd mot höga kostnader betydligt förmånligare än i dagens system.

Tabell 15.4 Vårdgivarpris och patientpris i dagens system och i utredningens förslag (huvudalternativet)

	Vårdgivarpris	Materialkostnad*	Patientpris dagens system	Patientpris förslag
BP 5 11 Undersökning 22 Förebyggande behandling 42 Rotfyllning 64 Pelare 62 Krona	7 710	740	7 620	5 720
BP 7 11 Undersökning 15 Röntgen 31 Tanduttagning 2*62 Krona 65 Hängande broled	10 160	1 320	10 410	7 240
BP 11 11 Undersökning 15 Röntgen 68 Titankomp. 84 Operation 88 Tillägg per fixtur 62 Krona	17 360	440	10 440	9 420
BP12 11 Undersökning 86 Helkäksimp. 85 Operation 75 Helkäsprotes temp. 68*5 Titankomp.	63 370	5 000–10 000	13 100–18 100	12 810–17 760

* Uppskattad kostnad för material som i dag inte omfattas. Kostnadsbedömningen är dock inte någon bedömning av vilka material som skall omfattas av det nya stödet.

Anm. Värdet av tandvårdschecken har inte medtagits i jämförelsen. Beaktas checken blir patientpriset lägre.

Källa: Egna beräkningar.

15.4 Summering och slutsatser

Dagens högkostnadsskydd till äldre har betydande brister på främst följande punkter.

Skapar trösklar

Högkostnadsskyddet omfattar endast personer som är 65 år och äldre. Statistik över tandvårdskonsumtionen visar att patienter i åldersgruppen 60–64 år har en klart lägre tandvårdskonsumtion än åldersgruppen strax över och strax under. Detta tyder på att 60–64-åringarna 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 att ackumulera vårdbehovet och innebär en välfärd förlust för individen och samhällsekonomisk ineffektivitet.

Träffar få patienter

Antalet individer som är 65 år och äldre uppgår till ca 1,5 miljoner. Ersättning från högkostnadsskyddet för äldre kommer endast drygt 30 000 individer till del varje år. Övriga ca 1,47 miljoner individer träffas inte av högkostnadsskyddet i dess nuvarande utformning.

Negativ vårdstyrning

Högkostnadsskyddet omfattar endast protetiska behandlingar, vilket har medfört en förskjutning av vårdmönstret från bastandvård till protetisk tandvård. Konstruktionen av högkostnadsskyddet gör att det för patienten blir mer ekonomiskt lönsamt att ta bort egna tänder och ersätta dem med implantat. Detta strider mot den självklara hållningen att det oftast är bättre att bevara originaldelarna än att ersätta dem med reservdelar. Det är också uppenbart att problemet med vävnadsförstörande inflammation kring implantat (peri-implantit) inte har uppmärksamats i nödvändig utsträckning. När väl implantat har placerats i tandlösa områden krävs ett omfattande program för uppföljning och stöd-behandling. Det är oklart i vilken utsträckning detta görs.

Inget reellt högkostnadsskydd

Patientens verkliga kostnader har inte blivit de 7 700 kronor som var grundtanken vid införandet av högkostnadsskyddet. I stället har konstruktionen lett till att 7 700 kronor blivit en lägsta nivå – ett golv – till vilket ytterligare kostnader kommit. Främst avses kostnader för nödvändigt material i form av ädel- och gjutmetaller samt, i förekommande fall, skillnaden mellan folktandvårdens pris och den privata vårdgivarens pris.

Okontrollerad kostnadsutveckling

De kostnadsdrivande effekterna i högkostnadsskyddet har inte kunnat hanteras genom systemet med förhandsprövningar. De statliga utgifterna har ökat på ett okontrollerat sätt. Förhandsprövningarna har också lett till tidskrävande administration. Riksrevisionen pekar i sin granskning av 65+-systemet på att systemet har sådana svagheter ur kontrollsynpunkt att det finns betydande risk för fortsatt kostnadsökning.

Omfattande administration och otillräcklig uppföljning

Administrationen av 65+-systemet, främst förhandsprövningarna, är tidskrävande och inte tillräckligt effektiv. De tidvis mycket långa handläggningstiderna hos Försäkringskassan drabbar såväl patienter som vårdgivare. Uppföljningen av vilken vård som utförts och dess effekter samt uppföljningen av de statliga utgifterna inom 65+-systemet är bristfällig.

Slutsatser för det framtida stödet

Utredningen anser att följande punkter är centrala för överväganden av hur frågor som rör gruppen 65 år och äldre skall behandlas inom ramen för det nya tandvårdsstödet.

- Utformningen bör utgå från principen om vård efter behov. Ålder är en viktig förklaringsfaktor till stora tandvårdsbehov, men det är svårt att motivera en omfattande särlösning för en viss åldersgrupp.

- Särskilda stöd till en viss patientgrupp riskerar leda till negativa tröskeeffekter. Stöd som endast omfattar viss typ av tandvård riskerar leda till negativ vårdstyrning. Sär lösningar av detta slag bör undvikas så långt som möjligt.
- Tandvårdsstödet bör utformas på ett sätt som tar hänsyn till patientens kostnader för hela behandlingen.
- Tandvårdsstödet bör stimulera till förebyggande insatser och regelbunden kontakt med tandvården, särskilt bland grupper som har lägre besöksfrekvens än genomsnittet.
- En tydligare definition av vilken tandvård som omfattas av stödet är nödvändig för att säkerställa god kostnadskontroll och en effektiv användning av de statliga resurserna.

Utredningen anser att åldersgruppen 65 år och äldre fullt ut skall omfattas av förslaget till nytt tandvårdsstöd som lämnas i detta betänkande. Detta innebär att denna grupp får förbättringar enligt följande punkter.

Med utredningens förslag ges åldersgruppen 65 år och äldre ett skydd mot höga kostnader som omfattar all typ av ersättningsberättigande tandvård, såväl bastandvård som protetik. Därmed skyddas patienter som är 65 år och äldre även mot höga kostnader inom bastandvården, vilket undanröjer risken för den negativa vårdstyrning som kan märkas i dagens system. Se avsnitt 14.

Utredningens förslag till skydd mot höga kostnader innebär att tandvårdsersättning lämnas från en lägre nivå, 3 000 kronor, mot dagens 7 700 kronor. Detta gör att skyddet mot höga kostnader kommer att komma fler till del, dvs. inte endast de som har mycket omfattande tandvårdsbehov utan även de som har måttliga tandvårdsbehov. En patient som är 65 år eller äldre, som har behov av en tandkrona träffas inte av dagens högkostnadsskydd, men får en väsentlig förstärkning genom utredningens förslag.

Vidare innebär det föreslagna skyddet mot höga kostnader förbättringar genom att standardmaterial inkluderas i ersättningen. På detta sätt tas hänsyn till patientens hela kostnad för en tandvårdsbehandling. Se avsnitt 11.

Utredningens förslag om en fördubblad tandvårdscheck till personer som är 75 år och äldre syftar till att uppmuntra regelbundna tandvårdsbesök och förebyggande insatser. Därigenom skapas förutsättningar att öka besöksfrekvensen i denna grupp. Se avsnitt 12.

Förslaget om en förtydligad definition av vad som är ersättningsberättigande tandvård syftar till att säkerställa att de statliga medlen används effektivt och att kostnadskontrollen i det nya systemet blir god. Omfattningen av det statliga tandvårdsstödet blir därmed tydligare, vilket innebär begränsningar av i vilka situationer som olika åtgärder är ersättningsberättigande.

På aggregerad nivå innebär utredningens förslag att subventionen till gruppen 65 år och äldre är oförändrad. De förändrade karensbeloppen och ersättningsgraderna gör dock att fördelningen av den totala subventionen förändras, innebärande att subventionen kommer fler till del.

Konsekvensen av utredningens förslag blir att patientens pris för mer omfattande protetiska behandlingar inte förändras i någon större utsträckning. För mindre omfattande protetiska behandlingar, t.ex. en tandkrona eller en bro, blir utredningens förslag till skydd mot höga kostnader betydligt förmånligare.

Sammantaget anser utredningen att de förslag som lämnas väl tillgodoser de äldres behov av ett tillräckligt tandvårdsstöd. Förslagen omhändertar de brister vad gäller felaktig incitamentsstruktur som finns i dagens system.

16 Administration, kontroll och uppföljning

16.1 Utbetalning

Utredningens förslag: 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. Vårdgivarna skall upprätta och till Försäkringskassan lämna underlag för beräkning av ersättning och uppföljning respektive begäran om ersättning.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: Utredningen föreslog att ersättningen inom grundstödet skulle betalas ut av Försäkringskassan till vårdgivaren i efterhand. Vårdgivarens underlag till Försäkringskassan borde lämnas elektroniskt till Försäkringskassan.

Remissinstanserna: *Privattandläkarna* menar att man bör ta möjligheten att göra tandvårdsförsäkringen mer lik andra socialförsäkringar, som en affär mellan patient och Försäkringskassan.

Skälen för utredningens förslag: Av utredningens tilläggsdirektiv framgår att det nya tandvårdsstödet skall administreras av Försäkringskassan. Vid utformandet av förslagen skall hänsyn tas till de administrativa kostnaderna och redogörelse skall lämnas för hur stödet skall administreras, så att exempelvis handläggningstiderna hos Försäkringskassan kan hållas nere.

Mottagare av ersättningen från tandvårdsstödet

Utredningen har att ta ställning till när och till vem det statliga tandvårdsstödet skall betalas ut. Den första frågan är om stödet skall betalas ut i förväg eller i efterhand.

Det är grundläggande för utredningens förslag att säkerställa att risken för felaktigt utnyttjande minimeras och att de uppgifter som ligger till grund för utbetalningarna kan kontrolleras. För att åstadkomma detta måste ersättningen liksom i dag betalas ut i efterhand. Det är centralt att utbetalning i ett system som bygger på ersättning per åtgärd endast sker när en åtgärd faktiskt är utförd samtidigt som omfattningen av de kontrollsystem som byggs upp är rimliga.

Det statliga tandvårdsstödet administreras av Försäkringskassan, men utgör i egentlig försäkringsmening inte någon socialförsäkring. Det kan dock argumenteras för att utbetalning bör ske till patienten, då denna är den ersättningsberättigade. Om ersättningen inom tandvårdsstödet skulle betalas ut till patienten i efterhand innebär det att patienten behöver ligga ute med pengar under den tid som det tar för Försäkringskassan att besluta om och betala ut ersättning. Ett sådant system skulle sannolikt medföra att en del patienter avstår från tandvård av ekonomiska skäl. Detta skulle motverka syftet med det nya tandvårdsstödet. Mot en sådan bakgrund menar utredningen att ersättningen inom det statliga tandvårdsstödet även fortsättningsvis skall betalas ut till vårdgivarna i efterhand.

Principiell utformning

Utformningen av det nya tandvårdsstödet förändrar kraven på administrationen av stödet, vilket påverkar både Försäkringskassan och vårdgivarna. Förändringen orsakas främst av att det nya tandvårdsstödet innehåller stödformer som bygger på patientens tidigare och totala tandvårdskonsumtion under en viss period samt att dessa stödformer omfattar hela den vuxna befolkningen och all ersättningsberättigande tandvård. De stödformer som avses är tandvårdschecken samt skyddet mot höga kostnader. Administration av abonnemangstandvården kommenteras särskilt nedan i förekommande fall.

I det nuvarande tandvårdsstödet utgörs den mest frekventa ersättningsformen av fasta ersättningsbelopp per utförd åtgärd, s.k. grundbelopp. Rätten till grundbelopp föreligger så snart den aktuella åtgärden utförts, varför Försäkringskassan inte har behov av att få uppgift om något annat än just den genomförda åtgärden. Alla åtgärder berättigar inte till något grundbelopp, varför vårdgivaren i dagens system inte behöver rapportera något annat än utförda åtgärder som berättigar till grundbelopp.

Inom högkostnadsskyddet för äldre, det s.k. 65+systemet, baseras dock ersättningen för protetiska åtgärder på de totala kostnaderna för en given behandlingsomgång. Alla beslut om ersättning inom detta system sker efter förhandsprövningar, vilket betyder att vårdgivarna har att lämna omfattande underlag till Försäkringskassan i varje enskilt fall. Vissa behandlingar med tandreglering respektive omfattande protetik förhandsprövas även för personer yngre än 65 år. Administrationen är tung och tidskrävande, och Försäkringskassan har inom 65+systemet haft handläggningstider som under vissa perioder överstigit sex månader.

Som angivits tidigare administreras dagens tandvårdsstöd genom att vårdgivarna till Försäkringskassan lämnar s.k. tandvårdsräkningar och samlingsräkningar. Dessa upprättas av vårdgivarna enligt Försäkringskassans föreskrifter och lämnas i cirka 40 procent av fallen på frivillig grund elektroniskt och i 60 procent i pappersformat.¹ Det har framförts kritik mot bristen på användarvänlighet i det elektroniska system som Försäkringskassan tillhandahåller i dag och mot den administrativt betungande processen av förhandsprövningar.

I det nuvarande tandvårdsstödet finns det alltså vissa delar (65+systemet) där ersättning utgår baserad på patientens totala tandvårdskonsumtion. Denna ersättning omfattas av kravet på förhandsprövning, varefter beslut om utbetalning fattas. Frågan är hur utbetalningar inom det nya tandvårdsstödet bör administreras, vilket delvis är kopplat till frågan om utformningen av kontrollerna inom det nya tandvårdsstödet. Som framgår nedan, avsnitt 16.2, bör kontrollerna av det nya tandvårdsstödet förändras genom att antalet förhandsprövningar mycket kraftigt reduceras till förmån för ökade efterhandskontroller. Detta betyder att information om ersättningsberättigande tandvård som utförs inte kommer att lämnas till Försäkringskassan via förhandsprövningsunderlag, utan

¹ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006a)

genom löpande registrering av uppgifter i samband med att behandlingen utförs.

Skyddet mot höga kostnader är utformat på ett sådant sätt att ersättningen baseras på patientens totala tandvårdskonsumtion, vilket förutsätter tillgång till aktuella uppgifter om tandvårdskostnader och tandvårdsåtgärder för varje patient hos olika vårdgivare under ersättningsperioden.

Det är teoretiskt tänkbart att uppgifter om den egna tandvårdskonsumtionen skulle kunna bäras av patienten. En sådan lösning skulle kunna utformas genom någon form av kort som patienten har och där uppgifter om aktuell nivå registreras och lagras i samband med tandvårdsbesök. Den lösning som är mest naturlig att överväga är s.k. smarta kort, som kan innehålla en stor mängd information. För att information om genomförda tandvårdsåtgärder skall kunna lagras på ett sådant kort förutsätts att vårdgivaren har teknisk utrustning som kan hantera kommunikationen med korten. Noteras bör att vårdgivaren ändå behöver tillgång till utrustning som kan kommunicera med Försäkringskassans IT-stöd så att vårdgivaren kan registrera uppgifter och begära ersättning från tandvårdsstödet. Eftersom krav på utrustning hos vårdgivaren i form av kortläsare etc. skulle bli en ytterligare och, enligt utredningens bedömning, relativt kostnadskrävande investering har utredningen förkastat detta alternativ.

Utredningen har valt att utforma den löpande registreringen av patientens tandvårdskonsumtion så att vårdgivarna elektroniskt lämnar uppgifter till Försäkringskassan. För att åstadkomma detta lämnar utredningen förslag om förtydligande av skyldigheten för vårdgivarna att löpande rapportera uppgifter om patienternas tandvårdskonsumtion till Försäkringskassan, se avsnitt 16.5. Genom att Försäkringskassan av regeringen givits i uppdrag att utveckla ett ändamålsenligt och användarvänligt IT-stöd för tandvården finns det förutsättningar för att uppgiftslämnandet kan ske till lägre administrativa kostnader än i dag. Utredningen har vid utformandet av förslagen beaktat regeringens mål om att sänka företagens administrativa kostnader för de statliga regelverken. En analys av konsekvenserna för småföretagare av utredningens förslag framgår av avsnitt 20.

Av befintlig statistik om tandvårdskonsumtionens storlek framgår att cirka 80 procent av patienterna har årliga tandvårdskostnader under 3 000 kronor, se avsnitt 4. Detta skulle kunna leda till en tolkning att den löpande registreringen av tandvårdskostnaderna på

individnivå kan avgränsas till de 20 procent av patienterna som kommer att bli berättigade till statlig ersättning inom skyddet mot höga kostnader. Detta är dock en felaktig tolkning, eftersom de 20 procenten inte är samma patienter från år till år. Varje patient kan komma att bli ersättningsberättigad inom skyddet mot höga kostnader, och det är inte möjligt att på förhand avgöra vilka patienter som under den aktuella ersättningsperioden om ett år kommer att drabbas av tandvårdsbehov som överstiger 3 000 kronor.

Konsekvensen av detta blir att vårdgivarna har att lämna uppgifter om tandvårdskonsumtionen för varje patient från tillfället då den första ersättningsberättigande åtgärden slutförts, eftersom det inte är känt på förhand om patienten faktiskt kommer att konsumera tandvård till ett värde över 3 000 kronor och därmed kommer att bli berättigad till ersättning under aktuell ersättningsperiod. Denna utformning är jämförbar med utformningen av andra högkostnadsskydd inom t.ex. läkemedelsförmånen eller inom den öppna hälso- och sjukvården.

Värdet av tandvårdschecken kan, enligt utredningens förslag, nyttjas av patienten varje år eller vartannat år. Som alternativ kan patienten även välja att nyttja checken som delbetalning för abonnemangstandvård. För att veta om patienten har rätt till tandvårdscheck vid en given tidpunkt och till vilket värde förutsätts att tidpunkten då patienten senast nyttjade checken finns registrerad och lagrad samt i förekommande fall uppgift om patienten nyttjat checken som delbetalning för abonnemangstandvård.

En närmare beskrivning av utredningens förslag när det gäller checken framgår av avsnitt 12. Utredningen gör bedömningen att det mest kostnadseffektiva sättet att administrera tandvårdschecken och hålla aktuella uppgifter om patientens nyttjande av checken är att vårdgivarna i IT-stödet lämnar uppgifter om när checken nyttjas.

Blanketter

Den nu angivna utformningen av administrationen innebär att de blanketter som vårdgivarna skall upprätta och lämna till Försäkringskassan måste ändras i förhållande till dagens administration. Dagens blanketter för tandvårdsräkningar och samlingsräkningar bör slopas och ersättas av två nya, som båda lämnas i IT-stödet:

underlag för beräkning och uppföljning samt begäran om ersättning.

Underlag för beräkning och uppföljning bör upprättas av vårdgivarna och lämnas till Försäkringskassan för all ersättningsberättigande tandvård som utförts, oavsett om det föreligger rätt till ersättning vid det enskilda tillfället eller inte. Detta är nödvändigt för att uppfylla kravet på att ha aktuella uppgifter om värdet av patienternas tandvårdskonsumtion. Vilka uppgifter som skall lämnas på underlaget för beräkning och uppföljning redovisas i avsnitt 16.5.

Som framgår i det följande föreslår utredningen att underlaget för beräkning och uppföljning även bör innehålla ett begränsat antal uppgifter som syftar till uppföljning och utvärdering, främst såvitt avser tandhälsa och prisutveckling inom tandvården. Dessa uppgifter bör Försäkringskassan samla in för att vidarebefordra till Socialstyrelsen respektive Konsumentverket. Genom att samtliga uppgifter som vårdgivarna löpande skall lämna till staten omfattas av underlaget för beräkning och uppföljning minimeras vårdgivarnas administrativa kostnader. Vårdgivarnas administration underlättas också genom att all uppgiftslämning sker samlat i ett IT-stöd.

Begäran om ersättning är en formell begäran från vårdgivaren om ersättning som blir aktuell i de fall patientens tandvårdscheck nyttjats eller patienten har en tandvårdskonsumtion över karensbeloppet och det därmed föreligger rätt till ersättning inom skyddet mot höga kostnader. Begäran om ersättning skall leda till beslut av Försäkringskassan och i förekommande fall utbetalning av ersättning.

16.2 Kontroll

Utredningens förslag: 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 förhandsprövningar kraftigt skall begränsas.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: Överensstämmer med förslaget.

Remissinstanserna: De remissinstanser som har yttrat sig över förslaget är positiva till det.

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

Det nuvarande tandvårdsstödet administreras genom att vårdgivarna lämnar s.k. tandvårdsräkningar till Försäkringskassan. När en tandvårdsräkning kommer till myndigheten på elektronisk väg hanteras den i Försäkringskassans IT-stöd för tandvårdsstödet. Inom IT-stödet görs vissa automatiska kontroller, bland annat för att säkerställa att de åtgärder som vårdgivaren begär ersättning för är förenliga med varandra och att patienten omfattas av tandvårdsstödet. På de tandvårdsräkningar som kommer in manuellt gör Försäkringskassan inga systematiska kontroller.

Därutöver kontrolleras all utförd vård inom 65+systemet samt tandreglering och vissa protetiska behandlingar för personer yngre än 65 år genom förhandsprövningar. Förhandsprövningarna syftar till att skydda den enskilde och den offentliga försäkringen för onödigt stora kostnader samt till att garantera patienten en odontologiskt riktig behandling.²

Förhandsprövningsinstitutets effekter har främst kommit att prövas inom ramen för 65+systemet. Det är den stödför form inom det nuvarande tandvårdsstödet som är ett högkostnadsskydd och har de starkaste kostnadsdrivande effekterna. Behovet av att ha effektiva instrument för att kontrollera de kostnadsdrivande effekterna är som störst här.

Av Riksrevisionens granskning³ av 65+reformen framgår att förhandsprövningen har begränsad betydelse som kontroll av vilken behandling som är nödvändig. Riksrevisionen anser att Försäkringskassans normering av vad som skall räknas som nödvändig tandvård inte är tillräckligt tydlig. Avslagsfrekvensen har legat kring 5 procent i de förhandsprövningar som gjorts inom 65+systemet. Den förhandsprövning som görs tar inte ställning till om behandlingsförslaget är kostnadseffektivt. Prövningen om behandlingsförslaget är ersättningsberättigande eller ej görs inte mot något tydligt regelverk, varför den absoluta merparten av behandlingsförslagen anses vara ersättningsberättigande. Vidare framhålls att förhandsprövningen inte avgör om priset för behand-

² Prop. 1973:45.

³ Riksrevisionen (2006).

lingen är skäligt, utan det görs i respektive landsting, eftersom den statliga ersättningen beräknas på aktuellt pris inom folktandvården, som fastställs av landstingsfullmäktige.

När det gäller förhandsprövningarnas syfte att garantera en odontologiskt riktig behandling har utredningen erfarit att det finns brister i tillämpningen. Det finns exempel på fall där behandlande tandläkare blivit varnad av Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) för behandlingar som blivit godkända i förhandsprövningen⁴. Även om detta får antas vara enstaka exempel, anser utredningen att det sammantaget finns tillräckligt tydliga indikationer på att förhandsprövningarnas effekt när det gäller att garantera en god vård inte kan anses tillräckliga.

Utredningen anser också att det är tveksamt att utöka ansvaret för att garantera en god vård till den instans som administrerar det statliga tandvårdsstödet, nämligen Försäkringskassan. Ansvaret åvilar den myndighet som inom ramen för sitt uppdrag har att utöva tillsyn över och normera tandvården, vilket är Socialstyrelsen. Försäkringskassans ansvar avser kontroller av att de utbetalningar som görs inom ramen för det statliga stödet är förenliga med gällande regelverk.

Förhandsprövningarna åstadkommer alltså inte i tillräcklig utsträckning de effekter som de syftar till. Vidare kräver prövningarna mycket omfattande administrativa resurser, både av vårdgivare och Försäkringskassan, vilka inte kan anses vara motiverade med hänsyn till den eventuella effekt som de uppnår. Utredningen anser mot denna bakgrund att förhandsprövningsinstitutet inte kan anses vara ett bra instrument för att kontrollera utbetalningarna inom det statliga tandvårdsstödet.

Som framgår av avsnitt 11 om förslagen till utformning av regelverket för att definiera ersättningsberättigad tandvård är ambitionen att ett tydligare regelverk skall ge förutsättningar för vårdgivare och patient att på förhand kunna tolka vilken tandvård som är ersättningsberättigande i olika situationer. Ett tydligare regelverk är därmed grunden för att omfattningen av förhandsprövningar skall kunna minskas.

Utredningen förordar att de resurser inom Försäkringskassan som i dag är avsatta för kontrollinsatser, främst genom förhandsprövningar, behålls, men att inriktningen av kontrollinsatserna ändras. Kontrollinsatser i efterhand baserade på slumpmässiga urval

⁴ RFV Dnr 07423/2204.

och misstankar om missförhållanden bör prioriteras högre, medan förhandsprövningar kraftigt bör begränsas till särskilt svårbedömda fall.

En utformning av kontrollerna utifrån dessa principer skulle stärka kontrollen av den tandvård som i dag inte förhandsprövas och göra de förhandsprövningar som blir kvar mer effektiva. En viktig förutsättning för en bättre fungerande kontroll av tandvårdsstödet är dock ett förtydligat regelverk kring vad som är ersättningsberättigande tandvård.

Kontroller bör göras genom systematisk bearbetning av elektronisk data, s.k. data-mining, där uppgifter som vårdgivarna lämnar i samband med behandling och som av någon anledning avviker från vad som kan anses normalt eller av andra skäl bör uppmärksammas, kontrolleras särskilt. Kontroller bör vidare göras utifrån särskilda kontrollprogram, där utpekade åtgärder eller åtgärdsgrupper granskas särskilt under en viss kontrollperiod. Slutligen bör riktade kontroller göras i högre utsträckning av vårdgivare som tidigare uppgivit felaktiga uppgifter eller försökt få statlig ersättning på felaktiga grunder. I sådana fall bör Försäkringskassan också kunna besluta om förhandsprövning av alla vårdgivarens behandlingar som det begärs ersättning för.

Regelverket för ersättningsberättigande tandvård som utredningen föreslår kommer att ställa utökade krav på dokumentation i vissa fall, se avsnitt 11 och bilaga 5. Eftersom efterhandskontroller kommer att tillämpas i större utsträckning är det viktigt att kunna bedöma den situation vårdgivaren stod inför när behandlingsform valdes. Generellt måste diagnos och behandlingsval vid Försäkringskassans kontroller kunna verifieras genom t.ex. patientjournaler. Därför måste journalföringen hålla så hög kvalitet att detta är möjligt. I vissa fall kommer regelverket som anger ersättningsberättigande tandvård att ställa ytterligare krav på dokumentationen kring en behandling för att den skall berättiga till ersättning. Dokumentationen kan t.ex. bestå av fotografering av tänder, utökad beskrivning av situationen och utförlig motivering av terapival. Gipsmodeller kan också vara ett alternativ. Vid tandlöshet som motiverar protetik kommer beskrivning av historiken bakom tandlösheten att krävas framför allt för att visa att behandlingsbara eller friska tänder inte dragits ut för att ge plats för en protetisk konstruktion. Denna typ av dokumentation skall inte bifogas begäran om ersättning utan finnas tillgänglig i patientjournalen för kontroll och lämnas till Försäkringskassan när så krävs.

Utredningen anser att möjligheten att kräva förhandsprövning bör finnas kvar, men att det bör införas en mycket snävare gräns än i dag för vilka fall som skall förhandsprövas i syfte att åstadkomma en ökad effektivitet i kontrollen. De bör bara kunna användas i särskilt svårbedömda fall, där det inte bedöms som möjligt att utforma en tillräckligt tydlig definition av vad som är ersättningsberättigande tandvård i det föreslagna regelverket. Utredningen har inte kunna identifiera några sådana fall och lämnar därför inga konkreta förslag i denna del. Det bör dock ligga på den föreslagna nämnden för statligt tandvårdsstöd att lämna sådana förslag till regeringen. Eventuella sådana fall, där det i förhand skall prövas om behandlingen är ersättningsberättigande, bör anges i förordningen om statligt tandvårdsstöd.

Det är dock viktigt att säkerställa att förhandsprövningar inte införs utan att andra kontrollformer övervägts. Alternativa kontrollformer måste alltid prövas först. För att förhandsprövningar skall vara meningsfulla krävs att de görs mot ett väldefinierat och tydligt regelverk som tydligt anger när Försäkringskassan kan avslå en begäran och när den skall bifallas. Svårigheter att tydligt definiera vad som är ersättningsberättigande tandvård kan alltså inte uteslutande hanteras genom att frågan förhandsprövas, eftersom Försäkringskassan för att kunna avslå en begäran om ersättning behöver ett tydligt författningsstöd.

Utredningen lämnar dock förslag om förhandsprövning i vissa andra situationer. I avsnitt 16.5.4 föreslår utredningen att förhandsprövning skall kunna beslutas när det kan antas att en vårdgivare inte följer bestämmelserna. Vidare föreslår utredningen att dagens förhandsprövning av om en protetisk behandling behöver göras om bibehålls, se avsnitt 16.8.

16.3 Uppföljning och utvärdering

Utredningens förslag: 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.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: Förslaget om särskild återkoppling till vårdgivarna av den löpande uppföljningen är nytt i förhållande till delbetänkandet, i övrigt överensstämmer förslaget med principförslaget.

Remissinstanserna: Majoriteten av remissinstanserna bekräftar behovet av bättre uppföljning och utvärdering av tandvården och tillstyrker därför förslaget. *Landstinget i Dalarna* menar att det känns angeläget att följa upp utvecklingen inom områdena tandhälsa, vårdkvalitet, konsumerad volym och priser. Landstinget anser dock att detta bör göras på ett sådant sätt att den administrativa bördan för vårdgivarna minimeras. *Statskontoret* påpekar att det är viktigt att tydligt särskilja Socialstyrelsens respektive Försäkringskassans ansvar för uppföljning och utvärdering. *Praktikertjänst AB* ger uttryck för en viss oro när det gäller den arbetsinsats och de investeringar som kommer att krävas av tandvården för att leverera underlag till olika databaser som staten behöver för uppföljningen av tandhälsan.

Skälen för utredningens förslag: Tillgången till samlad statistik på nationell nivå inom tandvårdsområdet är mycket begränsad. När det gäller uppgifter på individnivå om tandhälsa, tandvårdskonsumtion, tandvårdskostnader eller nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet finns ingen heltäckande statistik alls. Det finns heller inga heltäckande undersökningar om det offentliga tandvårdsstödet påverkan på tandhälsan eller tandvårdskonsumtionen.

För att staten skall kunna styra tandvården på ett effektivt sätt krävs att staten har tillräcklig information om utvecklingen samt har tolkat denna information korrekt. En förutsättning för en förstärkt styrning är därmed att det genomförs systematisk uppföljning och utvärdering inom tandvårdsområdet. Detta förutsätter löpande statistikinhämtning. En förstärkt uppföljning och utvärdering krävs både för att utvärdera effekterna av reformeringen av tandvårdsstödet och för att löpande följa utvecklingen på tandvårdsmarknaden. Erfarenheterna från 65+reformen visar på riskerna med att ha en alltför svag uppföljning och utvärdering av reformer av tandvårdsstödet.

För att det skall kunna ske en meningsfull uppföljning och utvärdering måste informationsinhämtandet förbättras. Uppföljning och utvärderingen bör ske på nationell basis, vilket förutsätter att informationen från vårdgivarna är enhetlig och kan sammanställas på nationell nivå.

Behovet av statistik

Tandvården behöver följas upp och utvärderas på nationell nivå. Det finns därför behov av att se till att det finns enhetlig information om tandvården som utförs hos alla vårdgivare och om tandhälsan hos alla patienter. Samtidigt får lämnandet av uppgifter för statistik inte innebära en orimlig administrativ börda för vårdgivarna. Utredningen anser att elektronisk kommunikation mellan vårdgivarna och Försäkringskassan är en förutsättning för att administration, kontroll och uppföljning skall kunna göras kostnadseffektivt, och det är nödvändigt att utveckla ett nytt IT-stöd för det statliga tandvårdsstödet.

Utredningen anser att det framför allt är information om tandhälsa, utförd tandvård, priser och vårdkvalitet som behöver samlas in.

Eftersom Försäkringskassan kommer att svara för kommunikationen med vårdgivarna via det nya IT-stödet är det Försäkringskassan som bör ha huvudansvaret för insamlandet av information om tandvården i Sverige. Bearbetningen av denna information bör dock delas mellan flera myndigheter. Den myndighet som i sitt uppdrag ansvarar för frågan skall också vara ansvarig för att bearbeta information i frågan. Det är dock viktigt att de ansvariga

myndigheterna samverkar så att en helhetsbild av tandvårdsområdet kan skapas.

Tandhälsa

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

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

Utredningen anser att Socialstyrelsen bör vara ansvarig myndighet när det gäller uppföljning av tandhälsa. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ges ett förtydligt ansvar för statistik om tandhälsan hos vuxna. För att kunna göra detta på ett bra vis anser utredningen att det finns behov av ett tandhälsoregister. Detta för att bättre kunna följa utvecklingen över tiden och jämföra tandhälsan mellan individer med olika egenskaper, såsom kön och ålder. Ett tandhälsoregister skulle ge stora möjligheter att kunna följa upp effekterna av det nya tandvårdsstödet på ett meningsfullt sätt. Uppgifterna om tandhälsa bör lämnas av vårdgivarna i samband med den löpande uppgiftslämningen i övrigt inom det nya tandvårdsstödet, se avsnitt 16.5 samt 16.7.

Vid sidan av den föreslagna löpande uppgiftslämningen bör det med jämna tidsintervall göras mer omfattande kliniska studier som möjliggör fördjupade analyser av utvecklingen av tandhälsan. Det gäller bl.a. att mäta tandhälsan hos de individer som inte regelbundet besöker tandvården. Detta anser utredningen faller väl inom ramen för det ansvar och den roll som Socialstyrelsen redan har, varför utredningen avstår från att lämna detaljerade förslag om hur detta skall gå till.

Tandvårdskonsumtion och tandvårdspriser

Det är ur ett statligt perspektiv viktigt att på den avreglerade tandvårdsmarknaden nära följa både de kostnader patienterna har för sin tandvård och de statliga kostnaderna för tandvårdsstödet. Det innebär att staten måste följa utvecklingen av dels tandvårdskonsumtion, dels tandvårdspriser.

Försäkringskassan bör få ansvaret för uppföljning av tandvårdskonsumtion genom främst de uppgifter kring utförd vård som Försäkringskassan får från vårdgivarna i syfte att beräkna tandvårdsersättningens storlek. Det är alltså utredningens bedömning att de uppgifter som samlas in för att beräkna tandvårdsersättningen i stor utsträckning kommer att utgöra tillräcklig grund för att kunna följa upp och utvärdera tandvårdskonsumtion och tandvårdspriser. Endast på någon punkt bör ytterligare uppgiftsskyldighet övervägas, se avsnitt 16.5.

Uppföljningen bör inriktas på att upptäcka om tandvårdsstödet leder till en förskjutning mellan olika behandlingar som vårdgivarna utför. Detta för att tidigt kunna bedöma huruvida en eventuell vårdförskjutning endast är en följd av det förändrade tandvårdsstödet eller om den har odontologiska eller andra orsaker.

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

Utredningen föreslår att vårdgivarna löpande bör lämna uppgifter till Försäkringskassan om sina priser för tandvård på två sätt. Dels via underlaget för beräkning och uppföljning, se avsnitt 16.5, med uppgifter om vårdgivarpris för de utförda åtgärder som ligger till grund för beräkning av tandvårdsersättning, dels genom att vårdgivarna lämnar prisuppgifter på hela åtgärdslistan till Försäkringskassan. De senare uppgifterna skall Försäkringskassan vidarebefordra till Konsumentverket för presentation på den föreslagna prisportalen, se avsnitt 17.

Tidshorisont

För att utvärdera olika aspekter inom tandvårdsområdet krävs olika lång tidshorisont. Priser och tandvårdskonsumtion kan utvärderas över relativt kort tidshorisont medan det tar längre tid att se förändringar av tandhälsan. För att en utvärdering skall vara meningsfull måste den göras med en sådan tidshorisont att det är möjligt att undersöka huruvida reformeringen av tandvårdsstödet påverkat utfallet eller inte. Samtidigt är det önskvärt att få resultat så snabbt som möjligt för att kunna åtgärda eventuella brister. Det innebär att det krävs en kombination av kort- och långsiktiga utvärderingar. Utredningen lämnar förslag som dels syftar till att åstadkomma löpande statistik som blir föremål för regelbunden bearbetning och resultatredovisning av de ansvariga myndigheterna, dels syftar till att ge underlag för ett särskilt utvärderingsprogram för det reformerade tandvårdsstödet.

Utvärderingsprogram

Utredningen föreslår att det nya tandvårdsstödet följs upp och utvärderas i särskild ordning. Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utforma och samordna ett utvärderingsprogram för tandvårdsreformen. Utvärderingen bör i stor utsträckning genomföras av oberoende forskare.

De första åren bör utvärderingen koncentreras på prisutvecklingen och besöksfrekvensen vad gäller regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte. När det gäller priserna bör det finnas en tydlig kontrollstation efter två år, då det görs en bedömning av huruvida de kraftigt ökade statliga resurserna till tandvård inneburit lägre priser för patienterna. Om så inte skett anser utredningen att en skärpt reglering av tandvårdsmarknaden återigen måste övervägas, eventuellt med inslag av prisreglering.

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

Utredningen har pekat på behovet av att utvärdera effekterna av olika sätt för staten att finansiera tandvård genom styckeprisbaserad ersättning eller capitationsersättning. En sådan utvärdering bör genomföras inom ramen för det särskilda utvärderingsprogrammet.

Kvalitetsregister

Kvalitetsregister är en viktig källa till information om vårdens kvalitet. Den möjlighet till jämförelse med uppgifter på riksnivå samt trendanalyser som registren ger är ett viktigt stöd för lokal kvalitetsutveckling och uppföljning av tand- och sjukvårdens nytta för patienterna. Registren är kraftfulla instrument för kvalitetsarbetet. Ett av de viktigaste syftena med dem är att bidra till kvalitetsutveckling och till utjämnande av de skillnader som finns i vården.

I dag finns drygt 60 register inrättade inom hälso- och sjukvård. Inget av dessa rör specifikt tandvård. Ett register för implantat (Swedish Dental Implant Register) är dock under uppbyggnad. Vidare är ett register över förekomst av karies och parodontit under planering.

Det finns stora kunskapsluckor avseende långsiktigt behandlingsresultat och förekomst av komplikationer vid implantatbehandling. Nya implantat och nya behandlingstekniker introduceras utan någon känd systematisk kvalitetskontroll. Syftet med implantatregistret är att kartlägga omfattningen av implantatbehandlingar samt att registrera patientupplevelser och patienttillfredsställelse, implantatförluster och andra tekniska och biologiska komplikationer. Utredningen bedömer att behovet av kvalitetssäkring inom detta område är mycket stort. Uppgifter från ett nationellt kvalitetsregister beräknas kunna bidra till kvalitetsutveckling inom detta område, som står för en stor del av tandvårdskostnaderna för patient och staten genom det statliga tandvårdsstödet.

Som första register inom tandvården får detta register också som ett sekundärt syfte att visa på vilka möjligheter till kvalitetsförbättring inom odontologi som ett nationellt kvalitetsregister kan ge.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att resurser avsätts för utveckling och drift av implantatregistret. Medlen bör kanaliseras via Socialstyrelsen. Efterhand bör det skapas möjlighet för inrättande av nya register inom andra angelägna fält på tandvårdens område. De ekonomiska konsekvenserna av förslaget redovisas i avsnitt 19.

Återkoppling till vårdgivarna

De uppgifter som utredningen föreslår att vårdgivarna löpande skall lämna till Försäkringskassan kommer att användas av de mottagande myndigheterna till olika former av redovisningar av tandvårdens utveckling och resultat. En viktig mottagare för dessa redovisningar är regeringen. Utredningen anser dock att de som lämnar uppgifterna, vårdgivarna, bör ha intresse av att få särskild och anpassad återrapportering av statistik från de databaser som byggs upp vid Försäkringskassan. Det kan till exempel handla om återrapportering av diagnos- och åtgärds-koder eller genomsnittspriser där den egna vårdgivarens data redovisas i förhållande till ett genomsnitt för riket. Sådan information bör vara till nytta för vårdgivarna genom att den möjliggör fördjupade analyser av den egna patientstocken och den vård som vårdgivaren utför samt möjliggör jämförelser av priser för olika åtgärder. Informationen bör även kunna komma till användning inom ramen för vårdgivarnas kvalitetsutvecklingsarbete. Försäkringskassan bör ges ansvar för att ge återkoppling till vårdgivarna. Utformningen av återkopplingen bör ske i samråd med vårdgivarna.

16.4 Vårdgivarbegreppet

Utredningens förslag: Med vårdgivare enligt lagen om statligt tandvårdsstöd skall förstås fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård. Vårdgivare som bedriver verksamhet vid mer än en mottagning skall få uppdra åt en befattningshavare inom verksamheten att fullgöra de uppgifter som åligger vårdgivaren enligt lagen.

Delbetänkandet 2006:71: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Skälen för utredningens förslag: Ägare- och driftsförhållandena inom den svenska tandvården ser mycket olika ut. Den offentliga eller allmänna vården bedrivs huvudsakligen av landstingen genom folktandvården. Det betyder att det inom samma landsting kan finnas många olika kliniker, som alla har samma huvudman. Folktandvården svarar till allra största delen för barn- och ungdomstandvården, som enligt tandvårdslagen (1985:125) skall vara avgiftsfri, men också för en betydande del av vuxentandvården.

Inom enskild verksamhet, där den större delen av vuxentandvården bedrivs, finns ett stort antal mindre privat ägda mottagningar, ofta drivna av endast en eller ett par tandläkare men också ett stort antal större eller mindre mottagningar som är anknutna till Praktiker-tjänst AB, som svarar för de anslutna mottagningarna i juridisk mening.

De regler som utredningen föreslår för det framtida statliga tandvårdsstödet bygger i stor utsträckning på att det är den enstaka tandvårdsmottagningen som Försäkringskassan vänder sig till när det gäller såväl anslutningen till det elektroniska systemet för tandvård som rättigheter och skyldigheter inom ersättningsystemet. De mycket olikartade ägare- och driftsförhållandena blir då ett problem.

Inom hälso- och sjukvården använder man ett vårdgivarbegrepp. Enligt lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) – som gäller all hälso- och sjukvård, också tandvård – avses med vårdgivare i lagen fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård. Patientdatautredningen föreslår i sitt huvudbetänkande Patientdatalag (SOU 2006:82), som f.n. remissbehandlas, följande definition av *Vårdgivare* för användning i lagen: ”Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk eller fysisk person som yrkesmässigt bedriver hälso- och sjukvård.” Detta är således en definition som nära ansluter till den som ges i LYHS.

Enligt 29 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, skall det inom hälso- och sjukvård finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Detta gäller oavsett om verksamheten är allmän eller enskild. Verksamhetschefen behöver inte tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen utan kan tillhöra en annan yrkeskategori. Någon motsvarighet till detta finns emellertid inte inom tandvården.

Utredningen har för de syften som följer av den föreslagna lagen om statligt tandvårdsstöd övervägt att tillskapa en egen definition av begreppet vårdgivare, som skulle ansluta nära till begreppet verksamhetschef i HSL. Utredningen har övergivit denna tanke, eftersom den skulle riskera att skapa förvirring i förhållande till hur vårdgivarbegreppet används på andra ställen inom hälso- och sjukvården.

Utredningen föreslår i stället att det också i lagen om statligt tandvårdsstöd skall med vårdgivare förstås fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård. Detta betyder för folktandvårdens del att det är den juridiska personen landstinget som är vårdgivare, eftersom det är den som svarar för den allmänna tandvården, och inte kliniken där tandvården utförs. Utredningen föreslår dessutom en särskild regel enligt vilken 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. Det blir därmed möjligt att knyta ansvaret för att verksamheten vid varje särskild tandvårdsmottagning följer reglerna enligt lagen till en bestämd person, en ”verksamhetschef” om man så vill. En annan sak är att vårdgivaren är den som i strikt juridisk mening svarar för exempelvis mottagningens ekonomiska förpliktelser.

16.5 Uppgifter från vårdgivare

16.5.1 Vilka uppgifter skall vårdgivare lämna?

Utredningens förslag: 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 åtgärds kod,
- 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.

Försäkringskassan skall få behandla personuppgifter om tandhälsa som Socialstyrelsen behöver för att framställa statistik om detta.

Delbetänkandet SOU 2006:71: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Skälen för utredningens förslag: Utformningen av det nya tandvårdsstödet förändrar kraven på vårdgivarnas skyldighet att löpande lämna uppgifter till Försäkringskassan. Den största förändringen orsakas av att det i det nya tandvårdsstödet införs ett skydd mot höga kostnader där ersättningen baseras på storleken av patientens tidigare tandvårdskonsumtion. Av detta följer att vårdgivarna behöver lämna uppgifter om all ersättningsberättigande tandvård redan från det första behandlingstillfället, trots att ersättning lämnas först när patientens tandvårdskonsumtion överstiger karensbeloppet. De uppgifter som vårdgivarna har att lämna är dock i stor utsträckning desamma som i dagens system. Den tydligaste förändringen består i att uppgifterna nu måste lämnas för all ersättningsberättigande tandvård, i elektronisk form och senast inom två veckor. Därutöver förändras vårdgivarnas uppgiftsskyldighet genom de förslag som utredningen lämnar som avser löpande statistik i syfte att förbättra uppföljning och utvärdering av tandvårdsområdet.

Uppgifter för att beräkna ersättningens storlek

Till att börja med ställer ett system där ersättningen från tandvårdsstödet baseras på patientens samlade tidigare tandvårdskonsumtion krav på samlad och löpande registrering av tandvårdskonsumtionen på patientnivå. Utformningen kan jämföras med andra högkostnadsskydd, t.ex. inom läkemedelsförmånen, där Apoteket AB löpande registrerar läkemedelskostnaderna på individnivå för att veta när patienten nått karensnivån. Som framgår ovan anser utredningen att registreringen bör göras genom att vårdgivarna löpande lämnar uppgifter om all utförd ersättningsberättigande tandvård.

För att tillgodose behovet av att kunna beräkna den ersättning en patient kan ha rätt till behöver Försäkringskassan uppgifter om när behandlingen ägt rum, vilken diagnos- och åtgärds kod som det är fråga om samt tandnummer på behandlad tand eller behandlade tänder (vid tandlöshet motsvarande region). Slutligen behövs uppgift om vårdgivarens pris för den aktuella åtgärden. Uppgifterna behövs för all utförd ersättningsberättigande tandvård redan från

tidpunkten för slutförandet av den första ersättningsberättigande åtgärden.

Behovet av att få reda på datumet för behandlingen är orsakat av att skyddet mot höga kostnader avser en ersättningsperiod om ett år, varför rätten till ersättning är kopplad till datum. Behovet av att få uppgift om diagnos- och åtgärdskod är kopplad till regelverket för den tandvård som är ersättningsberättigande, se vidare avsnitt 11, där definitionen av ersättningsberättigande tandvård är uppbyggd dels kring vilken diagnos som ställts, dels vilka åtgärder som man har rätt att få ersättning för kopplat till den aktuella diagnosen.

De uppgifter om åtgärd som lämnas behöver omfatta både den åtgärd som är ersättningsberättigande för aktuell diagnos och den åtgärd som är den faktiskt utförda. Det senare är en konsekvens av att utredningens förslag medger att annan åtgärd än den ersättningsberättigande kan utföras om vårdgivare och patient så önskar. I sådana fall får värdet av den ersättningsberättigande åtgärden tillgodoräknas i tandvårdsstödet. För att säkerställa möjligheterna till kontroller av de uppgifter som ligger till grund för utbetalningen behövs dock uppgift både om åtgärd för vilken ersättning begärs och om faktiskt utförd åtgärd.

Vidare behöver Försäkringskassan uppgift om vårdgivarens pris för den aktuella åtgärden, eftersom ersättningen baseras på det av staten angivna referenspriset, dock högst vårdgivarens faktiska pris. Slutligen behöver Försäkringskassan uppgift om datum för patientens nyttjande av tandvårdschecken samt i förekommande fall uppgift om förekomst av abonnemangsavtal med aktuell patient. I de fall utförd tandvård omfattas av ett abonnemangsavtal finns det ingen skyldighet att lämna uppgift om vårdgivarens pris för den aktuella åtgärden. Närmare redovisning av uppgiftsskyldigheten beträffande abonnemangstandvård, se nedan.

Förutsättningar för kontroll av uppgifter som ligger till grund för utbetalning

Det nya tandvårdsstödet skall utformas på ett sådant sätt att risken för felaktigt utnyttjande minimeras samt att de uppgifter som ligger till grund för utbetalning kan kontrolleras. Utredningen anser att det finns behov av en förbättrad statlig kontroll av utbetald ersättning från tandvårdsstödet, främst mot bakgrund av erfaren-

heterna av kontrollen i dag, se avsnitt 15. Ett ytterligare skäl för att förbättra kontrollen är att statens utgifter för tandvård kommer att öka kraftigt genom det nya tandvårdsstödet.

För att göra kontroller behöver Försäkringskassan uppgifter från vårdgivarna som visar om den vård som utförts är ersättningsberättigande. Kontrollinsatser i efterhand, baserade på slumpmässiga urval och misstankar om missförhållanden, bör prioriteras högre medan förhandsprövningar bör avgränsas till svårbedömda fall.

Utredningen anser att den uppgiftsskyldighet som vårdgivarna får med anledning av utformningen av det nya tandvårdsstödet enligt vad som ovan anges är 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, se avsnitt 16.5.2. Genom att uppgifterna finns samlade i en databas kan automatiserade kontroller genomföras i betydligt högre utsträckning 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.

Uppgifter för utvecklad uppföljning och utvärdering

De uppgifter som vårdgivarna har att lämna i syfte att möjliggöra för Försäkringskassan att beräkna storleken av den statliga ersättningen kommer att kunna användas i syfte att göra uppföljningar och utvärderingar av tandvården. Utvecklingen av regelverket för den ersättningsberättigade tandvården bygger på angivelser av patientens diagnos och denna löpande inrapportering av förekommande diagnoser kommer att ge underlag för analyser av tandhälsans utveckling. Uppgifter om utförda åtgärder kommer att kunna nyttjas för analyser av vårdmönster och tandvårds-konsumtionens utveckling. Uppgifter om vårdgivarens pris kommer att kunna nyttjas för analyser av prisutvecklingen inom tandvårdsområdet.

Uppgifter om den tandvård som konsumeras behövs för att få kunskap om hur kostnaderna för och konsumtionen av tandvård

fördelar sig i befolkningen, både på individnivå och på aggregerad nivå. Detta är en nödvändig grund för att kunna beräkna de ekonomiska konsekvenserna av tandvårdsstödet. Den mest heläckande statistikällan som finns i dag är Försäkringskassans databas. Denna omfattar dock endast cirka en tredjedel av alla patienter, trots att cirka 80 procent av de statliga utgifterna för tandvård omfattas. Förklaringen är att det finns mer statistik över kostsam vård än över mindre kostsam vård.

De uppgifter som vårdgivarna enligt utredningens förslag skall lämna löpande till Försäkringskassan för att ersättnings storlek skall kunna beräknas fyller alltså 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 anser att motiven för att ålägga vårdgivarna skyldighet att lämna ytterligare uppgifter bör granskas noga, eftersom varje uppgift som begärs in orsakar en administrativ kostnad för vårdgivaren och kan utgöra en inskränkning i den personliga integriteten för patienten. Utredningen menar dock att det på två punkter finns anledning att överväga en ytterligare uppgiftsskyldighet. Detta avser dels uppgifter om tandhälsa, dels uppgifter om vårdgivarens aktuella prislista.

Bristerna i kunskap om tandhälsan bland vuxna är enligt utredningens bedömning så omfattande att förutsättningarna för att förbättra statistiken på denna punkt är av stor vikt att belysa. Det råder i dag brist på systematiska och tillräckligt omfattande kliniska uppgifter om tandhälsan hos den vuxna befolkningen. Utredningen anser att det bör utformas en begränsad och enkel uppgiftslämning för vårdgivarna. De uppgifter utredningen föreslår skall lämnas är uppgifter om patientens antal kvarvarande tänder respektive antal intakta tänder. Tillsammans med vetskap om patientens ålder ger dessa uppgifter en grov, men ändå god, uppfattning om tandhälsan i den vuxna befolkningen och de framtida tandvårdsbehoven. Att räkna tandförluster ger också en god uppfattning om framtida behov av kostsam rehabilitering. Individer utan tandförluster kan visserligen ha höga tandvårdskostnader, men det är först när det handlar om att ersätta förlorade tänder som kostnaderna blir riktigt höga. De föreslagna uppgifterna syftar alltså till att göra analyser om tandhälsoutvecklingen på aggregerad nivå, inte på individnivå. Om starka skäl finns kan på sikt övervägas att ålägga vårdgivarna en utökad skyldighet att lämna uppgifter om tandhälsa.

Utredningens bedömning är att vårdgivarna utan alltför stor tidsåtgång bör kunna lämna de föreslagna uppgifterna om antal tänder, eftersom de aktuella uppgifterna bör vara enkla att ta fram samt att de med stor sannolikhet redan är registrerade i vårdgivarens eget system för journaluppgifter. I syfte att inte lägga på vårdgivarna en onödigt omfattande skyldighet bör tandhälsouppgifterna avgränsas till att lämnas en gång per år eller vartannat år. Utredningen anser att en lämplig tidpunkt för att göra uppgiftslämnandet enkelt är att koppla det till det tillfälle då patienten nyttjar rätten till tandvårdscheck. Tandhälsouppgifterna skall vidarebefordras av Försäkringskassan till Socialstyrelsen, som bör förvalta det föreslagna tandhälsoregistret. Försäkringskassans möjligheter att hantera denna typ av statistik beskrivs nedan. Förslag om tandhälsoregister framgår av avsnitt 16.7.

Utredningen anser vidare att uppgifter om vårdgivarens aktuella prislista är av sådan vikt för patienten att det bör övervägas att utöka vårdgivarens uppgiftsskyldighet till att omfatta dessa uppgifter. Syftet med att samla in uppgifter om vårdgivares priser är att ge patienterna bättre prisinformation och att därmed patientens ställning kan stärkas. Närmare motiv för detta framgår av avsnitt 17.

I dag ansvarar Försäkringskassan för att samla in dessa uppgifter, vilket görs genom årliga enkätundersökningar bland vårdgivarna. Utredningen anser att detta tillvägagångssätt är ett ineffektivt sätt att samla aktuell prisinformation, eftersom priserna när enkätundersökningen presenteras i viss utsträckning kan antas ha kommit att ändras. Vidare finns problem med den statistiska tillförlitligheten genom den valda metoden eftersom svarsfrekvensen i vissa fall inte varit tillräcklig. Utredningen anser vidare att syftet att stärka patientens ställning genom förbättrad prisinformation inte kan anses uppnås i särskild stor utsträckning, eftersom undersökningarnas resultat inte presenteras på ett för patienter ändamålsenligt sätt. Mottagaren av prisundersökningarna har varit regeringen, vilket utredningen, i ljuset av de förslag som utredningen lämnar, anser knappast kan vara det mest prioriterade.

Utredningen föreslår att vårdgivarnas aktuella priser presenteras på en elektronisk prisjämförelsetjänst på Internet som administreras av Konsumentverket, se närmare avsnitt 17. För att vårdgivarnas administration i så liten utsträckning som möjligt skall belastas menar utredningen att inrapporteringen av dessa uppgifter bör ske i samma IT-stöd som de löpande uppgifterna för att beräkna ersättningen lämnas.

Uppgiftsskyldighet avseende abonnemangstandvård

De uppgifter som ovan anges som nödvändiga för att beräkna ersättningens storlek avser det styckeprisbaserade skyddet mot höga kostnader. Patienter som väljer att ingå abonnemangsavtal kan för den tandvård som omfattas av abonnemanget inte tillgoda sig skyddet mot höga kostnader, utan drar i stället fördel av de egenskaper som är unika för abonnemangstandvården. Den främsta egenskapen är att patienten ges rätt till all nödvändig tandvård av viss angiven typ.

För att beräkna den ersättning som utgår från det statliga tandvårdsstödet till abonnemangstandvården behövs därmed inte de angivna uppgifterna. Samma uppgifter är dock centrala för att nå de syften som utredningen pekar på avseende kontroll, uppföljning och utvärdering. Utredningen anser att detta är lika viktigt att åstadkomma för den tandvård som utförs inom ramen för ett abonnemangsavtal som för annan tandvård. Det finns enligt utredningens mening inga argument för att abonnemangstandvården skulle följas upp och utvärderas i mindre utsträckning än övrig tandvård som ersätts av staten på styckeprisbaserad grund. Det samma gäller uppföljningen av tandhälsan hos de patienter som väljer abonnemangsformen.

Utredningen föreslår därför att uppgiftsskyldigheten enligt vad som ovan anges även skall omfatta abonnemangstandvården, dock med undantag för uppgiftslämning av vårdgivarpriset för en utförd åtgärd. Detta eftersom någon ersättning inte utgår per åtgärd. Vidare skall vissa uppgifter om abonnemangsavtalet lämnas till Försäkringskassan, se avsnitt 13.

Försäkringskassans möjligheter att hantera tandhälsodata

Data om patienternas tandhälsa kan inte utan vidare föras över från Försäkringskassan till Socialstyrelsen, eftersom uppgifter om patienternas tandhälsa enligt personuppgiftslagen (1998:204) är att anse som känsliga uppgifter. Sådana uppgifter får bara hanteras om det är förenligt med personuppgiftslagen eller med den särskilda lag (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration (socialförsäkringsdatabaslagen, SofdL) som kompletterar personuppgiftslagen. SofdL tillämpas vid behandling av personuppgifter i verksamhet som gäller socialförsäkrings-

förmåner samt förmåner och ersättningar som handläggs av bl.a. Försäkringskassan.

Enligt 7 § SofdL får Försäkringskassan i sin verksamhet behandla personuppgifter om det är nödvändigt för särskilt angivna ändamål. Ett sådant ändamål är att framställa statistik som avser viss verksamhet. Till sådan verksamhet hör bl.a. att planera verksamhet samt genomföra resultatstyrning, resultatuppföljning, resultatredovisning, utvärdering och tillsyn av respektive verksamhet. Myndigheter behandlar inte sällan uppgifter åtminstone delvis i syfte att tillhandahålla dessa i andra myndigheters verksamhet. Detta gäller inte minst socialförsäkringsadministrationen.

Det tandhälsoregister som utredningen anser att Socialstyrelsen bör upprätta har en nära koppling till hur det statliga tandvårdsstödet skall utformas nu och i framtiden. De tandhälsodata som krävs till registret insamlas enklast av Försäkringskassan i samband med att vårdgivaren lämnar det underlag som behövs för att bedöma rätten till ersättning från tandvårdsstödet.

Utredningen anser av dessa skäl att det bör göras ett tillägg till ändamålsbestämmelsen i 7 § SodfL så att det också blir tillåtet för Försäkringskassan att behandla personuppgifter om tandhälsa och vidarebefordra till annan myndighet som denna behöver för att framställa statistik som rör socialförsäkringsförmåner samt förmåner och ersättningar som handläggs av Försäkringskassan.

16.5.2 Formen för uppgiftslämnandet

Utredningens förslag: Vårdgivaren skall lämna underlag för uppföljning och beräkning samt begäran om ersättning i elektronisk form.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: Utredningen pekade på behoven av att vårdgivarna så långt som möjligt kommunicerade elektroniskt med Försäkringskassan.

Remissinstanserna: *Praktikertjänst AB* tycker i huvudsak att förslagen om utvecklat IT-stöd är bra men anser att det inte är rimligt att små verksamheter där tandläkare har för avsikt att gå i pension skall tvingas göra större IT-investeringar. *Statskontoret* anser att om ett nytt system skall införas vid ett tillfälle över hela landet krävs det omfattande förberedelsestid för att alla vårdgivare skall hinna installera datasystem och lära sig nya rutiner. *Försäkringskassan*

anser att det måste vara obligatoriskt för vårdgivarna att ansluta sig till ett elektroniskt system. Försäkringskassan menar vidare att en viktig förutsättning för att kunna ställa krav på att säkerheten i systemet garanteras är att begreppet vårdgivare är entydigt och att Försäkringskassan kan registrera och lagra uppgifter om alla godkända vårdgivare. Övriga remissinstanser som kommenterat förslaget delar synen att en elektronisk kommunikation är en förutsättning för att administration, kontroll och uppföljning skall kunna ske på ett kostnadseffektivt sätt. Flera remissinstanser pekar på vikten av att ett nytt IT-stöd tas fram i samarbete med vårdgivarna och anpassas efter både vårdgivarnas och statens behov.

Skälen för utredningens förslag: Som redovisas ovan bygger det nya tandvårdsstödet på patientens totala tandvårdskonsumtion under aktuell ersättningsperiod. Utredningen anser därför att administrationen av stödet skall bygga på att vårdgivarna till Försäkringskassan löpande lämnar uppgifter om patientens tandvårdskonsumtion. Dessa uppgifter behöver vara så aktuella som möjligt så att patienten tillgodoräknas rätt belopp och får rätt ersättning. Idealt borde uppgifterna uppdateras on-line, så att den tandvård som patienten konsumerat registreras i samband med att den utförts. Detta gäller även nyttjande av tandvårdschecken, så att risken för dubbelutnyttjande minimeras.

Utgångspunkten vid utformningen av förslagen är att förfarandet skall vara så enkelt som möjligt för vårdgivarna och berörda myndigheter, vilket bl.a. innefattar själva hanteringen av underlag för beräkning och uppföljning respektive begäran om ersättning. Utredningens bedömning är att ett elektroniskt förfarande skulle vara det enklaste och mest arbetsbesparande sättet att hantera kommunikationen och att en sådan lösning, givet ett ändamålsenligt IT-stöd, skulle minska de administrativa kostnaderna jämfört med i dag. En manuell hantering av vårdgivarnas löpande rapportering av uppgifter om patienternas tandvårdskonsumtion skulle vara administrativt betungande både för vårdgivarna och Försäkringskassan. Även vårdgivarnas möjlighet att få nödvändiga uppgifter om patientens aktuella tandvårdskonsumtion i förhållande till karensbeloppen för att kunna debitera patienten rätt pris skulle bli lidande vid en manuell hantering. Uppgifterna hos Försäkringskassan skulle riskera vara inaktuella och vårdgivarna riskera att få fel uppgifter om vilken rätt till ersättning som föreligger. Detta skulle ytterst drabba patienten. Även om risken

för fel inte antas vara omfattande, anser utredningen att detta i kombination med höga administrativa kostnader, tydligt talar mot en lösning med manuell hantering av kommunikationen mellan vårdgivarna och Försäkringskassan.

Elektronisk kommunikation som bygger på ett utvecklat ändamålsenligt och användarvänligt IT-stöd för tandvården gynnar vårdgivarna, eftersom administrationen därigenom minskar jämfört med idag. Elektronisk kommunikation medger även att vårdgivarna enklare och snabbare kommer att kunna få del av uppgifter från Försäkringskassan som underlättar beräkningen av patientens pris.

En viktig aspekt när det gäller utformningen av administrationen av det nya tandvårdsstödet är dessutom att uppgifter som lämnas och kan bearbetas elektroniskt är en förutsättning för att kunna genomföra utredningens förslag om att kraftigt minska omfattningen av förhandsprövningarna och ersätta dessa med efterhandskontroller. Detta är ytterligare en faktor som minskar vårdgivarnas administrativa kostnader.

Frågan är då om staten bör ställa krav på vårdgivarna att kommunicera med Försäkringskassan elektroniskt för att de skall kunna erhålla ersättning. Ett sådant krav medför bl.a. att vårdgivarna måste ha nödvändig datautrustning och internetuppkoppling.

De ytterligare investeringar som krävs av vårdgivarna för att kunna hantera en elektronisk kommunikation torde inte vara särskilt stora, särskilt med tanke på att de flesta mottagningar redan i dag har elektroniska system för journalföring eller ekonomiadministration. Ett flertal remissinstanser delar bedömningen att det nya tandvårdsstödet effektivitet förutsätter elektronisk hantering. Eftersom vårdgivarna bedriver tandvård i näringsverksamhet menar utredningen att det inte på något sätt är oskäligt att ställa detta krav på vårdgivarna för att de skall kunna begära ersättning från det statliga tandvårdsstödet. Såvitt avser vårdgivare som har för avsikt att gå i pension torde en datorisering utgöra en viktig förutsättning vid försäljning av mottagningen.

16.5.3 Tidsgräns för inrapportering av uppgifter

Utredningens förslag: 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 för sent.

Underlag för uppföljning och beräkning av statligt tandvårdsstöd skall lämnas inom två veckor från det att åtgärden har slutförts.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: I delbetänkandet föreslog utredningen att ersättning inom det då föreslagna grundstödet endast skulle lämnas förutsatt att vårdgivarens tandvårdsräkning kom in till Försäkringskassan inom två veckor från behandlingstillfället.

Remissinstanserna: *Försäkringskassan* menar att en tidsgräns är viktig eftersom risken att patienter besöker flera vårdgivare inom en kort tidsperiod inte skall underskattas. *Landstinget i Kalmar län* menar att förslaget ställer stora administrativa krav på vårdgivarna varför IT-stödet bör utformas så att det bör vara möjligt för vårdgivarna att i realtid se när aktuell patient varit på det senaste tandhälsobesöket. *Norbottens läns landsting* konstaterar att förslaget kräver att vårdgivarna har en on line-kommunikation med Försäkringskassan, vilket landstinget inte har i dag. *Landstinget i Sörmland* invänder mot den korta tidsperioden och menar att den riskerar att leda till administrativt merarbete. *Landstinget i Värmlands län* konstaterar att det inte är möjligt att tillstålla Försäkringskassan tandvårdsräkningar för alla tandhälsobesök inom två veckor och menar att rapporteringsfrekvensen i stället bör vara en gång per månad. *Karolinska Institutet* och *Malmö högskola* understryker att verksamheten vid de odontologiska utbildningsenheterna genomförs under mycket speciella villkor varför man föreslår att dessa skall undantas från denna regel. *Tjänstetandläkarna* anser att två veckor kan förefalla som en mycket kort tidsrymd, exempelvis i samband med semesterperioder eller långhelger. Föreningen menar att det bör vara möjligt att få ersättning även efter tvåveckorsfristen, förutsatt att patienten inte redan förbrukat sin rätt till

ersättning hos en annan vårdgivare. *Svenska Tandsköterskeförbundet* anser att två veckor kan vara för kort tid, speciellt för mindre kliniker där IT-system inte är lika utbyggda som på större kliniker och menar att man bör ta vederbörlig hänsyn till detta. *Sveriges Folk-tandvårdsförening* menar att förslaget inte skulle fungera i dagsläget men med ett bättre IT-system på Försäkringskassan och ett fungerande gränssnitt mot vårdgivarnas IT-system skulle förslaget kunna skapa både snabbare och bättre statistik över tandhälsobesöken och rationellare kassaflöde för vårdgivarna.

Skälen för utredningens förslag: I dag finns ingen bestämmelse som direkt reglerar när en tandvårdsräkning skall ha kommit in till Försäkringskassan. Den regel som gäller i dag är att ersättning måste lyftas inom två år för att vårdgivaren inte skall förlora rätten till den.⁵ Det innebär att vårdgivaren kan skicka in sin begäran om ersättning i princip när som helst inom denna tidsperiod.

Som ovan redovisas förutsätter beräkningen av ersättning inom det nya tandvårdsstödet aktuella uppgifter om patientens totala tandvårdskonsumtion. Dessa uppgifter behöver vara så uppdaterade som möjligt för att säkerställa att patienten tillgodoräknas tidigare tandvård på ett korrekt sätt och därmed får rätt ersättning. Idealt bör uppgifterna rapporteras samtidigt som tandvården utförs. Detta gäller oavsett om kostnaden för den enskilda åtgärden innebär att patienten kommer över aktuellt karensbelopp och faktiskt ger upphov till ersättning från det statliga tandvårdsstödet eller enbart utgör ett värde som skall tillgodoräknas patienten för att nå upp till karensbeloppet.

Utformningen av det nya tandvårdsstödet förutsätter således att det finns uppgifter om hur mycket tandvård en patient har konsumerat och att dessa uppgifter är aktuella. Om så inte är fallet riskerar patienten att få betala mer för sin tandvård än vad han eller hon skulle ha gjort om Försäkringskassan hade haft uppdaterade uppgifter. Det bör dock påpekas att risken endast uppstår i de fall som patienten byter vårdgivare eller besöker flera vårdgivare, t.ex. i en situation där patienten gör ett akutbesök hos en annan vårdgivare än normalt för att någon vecka därefter göra ett uppföljande besök hos sin vanliga vårdgivare.

Utredningen anser att det ur ett patientperspektiv är viktigt att de uppgifter Försäkringskassan har i sina system är så aktuella som

⁵ 20 kap. 5 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

möjligt. Därigenom tillgodoses patientens rätt till korrekt beräkning av patientens pris och ersättning från tandvårdsstödet. Vidare anser utredningen att det nya tandvårdsstödet utformning inte skall motverka ökad rörlighet bland patienter på tandvårdsmarknaden. Det krävs därför att vårdgivarna skall lämna uppgifterna omedelbart eller inom en viss bestämd tid.

Utredningen föreslår att tidsgränsen skall anges till två veckor. Den faktor som talar för en längre tid är de administrativa följderna för vårdgivarna. En alltför snäv tidsgräns kan riskera orsaka ökad administration hos vårdgivarna. Eftersom utredningen även lämnar förslag om att alla underlag skall sändas in elektroniskt från vårdgivarna till Försäkringskassan kan dock en tidsgräns på två veckor uppfattas som onödigt lång. Detta eftersom utgångspunkten är att hanteringen skall vara så enkel för vårdgivarna att det skall vara möjligt för dem att skicka in underlag samt begäran om ersättning i direkt anslutning till själva behandlingstillfället. Beroende på hur det nya IT-systemet kommer att se ut och då rutinerna kan se olika ut hos olika vårdgivare bör dock en viss flexibilitet finnas. Mot denna bakgrund finner utredningen att en tidsgräns på två veckor är en väl avvägd tidsperiod inom vilken både underlag och begäran om ersättning skall ha kommit in.

Om det finns särskilda skäl kan Försäkringskassan enligt utredningens förslag betala ut ersättning även om begäran kommer in senare. Sådana fall bör dock utgöra enstaka undantag och begränsas till särskilt besvärliga situationer.

Den faktor som talar för en kortare tid än två veckor är patientens behov av att få rätten till en korrekt beräkning av ersättning tillgodosedd. Om en patient exempelvis genomför ett akutbesök hos en vårdgivare som erbjuder akuttandvård och en vecka senare gör ett besök hos sin ordinarie vårdgivare kan det uppstå en situation där uppgifterna i IT-stödet om storleken av patientens tandvårdskonsumtion inte är aktuella. Konsekvensen riskerar bli att patienten debiteras ett för högt pris av den ordinarie vårdgivaren. Denna och liknande situationer där patientens tandvårdskonsumtion förändras under en tvåveckorsperiod så att rätten till ersättning påverkas torde inte vara alltför ovanliga. Utredningen anser dock att det inte är rimligt att utforma regelverket utifrån dessa situationer. I stället bör vårdgivare som exempelvis behandlar en patient akut med vetskap om att patienten inom två veckor kommer att behöva söka upp sin ordinarie vårdgivare, säkerställa att underlag för uppföljning och beräkning i det enskilda fallet lämnas

till Försäkringskassan fortare än inom de föreskrivna två veckorna. Utredningen anser att frågan lämpligen bör bli föremål för ett allmänt råd eller dylikt från Försäkringskassan.

En annan fråga att ta ställning till är vid vilken tidpunkt som tidsfristen skall börja löpa. En naturlig tidpunkt för beräkning av tidsgränsen för när underlag och begäran om ersättning skall ha kommit in till Försäkringskassan är den tidpunkt då åtgärden slutförts. I avsnitt 14.4 lämnas förslag om när ersättningsperioden skall börja löpa. Utredningen anser att detta tillfälle också bör vara avgörande för tidsfristen för när vårdgivaren skall lämna uppgifter till Försäkringskassan. För att systemet skall bli enkelt och lättöverskådligt bör så långt som möjligt samma begrepp och definitioner användas.

Utredningen föreslår att tandvårdsstödet, liksom i dag, skall betalas ut i efterhand till vårdgivaren. Detta innebär att vårdgivaren fungerar som ett slags kreditgivare i systemet. Utredningen anser att större hänsyn än i dag bör tas till denna aspekt, särskilt i förhållande till små företag. En motsvarande skyldighet för Försäkringskassan att betala ut tandvårdsstöd till vårdgivaren i normalfallet senast inom två veckor bör därför enligt utredningens mening gälla. Det bör ankomma på Försäkringskassan att lägga fast denna tidsram i sina föreskrifter.

Utredningen har förståelse för synpunkterna från Karolinska Institutet och Malmö högskola avseende de, som man menar, för undervisningen begränsade restriktioner som följer med utredningens förslag. Utredningen anser dock att även patienter som får behandling vid en odontologisk fakultet bör ha de rättigheter som andra patienter har när det gäller ersättning från det statliga tandvårdsstödet. Det finns inte skäl för att införa undantag för dessa patienter. Utredningen anser också att det bör vara en fördel att som student lära sig det regelsystem som gäller för tandvården, också när det gäller rätten till ersättning från det statliga tandvårdsstödet.

16.5.4 Vad händer om vårdgivare inte fullgör sin skyldighet att lämna uppgifter?

Utredningens förslag: Försäkringskassan skall få hålla inne ersättning från det statliga tandvårdsstödet i avvaktan på att en vårdgivare fullgör sin skyldighet att lämna angivna uppgifter.

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.

Delbetänkandet SOU 2006:71: Förslagen är nya i förhållande till delbetänkandet.

Remissinstanserna: *Försäkringskassan* anser att det skall finnas en sanktionsmöjlighet knuten till vårdgivarnas skyldighet att lämna uppgifter.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har tidigare i detta avsnitt beskrivit vikten av att vårdgivarna lämnar de uppgifter som behövs för att kunna beräkna ersättningen från tandvårdsstödet, men också för att följa upp och utvärdera tandvårdsstödet. Ett annat viktigt syfte är att lämna de uppgifter om tandhälsan som Socialstyrelsen behöver för tandhälsoregistret, uppgifter som i sin tur är nödvändiga för att statsmakterna skall kunna följa utvecklingen och bedöma hur det statliga tandvårdsstödet bör vara utformat i framtiden.

Erfarenheterna från tillämpningen av reglerna i den nuvarande tandvårdsförsäkringen visar att de allra flesta vårdgivare i dag fullgör sina uppgiftsskyldigheter på ett bra sätt. Men det finns också exempel på vårdgivare som inte alltid fullgjort sin skyldighet att lämna de uppgifter som Försäkringskassan begärt. Betydelsen av att Försäkringskassan och därmed också Socialstyrelsen får de uppgifter som behövs har gjort att utredningen har övervägt olika vägar att säkra att de önskade uppgifterna verkligen kommer in. En sådan väg är naturligtvis att med teknikens hjälp underlätta för vårdgivarna att fullgöra uppgiftsskyldigheten. Här är utredningens uppfattning att skyldigheten att lämna uppgifter väsentligt kommer att underlättas med den koppling till Försäkringskassans IT-stöd för tandvård som utredningen föreslår.

Enligt lagen (2001:99) om den officiella statistiken skall officiell statistik finnas för allmän information, utredningsverksamhet och forskning. Uppgifter till den officiella statistiken skall enligt lagen lämnas av såväl näringsidkare och stiftelser m.fl. som kommuner och landsting. Som tvångsmedel för den som inte fullgör sin uppgiftsskyldighet anvisar lagen bl.a. vitesföreläggande och böter. Utredningen har övervägt att föreslå liknande regler för de vårdgivare som försummar sina skyldigheter inom det statliga tandvårdsstödet men avstått från detta. Ett skäl är att utredningen anser att rättsväsendets resurser i första hand bör användas för andra ändamål. Det är i stället att föredra att använda de möjligheter som finns inom ramen för de ersättningsystem som administreras av Försäkringskassan.

Det naturligaste är då att göra utbetalningen av tandvårdsstöd beroende av att vårdgivaren fullgör sin uppgiftsskyldighet. Utredningen föreslår att det i lagen om statligt tandvårdsstöd skall införas en uttrycklig bestämmelse om att Försäkringskassan kan innehålla ersättning från det statliga tandvårdsstödet i avvaktan på att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt lagen. Vårdgivaren bör kunna överklaga ett beslut att innehålla ersättning från tandvårdsstödet likaväl som andra beslut som rör beräkning och utbetalning av tandvårdsstöd.

Utredningen har tidigare redogjort för förslagen till kontroll och uppföljning av det nya tandvårdsstödet, och bland annat föreslagit att dagens förhandsprövningar kraftigt skall minska i omfattning och ersättas av kontroller i efterhand, se avsnitt 16.2. Utredningen anser dock att det finns skäl att ha kvar en typ av förhandsprövning i de fall en vårdgivare kan antas inte följa bestämmelserna om statligt tandvårdsstöd. Det kan avse vårdgivare som i stor utsträckning åsidosätter skyldigheten att lämna uppgifter och underlag för uppföljning och beräkning för all utförd ersättningsberättigande tandvård, eller inte i övrigt följer regelverket för det statliga tandvårdsstödet, t.ex. underlåtenhet att ha prislistor tillgängliga för patienterna vid mottagningen.

Denna typ av förhandsprövning syftar till att kontrollera vårdgivaren på ett mer omfattande sätt än normalt och i förväg kontrollera att vårdgivaren följer ersättningsbestämmelserna. Möjligheten att besluta om sådan förhandsprövning bör få en preventiv effekt och ge incitament till vårdgivarna att följa bestämmelserna om det statliga tandvårdsstödet.

16.6 Uppgifter till vårdgivare

Utredningens förslag: Försäkringskassan skall på begäran av en vårdgivare få lämna ut sekretesskyddade uppgifter som vårdgivaren behöver för att kunna beräkna patientens pris för tandvården. Vårdgivaren skall få dessa uppgifter från socialförsäkringsdatabasen via medium för automatiserad behandling. Utlämnandet skall regleras i lagen om statligt tandvårdsstöd.

Förslaget i delbetänkande SOU 2006:71: Överensstämmer i huvudsak med förslaget. Utredningens förslag i delbetänkandet var dock kopplat till uppgifter som vårdgivaren behövde för att beräkna patientens pris för det då föreslagna grundstödet.

Remissinstanserna: *Flera remissinstanser* anser att förslaget är en nödvändighet om systemet med grundstöd skall införas. *Försäkringskassan* menar att förslaget ställer krav på att säkerheten i kommunikationen kan garanteras. En viktig förutsättning är enligt Försäkringskassan att begreppet vårdgivare är entydigt och att man kan registrera och lagra uppgifter om alla godkända vårdgivare. *Kalmar läns landsting* delar uppfattningen om att vårdgivaren behöver tillgång till ett begränsat antal personuppgifter. *Dalarnas läns landsting* anser inte att allt som föreslås känns rimligt bara för att vårdgivaren skall hålla ordning på när tandhälsobesök senast utfördes. *Västerbottens läns landsting* stödjer förslaget under förutsättning att det finns ett mycket enkelt och väl fungerande IT-stöd för kommunikation med Försäkringskassan. *Norrbottnens läns landsting* anser att vissa uppgifter är nödvändiga för att kunna avgöra patientkostnaden, men menar att frågan om vilka uppgifter som ur integritetshänseende kan lämnas måste klargöras.

Skälen för utredningens förslag:

Vårdgivares behov av uppgifter om patienten omfattas av tandvårdsstödet och om den tandvård som patienten fått tidigare

I dag är vårdgivarnas ersättning från tandvårdsstödet beroende av vilken behandling, åtgärd, en patient fått. Ersättningens storlek regleras i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. När vårdgivaren påbörjar behandlingen av en patient vet vårdgivaren hur mycket ersättning som kan lämnas från tandvårdsstödet. För att ersättning överhuvudtaget skall utgå fordras att patienten är försäk-

rad enligt socialförsäkringslagen (1999:799). Så som systemet är uppbyggt i dag behöver vårdgivarna således i princip inte ha tillgång till någon annan uppgift än om aktuell patient omfattas av stödet eller inte, för att kunna beräkna patientens pris för behandlingen.

I det nya tandvårdsstödet behöver vårdgivarna, som i dag, till att börja med få uppgift om huruvida patienten omfattas av rätten till ersättning från det statliga tandvårdsstödet, dvs. om patienten är bosatt i Sverige. Vidare behöver vårdgivarna veta dels om checken har utnyttjats eller inte, dels hur mycket tandvård patienten har fått totalt sett. Det sistnämnda behöver vårdgivaren få information om för att veta om patienten kommit upp över karensnivå som berättigar till ersättning från det statliga tandvårdsstödet och för att kunna beräkna patientens pris. Det nya förslaget medför därför att en vårdgivare inte enbart utifrån bestämmelserna i förordningen om statligt tandvårdsstöd kan avgöra hur stor ersättning som kan komma att lämnas för utförd behandling. För att kunna beräkna patientens pris för behandlingen måste vårdgivaren således ha kännedom om dels när patienten nyttjade sin tandvårdscheck senast, dels för hur stort belopp patienten har fått tandvård tidigare. I de fall då en patient enbart besöker en och samma vårdgivare för att få all behandling finns uppgifterna säkert tillgängliga hos vårdgivaren själv. I andra fall torde osäkerheten om de omständigheter som utgör själva grunden för beräkningen av ersättningen i många fall kunna bli betydande. Vårdgivaren bör också få uppgift om startdatum för aktuell ersättningsperiod för att tillsammans med patienten kunna bedöma om det eventuellt kan vara klokt att påbörja en ny ersättningsperiod, t.ex. inför starten av en större behandling.

Behandling av personuppgifter

I personuppgiftslagen (1998:204; PUL) finns allmänna bestämmelser om automatiserad behandling av personuppgifter. PUL syftar till att skydda enskilda personer mot kränkning av den personliga integriteten vid behandling av personuppgifter på automatiserad väg eller på manuell väg i register. Vid sidan av PUL regleras Försäkringskassans behandling av personuppgifter genom lagen (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration (socialförsäkringsdatabaslagen, SofdL) och förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration. Av dessa bestämmelser

framgår att personuppgifter får behandlas i Försäkringskassans verksamhet bl.a. om det är nödvändigt för att tillgodose behov av underlag som krävs för att den registrerades eller annans rättigheter eller skyldigheter i fråga om förmåner och ersättningar skall kunna bedömas eller fastställas eller för att handlägga ärenden. Sådana uppgifter får också behandlas bl.a. för tillhandahållande av information som behövs som underlag för beslut om och kontroller av förmåner och ersättningar m.m. i vissa fall. Uppgifterna får inte behandlas för något ändamål som är oförenligt med de för vilka uppgifterna samlats in.⁶

Utlämnande av uppgifter ur databasen

De uppgifter som vårdgivarna kommer att behöva för att avgöra hur stora belopp som skall debiteras patienterna, kommer att finnas tillgängliga i Försäkringskassans databas, socialförsäkringsdatabasen. Frågan är dock både vilka de närmare rättsliga förutsättningarna för ett utlämnande av uppgifter till vårdgivarna är och i vilken form ett eventuellt utlämnande bör ske.

Enligt 7 kap. 7 § sekretesslagen (1980:100) gäller sekretess hos bl.a. Försäkringskassan i ärende enligt lagstiftningen om allmän försäkring m.m. Sekretessen gäller för uppgift om någons hälsotillstånd och andra personliga förhållanden, om det kan antas att den som uppgiften rör, eller någon honom eller henne närstående, lider men (skada, olägenhet) om uppgiften röjs.

En uppgift om en enskilds tandvårdskostnader rör dennes personliga förhållanden i den mening som avses i sekretesslagen. Uppgiften är därför hos Försäkringskassan skyddad av den sekretess som följer av 7 kap. 7 § sekretesslagen. Nuvarande bestämmelser om undantag från sekretess för utlämnande av uppgifter till enskilda medger inte att Försäkringskassan utan föregående sekretessprövning kan lämna ut uppgifter om enskilda till vårdgivare för tillämpning av bestämmelserna om tandvårdsstöd. Det finns inte heller några bestämmelser som möjliggör för Försäkringskassan att utan särskild sekretessprövning lämna ut uppgifterna till andra myndigheter.

Enligt de bestämmelser som gäller i dag krävs att Försäkringskassan gör en sekretessprövning vid utlämnandet i varje enskilt fall

⁶ 7, 8 och 9 §§ lagen (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration.

för att myndigheten skall kunna lämna ut uppgifter om en patients totala tandvårdskostnader till en vårdgivare. För att en vårdgivare på ett enkelt sätt skall kunna få tillgång till de aktuella uppgifterna från Försäkringskassan i syfte att göra beräkningar av patienters behandlingar krävs därför vissa ändringar i de bestämmelser som rör sekretessen.

När det gäller sekretessen hos en myndighet följer av 1 kap. 3 § sekretesslagen att sekretessen enligt lagen också gäller i förhållande till andra myndigheter och i förhållandet mellan olika självständiga verksamhetsgrenar inom en och samma myndighet. I den mån uppgifter överförs från en myndighet till en annan, när olika sekretessregler gäller för myndigheternas verksamheter, tillämpas hos mottagaren den sekretess som är primärt tillämplig hos denne. I nu aktuellt hänseende innebär det att uppgifter som skulle kunna komma att överlämnas från Försäkringskassan till t.ex. landstingens folktandvård kommer att omfattas av primär sekretess enligt 7 kap. 1 § sekretesslagen hos tandvården. Enligt denna bestämmelse gäller inom hälso- och sjukvården sekretess för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men. Det är således en presumtion för sekretess och uppgifterna hos den allmänna tandvården skyddas därmed av en strängare sekretess än hos Försäkringskassan, där offentlighet uppställs som huvudregel. Uppgifter som skulle kunna komma att lämnas ut till privata vårdgivare skulle komma att omfattas av bestämmelserna om tystnadsplikt i 2 kap. 8 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Uppgifter om enskildas personliga förhållanden skyddas således mot obehörigt röjande även hos privata vårdgivare.

Syftet med att ge vårdgivarna tillgång till uppgifterna är endast att fastställa vilket pris vårdgivaren skall debitera patienten för utförd behandling. Att vårdgivaren får tillgång till dessa uppgifter kan patienten själv sägas ha intresse av. Osäkerhet i fråga om tandvårdsbesöket berättigar till någon ersättning för den enskilde eller inte kan nämligen tänkas leda till att vårdgivaren debiterar patienten ett för högt pris. I praktiken saknar Försäkringskassan förutsättningar att på manuell väg hantera den mängd framställningar om utlämnande av uppgifter ur socialförsäkringsdatabasen som kan bli en följd av det föreslagna tandvårdsstödet utformning. Uppgifterna bör därför kunna efterfrågas och omedelbart lämnas i IT-stödet. Det är av betydelse i sammanhanget att uppgifterna åt-

njuter starkt skydd genom bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hos den vårdgivare som tar emot uppgifterna. Vårdgivaren skall enbart ha rätt att efterfråga uppgifter om patienter som vårdgivaren behandlar eller står i begrepp att behandla.

Utredningen har övervägt om det finns skäl att föreslå särskilda villkor som ger den enskilde inflytande över utlämnandet eller särskild kontroll över hur uppgifterna hanteras. En möjlighet vore att ställa krav på särskilt medgivande från den enskilde eller krav på att information skall lämnas till denne varje gång en uppgift i socialförsäkringsdatabasen lämnats ut med stöd av dessa aktuella bestämmelser. Utredningens bedömning är dock att hänsynen till de enskildas integritet inte kräver att några sådana villkor i detta fall skall gälla för att sekretessbrytande bestämmelser skall kunna införas.

Utredningen anser att det intrång i den personliga integriteten som bestämmelser om undantag från socialförsäkringssekretessen leder till i detta fall inte är av sådan betydelse att det överväger de fördelar som en sådan bestämmelse medför och som främst syftar till att patienten inte skall betala ett för högt pris för sin vård. Utredningen föreslår därför att det införs en bestämmelse som stadgar ett undantag från sekretessen enligt 7 kap. 7 § sekretesslagen för utlämnande av vissa uppgifter om enskilda till vårdgivare. Det krävs även en ändring i 7 kap. 7 § sekretesslagen på så sätt att det i bestämmelsen skrivs in att sekretess skall gälla hos bland annat Försäkringskassan i ärenden enligt lagstiftningen om statligt tandvårdsstöd.

För att minska den administrativa bördan för Försäkringskassan och för att göra systemet så smidigt som möjligt för vårdgivarna bör vidare en ordning gälla som innebär att uppgifterna ur socialförsäkringsdatabasen lämnas ut elektroniskt och på automatiserad väg. I de fall en vårdgivare har fått felaktiga uppgifter från Försäkringskassan anser utredningen att detta bör hanteras enligt den ordning som i dag finns för sådana situationer.

Vilka uppgifter bör lämnas ut?

Det får förutsättas att vårdgivaren redan har tillgång till uppgifter om namn och personnummer, eftersom det är uppgifter som patienten lämnar och som vårdgivaren kontrollerar vid besöket.

Genom att endast de personer som omfattas av rätten till ersättning från det statliga tandvårdsstödet, dvs. är bosatta i Sverige, skall finnas registrerade i Försäkringskassans IT-stöd, kommer kontrollerna av om patienten omfattas av stödet att ske per automatik.

Vårdgivarna bör inte få tillgång till fler uppgifter om en patient än vad som är nödvändigt för att de skall kunna beräkna patientens pris. De uppgifter vårdgivaren behöver få tillgång till är:

1. utnyttjande av tandvårdscheck,
2. aktuellt värde av patientens tandvårdskonsumtion,
3. startdatum för aktuell ersättningsperiod, samt
4. förekomst av abonnemangsavtal.

Uppgift om startdatum för aktuell ersättningsperiod bör lämnas, eftersom detta bör anses vara en väsentlig uppgift i samband med bedömningen av om ny ersättningsperiod skall startas, t.ex. inför en större behandlingsomgång. Vårdgivaren behöver få tillgång till uppgifter om patienten nyttjat rätten till tandvårdscheck samt det aktuella värdet på den tandvård som patienten fått. Vårdgivaren behöver även uppgift om patienten har ett avtal om abonnemangstandvård. Utredningens bedömning är att dessa uppgifter behövs för att vårdgivaren skall kunna beräkna patientens pris för utförd behandling.

Den ersättningsprocent som är aktuell för patienten behöver däremot inte framgå eftersom detta är uppgifter som vårdgivaren har tillgång till genom de generella ersättningsreglerna om karensbelopp och ersättningsprocent.

Vårdgivaren behöver inte få del av uppgifter om vilken behandling patienten tidigare har fått. Om sådana uppgifter skulle behövas får dessa inhämtas på samma sätt som i dag, vanligtvis genom att de lämnas av tidigare vårdgivare. Inte heller bör vårdgivarna få tillgång till uppgifter om vilken eller vilka vårdgivare som tidigare har behandlat patienten, eftersom dessa uppgifter inte är nödvändiga för vårdgivaren för att kunna bestämma patientens pris för utförd behandling. Patientens adress och uppgifter om var i landet dennes ärende handläggs skall inte heller framgå. De personuppgifter som vårdgivaren bör få tillgång till skall alltså inte möjliggöra för vårdgivaren, eller någon annan, att få kännedom om exempelvis var i landet patienten är bosatt. Detta innebär att personer med skyddade personuppgifter inte behöver undantas eftersom det inte är frågan om att lämna ut några personuppgifter som vårdgivaren inte

redan har. I övrigt omfattas skyddade personuppgifter i systemet av samma skydd som sådana uppgifter har i Försäkringskassans övriga register, dvs. eventuella sekretessmarkeringar m.m. följer med.

Uppgifter i form av tidigare inregistrerade diagnos- och åtgärds-koder bör inte lämnas ut till vårdgivaren per automatik. Dessa uppgifter kan visserligen vara av intresse för vårdgivaren, men är inte nödvändiga för att vårdgivaren skall kunna beräkna patientpriset. I vissa fall kan dock patienters behandlingshistorik, inkl. diagnos- och åtgärds-koder, vara av värde för vårdgivaren vid själva planeringen av den framtida vården. Försäkringskassan bör därför, efter sedvanlig sekretessprövning, kunna komma fram till att uppgifter av ovannämnt slag kan lämnas ut. Ett medgivande från patienten kan också vara ett sätt för vårdgivaren att få del av nyssnämnda uppgifter. Vårdgivaren kan även få tillgång till dessa uppgifter via patientens tidigare vårdgivare.

Utredningens slutsats är följaktligen att Försäkringskassan bör få möjlighet att, utan hinder av sekretess, lämna ut uppgifter till vårdgivare om patientens utnyttjande av tandvårdschecken samt om aktuell karensnivå, startdatum för aktuell ersättningsperiod och i förekommande fall uppgift om förekomst av abonnemangsavtal. Utredningen menar att detta utlämnande bör kunna ske både till privata och landstingskommunala vårdgivare.

Elektroniskt utlämnande

Inom ramen för administrationen av tandvårdsstödet kommer stora mängder information att hanteras. Det är viktigt att det nya tandvårdsstödet kan hanteras utan en alltför tungrodd administration. Förslaget att ge vårdgivare tillgång till vissa personuppgifter från socialförsäkringsdatabasen på medium för automatiserad behandling är ett led i att förverkliga denna ambition. Själva uppgiftslämnandet bör ske via en webbaserad lösning.

Utredningen gör bedömningen att den föreslagna ändringen medför att Försäkringskassan också får rätt att behandla de aktuella uppgifterna och därmed även möjlighet att lämna ut dem på medium för automatiserad behandling. Enligt utredningens mening krävs det inte någon ändring i socialförsäkringsdatabaslagen för att möjliggöra detta.

16.7 Tandhälsoregister

Utredningens förslag: Socialstyrelsen skall inrätta ett tandhälsoregister med uppgifter om den vuxna befolkningens tandhälsa.

Principförslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: Utredningen föreslog att Socialstyrelsen skulle få ett tydligare ansvar för statistik om tandhälsan hos vuxna genom att inrätta ett tandhälsoregister.

Remissinstanserna: Flertalet remissinstanser instämmer i bristen på statistik när det gäller den vuxna befolkningens tandhälsa och tillstyrker förslaget om att inrätta ett tandhälsoregister.

Skälen för utredningens förslag: Som utredningen konstaterade i delbetänkandet SOU 2006:71 råder det stor brist på uppgifter om tandhälsan hos den vuxna befolkningen. Detta beror dels på otillräcklig information, dels på otydlighet i vem som är ansvarig för att följa tandhälsan. Utredningen menade att de största bristerna när det gäller uppföljningen av tandhälsan ligger i avsaknaden av kliniska data. I första hand bör därför åtgärder vidtas som avhjälper denna brist.⁷ Den stora avsaknaden av information om tandhälsa och behovet av att öka kunskapen om hur tandhälsan hos den vuxna befolkningen utvecklas gör vidare att det finns skäl att även för uppföljning och utvärdering skapa ett register om tandhälsa. Ett tandhälsoregister kan också fylla en viktig funktion när det gäller forskning och epidemiologiska undersökningar.

I lagen (1998:543) om hälsodataregister regleras när personuppgifter får behandlas i ett hälsodataregister. Med vård enligt sistnämnda lag avses bland annat vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och tandvårdslagen (1985:125).⁸

Personuppgifter i ett hälsodataregister får, utöver framställning av statistik, behandlas för uppföljning, utvärdering och kvalitets-säkring av hälso- och sjukvård samt forskning och epidemiologiska undersökningar.⁹ För att det skall vara nödvändigt att utfärda en sådan förordning krävs att registret behövs för fler ändamål än att enbart framställa officiell statistik enligt lagen (2001:99) om den officiella statistiken. Utredningen anser att de uppgifter som föreslås bli registrerade i ett tandhälsoregister uppfyller dessa kriterier

⁷ SOU 2006:71.

⁸ 1 § lagen (1998:544) om vårdregister.

⁹ 3 § lagen (1998:543) om hälsodataregister.

och föreslår därför att det med stöd av lagen om hälsodataregister inrättas ett tandhälsoregister.

Socialstyrelsen är nationell expert- och tillsynsmyndighet för verksamhet som rör bland annat hälso- och sjukvård, hälsoskydd och epidemiologi.¹⁰ Socialstyrelsen får, som central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvården, behandla personuppgifter i hälsodataregister. I dag finns hälsodataregister hos Socialstyrelsen i form av exempelvis cancerregister och patientregister. Eftersom Socialstyrelsen är central förvaltningsmyndighet inom hälso- och sjukvårdsområdet anser utredningen att denna myndighet även bör få uppgiften att föra ett hälsodataregister i form av ett tandhälsoregister. Även om tandvård kan anses innefattas i begreppet hälso- och sjukvård så anser utredningen att det finns skäl att precisera Socialstyrelsens statistikansvar för tandhälsan. Detta gäller inte minst mot bakgrund av att det hittills varit oklart vilken myndighet som har ansvaret att följa tandhälsan.

När det gäller vilka uppgifter om tandhälsa som vårdgivarna skall rapportera in och hur detta skall göras se avsnitt 16.5.

16.8 Återkrav vid omgörning

Utredningens förslag: 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 vårdgivaren 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.

Förslaget i delbetänkande SOU:2006:71: Förslaget är nytt i förhållandet till delbetänkandet.

¹⁰ 1 § förordningen (1996:570) med instruktion för Socialstyrelsen.

Skälen för utredningens förslag: Enligt 16 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa får inte en vårdgivare tillgodoräkna sig ersättning från försäkringen när en protetisk behandling behöver göras om inom viss tid. För en behandling med avtagbar protes gäller en period om ett år efter den dag då protesen lämnades ut till patienten. För en behandling med fast protes, helt eller delvis, gäller en period om två år efter den dag då protesen slutligt sattes fast. Vårdgivaren får dock tillgodoräkna sig ersättning om protesen utförts med immediateteknik, är avsedd för tillfälligt bruk, om patienten kan lastas för att behandlingen behöver göras om eller om protesen utsatts för yttre våld.

Denna bestämmelse motsvaras i utredningens förslag av en bestämmelse i den föreslagna bilaga A till förordningen om statligt tandvårdsstöd. Förslaget har motsvarande innebörd som dagens bestämmelse i 16 § första och andra stycket förordningen om tandvårdstaxa. Efter tidsperioden om ett respektive två år lämnas ersättning enligt regelverket för ersättningsberättigande tandvård, se bilaga 5.

Enligt 16 § fjärde stycket i förordningen om tandvårdstaxa får Försäkringskassan återkräva ersättning om en protetisk behandling behöver göras om inom viss tid. Denna bestämmelse tillämpas så att Försäkringskassan inte lämnar någon ersättning om behandlingen görs om hos samma vårdgivare som utförde den ursprungliga behandlingen. Om behandlingen i stället görs om av en annan vårdgivare har Försäkringskassan rätt att återkräva ersättningen av den vårdgivare som gjorde den ursprungliga behandlingen.

Enligt Försäkringskassans föreskrifter (RFFS 1998:35) skall en protetisk behandling som görs om av en annan vårdgivare än den som utförde den ursprungliga behandlingen alltid förhandsprövas. I förhandsprövningen avgör Försäkringskassan om det finns ett objektivet omgörningsbehov.

Dagens lydelse i 16 § leder till vissa problem i de fall behandlingen görs om av en annan vårdgivare och ersättningen återkrävs från den första vårdgivaren. Försäkringskassan får nämligen av den första vårdgivaren återkräva den ersättning som lämnas för omgörningen av behandlingen, även om omgörningen är mer kostsam. Detta innebär att den vårdgivare som utförde den ursprungliga behandlingen kan krävas på ett högre belopp än vad denne fått i ersättning för den ursprungliga behandlingen. Försäkringskassan kan alltså inte, enligt dagens bestämmelser, välja hur stort belopp

som skall återkrävas, eftersom bestämmelsen anger att återkrav skall göras av hela beloppet för omgörningen eller inte alls.

Den vårdgivare som utför en protetisk behandling riskerar således att bli krävd på ett högre belopp än vad som lämnats i de fall som behandlingen behöver göras om och patienten väljer att låta en annan vårdgivare genomföra omgörningen. Detta kan innebära en risk för att vårdgivare avstår från att göra enklare protetiska insatser, trots att patienten föredrar en enklare och mindre kostsam åtgärd.

Vårdgivarna har vanligen egna försäkringar för omgörningar. Dessa försäkringar täcker även patientens avgift, så att patienten hålls skadeslös vid en omgörning. Försäkringarna är utformade utifrån förutsättningen att vårdgivaren inte kan krävas på mer än vad som lämnats i ersättning för den ursprungliga behandlingen. Om dagens reglering inte justeras finns risk att vårdgivarnas försäkringar förändras och patientskyddet försvagas.

Mot denna bakgrund föreslår utredningen att bestämmelsen i den föreslagna lagen om statligt tandvårdsstöd skrivs så att Försäkringskassan endast får återkräva ett belopp motsvarande det statliga tandvårdsstöd som lämnats till vårdgivaren för den första behandlingen. Detta belopp skall Försäkringskassan betala ut till den vårdgivare som utför omgörningen.

Konstaterandet av att det föreligger ett objektivt omgörningsbehov är något som varken vårdgivarna eller patienten kan stå för. Så länge omgörningen görs om av samma vårdgivare som utförde den första behandlingen finns inget behov av att konstatera detta, eftersom regleringen av ersättningen då endast rör en och samma vårdgivare. Men i de fall patienten väljer att vända sig till en annan vårdgivare behövs det en bestämmelse som tydliggör hur omgörningsbehovet skall definieras, en slags oberoende "second-opinion". Utredningen har erfarit att Försäkringskassans förhandsprövningar av dessa ärenden i dag fungerar väl. Utredningen föreslår därför att omgörningar som utförs av annan vårdgivare än den ursprungliga även fortsättningsvis skall förhandsprövas av Försäkringskassan.

16.9 Vårdgivares möjlighet att kräva patienten i efterhand

Utredningens förslag: 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 av patienten. Detta skall dock inte gälla om den lägre ersättningen från tandvårdsstödet beror på att patienten lämnat ofullständiga eller oriktiga uppgifter.

Delbetänkandet SOU 2006:71: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Skälen för utredningens förslag: För att tandvårdschecken skall kunna utnyttjas, och vårdgivaren få ersättning för denna från Försäkringskassan, krävs att patienten inte tidigare nyttjat aktuellt checkbelopp. För att en vårdgivare skall kunna förlita sig på de uppgifter som finns om att en patient inte nyttjat checken – och därigenom kunna debitera patienten rätt pris – krävs därför att uppgifterna i Försäkringskassans IT-stöd är så aktuella som möjligt. Eftersom det endast är den vårdgivare som begär ersättning först som kan få ersättning från Försäkringskassan, ges vårdgivarna ett incitament att skicka in begäran om ersättning så fort som möjligt. I avsnitt 16.5 föreslår utredningen också att vårdgivarna skall vara skyldiga att skicka in sin begäran om ersättning inom två veckor från det att den ersättningsberättigande åtgärden slutförts för att ersättning över huvud taget skall utgå.

Utredningen kan inte se att det bör finnas någon möjlighet för vårdgivaren att i efterhand kräva patienten på pengar om begäran om ersättning skickas in för sent och ersättning därför uteblir. Annorlunda kan det emellertid förhålla sig om en patient far med osanning och tidigare, dvs. kort tid före aktuellt besök, varit på ett besök hos en annan vårdgivare som genererat ersättning och någon ersättning därför inte betalas ut till den vårdgivare hos vilken besök nummer två genomfördes. Utredningen bedömer dock att risken för missbruk är så pass liten att det inte finns skäl att bygga upp ett system som skulle innebära att vårdgivare hade rätt att kräva sina patienter på pengar i efterhand. Det nya IT-stödet innebär också att vårdgivarna kan få så aktuella uppgifter som möjligt utan att riskera att ersättning inte kommer att betalas ut för en specifik patient. En annan sak är att en patient som lämnar felaktiga upp-

gifter kan göra sig skyldig till brott (t.ex. bedrägligt beteende) och därigenom bli skadeståndsskyldig.

En annan situation kan vara att vårdgivaren beviljats ersättning inom skyddet mot höga kostnader för en åtgärd som, vid en efterhandskontroll, visat sig inte vara ersättningsberättigande. Detta kan t.ex. ske om vårdgivaren felaktigt tolkar eller tillämpar regelverket för ersättningsberättigande tandvård och att misstaget eller missbruket uppdagas vid en efterhandskontroll. Här får de ändrade förutsättningarna för vårdgivarna när det gäller förhandsprövning och efterhandskontroll betydelse.

För att förbättra kontrollen av utbetalningarna föreslår utredningen att förhandsprövningarna, till förmån för kontroller i efterhand, kraftigt skall begränsas. Det föreslagna regelverket anger när det rör sig om ersättningsberättigande tandvård eller inte. Någon möjlighet för vårdgivaren att begära förhandsprövning i dessa fall kommer enligt förslaget inte att finnas. Med hänsyn till att den bedömning som vårdgivaren har att göra inte bör vara komplicerad finner utredningen att vårdgivaren i dessa situationer bör stå risken för att ersättning inte kommer att beviljas. Det är dock viktigt att påpeka att Försäkringskassan, särskilt initialt efter reformens ikraftträdande, bör ta ett särskilt ansvar för att lämna råd och vägledning till vårdgivare och vid behov patienter när det gäller tolkning av regelverket för ersättningsberättigande tandvård. Utredningen anser att Försäkringskassan bör använda olika former för att lämna sådant stöd, exempelvis genom vägledande dokument, allmänna råd och genom möjlighet att kontakta kvalificerade handläggare med särskild kompetens avseende det statliga tandvårdsstödet.

Utredningen föreslår följaktligen att det i lagen om statligt tandvårdsstöd skall tas in en regel om att mellanskillnaden inte får tas ut av patienten om vårdgivaren efter utförd behandling fått ett lägre belopp i ersättning från det statliga tandvårdsstödet än vårdgivaren begärt av Försäkringskassan.

16.10 IT-stöd och informationssäkerhet

Pågående nationella initiativ för en förbättrad informationshantering inom hälso- och sjukvården

En ändamålsenlig användning av informations- och kommunikationsteknik är en förutsättning för att kunna förbättra patient-säkerhet, vårdkvalitet och tillgänglighet inom vård- och omsorgssektorn. Den förra regeringen tillsatte i mars 2005 en nationell ledningsgrupp för IT i vård och omsorg med representanter från Socialdepartementet, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen, Läkemiddelsverket, Apoteket AB och Carelink. Dessa aktörer har gemensamt utarbetat och enats om en nationell IT-strategi för vård och omsorg (skr. 2005/06:139), som för första gången etablerar ett gemensamt förhållningssätt till hur IT skall användas för att stödja medborgarnas delaktighet i vården och för att utveckla vårdverksamheten.

Strategin pekar ut sex insatsområden som det nationella arbetet skall fokusera på för att skapa förutsättningar för säker och effektiv användning av IT inom vård och omsorg. Det handlar dels om att revidera de lagar och regelverk som reglerar informationshantering inom hälso- och sjukvården, dels om att vidareutveckla den tekniska infrastrukturen och utarbeta en nationell informationsstruktur. Man pekar även på behovet av stärkta insatser för att information skall kunna vara tillgänglig över organisatoriska gränser. Exempelvis handlar detta om vikten av ett välfungerande elektroniskt informationsutbyte mellan sjukvårdshuvudmän och statliga myndigheter i syfte att förbättra möjligheterna till uppföljning och tillsyn av verksamheten.

Den nya regeringen ställer sig bakom den nationella IT-strategin, och har under hösten 2006 vidtagit en rad åtgärder för att påskynda införandet av nya nationella IT-baserade tjänster inom hälso- och sjukvården. Det handlar exempelvis om att skapa ett enhetligt bruk av termer och begrepp inom all vård och omsorg i syfte att stärka patientsäkerheten och förbättra möjligheterna för kvalitetsarbete, verksamhetsutveckling och öppna jämförelser.

Investeringskostnader

Utredningens förslag om att förorda en webbaserad lösning leder till att vårdgivarna inte behöver göra kostsamma investeringar i teknisk utrustning för att få tillgång till de aktuella uppgifterna. Det skall vara tillräckligt att de har tillgång till en vanlig persondator och en uppkoppling till Internet. IT-utrustning av detta slag är något som flertalet vårdgivare i dag får förutsättas ha tillgång till. En webbaserad lösning gör det också möjligt för alla vårdgivare att utnyttja IT-stödet, oavsett vilken typ av journalsystem eller teknisk plattform som används. På sikt bör det dock övervägas om denna webbaserade lösning istället kan integreras med de existerande elektroniska dokumentationssystemen för att minimera behovet av separata inloggningar i olika system. Detta skulle underlätta användningen för vårdpersonalen.

Säkerhetsfrågor

Det är centralt att säkerheten kring informationsutbytet upprätthålls på ett tillfredställande sätt. Det finns olika sätt att hantera säkerhetsfrågorna i en sådan lösning, exempelvis genom användande av PIN-koder, s.k. mjuka certifikat som laddas ner på den egna datorn eller elektroniska ID-kort som kan avläsas i kortläsare. Utredningen menar att det bör vara upp till Försäkringskassan att bedöma vilken typ av lösning som bör användas för utlämnandet av de aktuella uppgifterna. Säkerhetslösningen bör dock utvecklas i samspel med motsvarande arbete som nu pågår inom hälso- och sjukvården. En viktig säkerhetsaspekt är att åtkomst till och användning av informationen skall loggas så att det i efterhand skall vara möjligt att kontrollera att vårdgivarna endast sökt information för det ändamål som avsetts. Denna information skall göras tillgänglig för såväl medborgare som verksamhetsansvariga. I systemet bör det även finnas inbyggda säkerhetsfunktioner som syftar till att detektera och därmed minimera risken för missbruk av informationen. I denna del bör Försäkringskassan beakta de principer för en säker elektronisk informationshantering som föreslås i Patientdatautredningens betänkande om en ny patientdatalag (SOU 2006:82).

Utredningen anser också att det är viktigt att Försäkringskassans arbete med att utarbeta ett nytt IT-stöd, enligt det uppdrag som

regeringen lämnade till myndigheten i november 2006, sker enligt de principer som slås fast i den nationella IT-strategin för vård och omsorg (skr. 2005/06:139). Detta innebär att IT-stödet skall utvecklas i samråd med vårdpersonal och vårdgivare så att det möter verksamhetens behov. Därigenom blir det säkert både från den enskilda patientens perspektiv och användarvänligt ur ett vårdgivarperspektiv.

16.11 Slopad åldersgräns

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

Delbetänkandet SOU 2006:71: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Skälen för utredningens förslag:

Bakgrund

Enligt bestämmelser i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) lämnar den nuvarande tandvårdsförsäkringen ersättning för vård som ges genom det allmännas försorg och av vårdgivare i enskild verksamhet som är upptagen på en förteckning hos Försäkringskassan. För att bli uppförd på Försäkringskassans förteckning skall vårdgivaren antingen själv vara legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist eller ha tillgång till en eller flera legitimerade tandläkare eller tandhygienister. Dessutom föreskrivs att ersättning endast lämnas om tandvården utförts av en legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist som inte har fyllt 70 år. Enligt förordningen om tandvårdstaxa får Försäkringskassan i särskilda fall medge undantag från den åldersgräns som föreskrivs i AFL.

Det finns ingen anledning att i det nya tandvårdsstödet gå ifrån kravet på legitimation, även om det redan av lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område framgår att endast den som har legitimation för yrket eller särskilt förordnats att utöva det är behörig att utöva yrke som tandläkare eller tand-

hygienist. När det däremot gäller åldersgränsen har Försäkringskassan i en skrivelse till regeringen år 2005 föreslagit att reglerna om åldersgräns för tandläkare och tandhygienister avseende ersättning för tandvård skall avskaffas. Även utredningen Tandvårdsöversyn 2000 ansåg i sitt slutbetänkande Tandvården 2010 (SOU 2002:53) att åldersgränsen borde avskaffas.

Utvecklingen

År 2001 höjdes åldersgränsen till 67 år i samband med ändringar i anställningsskyddslagen (1982:80) som gav en arbetstagare rätt men inte skyldighet att kvarstå i anställningen till 67 års ålder. Åldersgränsen höjdes därefter till 70 år från den 1 juli 2003. Samtidigt infördes en möjlighet för tandläkare och tandhygienister att efter medgivande från regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer, dvs. nu Försäkringskassan, utföra tandvård inom tandvårdsförsäkringen efter det att de fyllt 70 år. I prop. 2002/03:73 (s. 7 ff.) fördes en utförlig argumentation såväl för att höja åldersgränsen till 70 år som för att inte avskaffa den helt. Regeringen framhöll bl.a. följande:

En av vårdens stora utmaningar i framtiden är att klara personalförsörjningen. En höjning av åldersgränsen för tandläkares och tandhygienisters rätt till ersättning kommer till viss del att innebära ett tillskott av arbetskraft. Regeringen anser emellertid att bristen på vårdpersonal i huvudsak måste mötas med andra och mer kraftfulla åtgärder än att höja åldersgränsen för rätten till ersättning. En höjning av åldersgränsen kommer också att öka kontinuiteten mellan vårdgivaren och patienten. Kontinuitetsaspekten bör emellertid inte överskattas, eftersom en vårdkontakt ändå till slut måste brytas. Det finns många anledningar till detta; vårdgivares sjukdom, tjänstledighet av olika orsaker, flytt till annan ort etc.

En höjning av åldersgränsen innebär att värdefull kompetens och erfarenhet på ett bättre sätt kan tas till vara. Ett ökat antal äldre yrkesverksamma tandläkare och tandhygienister kan dock ha en påverkan på vårdens kvalitet och patienternas säkerhet på olika sätt. Det är ofrånkomligt att det naturliga åldrandet även påverkar den enskildes förmåga att utföra sitt arbete. Socialstyrelsen har uttalat att behov finns av fortsatt tillsyn av privatpraktiserande tandläkare och läkare över 70 år som arbetar ensamma. Även om majoriteten av äldre yrkesutövare inte begår allvarigare misstag kan åldrandet ändå innebära att vårdens kvalitet försämras på olika sätt. Den medicinska och medicinsktekniska utvecklingen går snabbt. Nya behandlingsmöjligheter och behandlingsmetoder tillkommer hela tiden. Äldre yrkesutövare

har större erfarenhet, men det krävs också att kompetensen upprätthålls under många års yrkesverksamhet. Det är också i allmänhet svårt för patienten att bedöma vårdgivarens arbete och kvalifikationer. Till detta kommer att samhället har en skyldighet att se till att skattebetalarnas pengar används på bästa sätt.

När det gäller möjligheten för tandläkare och tandhygienister att arbeta även efter det att de fyllt 70 år anfördes i propositionen bl.a. följande:

Regeringen anser inte att det är lämpligt att äldre tandläkare och tandhygienister skall kunna arbeta med offentlig ersättning utan att det – utöver dagens tillsyn och kvalitetsarbete – finns något system för att kontrollera hur de utövar yrket. Det handlar både om kvalitet och säkerhet ur ett patientperspektiv, men också om att vården håller den kvalitet som motiverar att samhället är med och finansierar verksamheten.

Riksförsäkringsverket hade enligt tidigare gällande regelverk ansvar för prövningen av bl.a. nya anslutningar till tandvårdsförsäkringen och har dessutom tillgång till odontologisk och medicinsk sakkunskap. Regeringens bedömning är att Riksförsäkringsverket – i egenskap av central förvaltningsmyndighet på området – är mest lämpat att handha frågan om undantag från åldersgränsen. Ett bemyndigande lämnas i lagen om allmän försäkring att regeringen eller den myndighet regeringen bestämmer får medge undantag från åldersgränsen. ---

Försäkringskassans skrivelse

I skrivelsen anför Försäkringskassan att det runt om i landet råder en brist på tandläkare och tandhygienister och en ökad brist befaras i framtiden på grund av stora pensionsavgångar. Vid Försäkringskassans prövning av dispensansökningar hämtas regelmässigt yttranden in från länskontoren om vårdgivarens tidigare hantering av försäkringen samt från Socialstyrelsen om vårdens kvalitet. Försäkringskassan fattar alltid sitt beslut i enlighet med dessa yttranden och tillför inte något ytterligare underlag till bedömningen. Försäkringskassan har tillfrågat Socialstyrelsen om synpunkter i detta ärende. Socialstyrelsen anser att dispensprövningen är onödig. Genom Socialstyrelsens tillsyn sker en kontinuerlig granskning av den verksamhet som bedrivs samt av tandläkarnas och tandhygienisternas åtgärder.

Av en konsekvensanalys som Försäkringskassan åberopar i sin skrivelse till regeringen framgår bl.a. följande.

I Sverige fanns år 2001 omkring 7600 tandläkare och 2500 tandhygienister. Under år 2003 och 2004 skickades 31 ansökningar om undantag från åldersgränsen in till Riksförsäkringsverket. Samtliga sökande under denna period fick sin ansökan beviljad. ---

Intresset för att ansöka om dispens är lågt bland landets tandläkare och tandhygienister och mot bakgrund av den framtida bristen på arbetskraft inom tandvården är det viktigt att uppmuntra fler inom dessa yrkeskategorier att stanna kvar på arbetsmarknaden. De bör därför informeras om möjligheten att arbeta efter 70 års ålder. ---

Försäkringskassan anser att den administration som krävs för att bedöma dispensansökningar är stor i relation till antalet ansökningar. Om åldersgränsen avskaffas och således även dispensprövningen, kommer detta leda till minskade administrationskostnader.

Utredningens bedömning

Vid konstruktionen av det nya statliga tandvårdsstödet är det viktigt att utforma regelverket efter dagens förhållanden och behov. I direktiven till utredningen betonas att utredningsförslagen skall utformas så att regelbördan för svenska företag minskar och att utredningen skall ta hänsyn till de administrativa konsekvenserna när förslagen utformas. Vidare skall utredningen belysa hur förslagen påverkar konkurrensen på tandvårdsmarknaden.

Med dessa förutsättningar för ögonen kan utredningen konstatera att behovet av en åldersgräns i dag förefaller mycket litet. Försäkringskassan får ett mycket begränsat antal ansökningar om dispens årligen. Ingen ansökan har lett till avslag. Farhågorna vid den senaste höjningen av åldersgränsen om att en höjning av åldersgränsen kunde ha en påverkan på vårdens kvalitet och patienternas säkerhet bekräftas inte av Försäkringskassans kartläggning.

Administrationen för att handlägga ansökningarna är relativt stor i förhållande till den minimala effekt de beviljade dispenserna har på den framtida bristen på tandläkare och tandhygienister. Socialstyrelsen har ansett att dispensprövningen är onödig, eftersom tandläkare och tandhygienister oavsett ålder står under Socialstyrelsens tillsyn.

Till detta kommer att konkurrensen på tandvårdsmarknaden bara kan förbättras om åldersgränsen slopas. De närmaste åren väntas bristen på tandläkare och tandhygienister bli allt större bl.a. på grund av pensionsavgångar. Det är då än viktigare att inte behålla regler som kan bidra till bristen.

16.12 Vård i annat EU-land

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 ansöka om förhandstillstånd för tandvård inom EU/EES.¹¹

Om en enskild reser till ett annat land i syfte att få vård betraktas vården som planerad. Vården kan då förutses i omfattning och innehåll. Planerad tandvård kan gälla allt från exempelvis enklare undersökningar i förebyggande syfte till olika typer av protetik-behandlingar. 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. I de fall landet har en offentlig tandvårdsförsäkring regleras resterande vårdkostnad 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 för vård i annat EU/EES-land är att den aktuella vården inte kan ges inom normal väntetid i Sverige. En annan förutsättning för att tandvården skall ersättas är att vården är en förmån i den medlemsstat inom vars territorium personen är bosatt. Eftersom väntetiderna inom tandvården i Sverige är förhållandevis normala är möjligheten att få förhandstillstånd ytterst begränsade. Vidare är den svenska tandvårdsförsäkringen mer generös än i många andra länder. Detta innebär att planerad vård i annat EU/EES-land ofta ger lägre ersättning om den givits med stöd av bestämmelserna om planerad vård i förordning 1408/71, jämfört med om den utförts i Sverige eller ersatts med stöd av EG-fördraget. Detta leder till att Försäkringskassan får relativt få ansökningar om förhandstillstånd för tandvård inom EU/EES. Det finns enligt förordning 1408/71 även en möjlighet att få akut tandvård på

¹¹ Rådets förordning 1498/71 (EEG) av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen – Europeiska Gemenskapens Tidning (EGT) L149, 5.7.1971; konsoliderad utgåva – EGT nr L 28, 30.1.1.1997.

samma ekonomiska villkor som andra försäkrade i det aktuella vårdlandet mot uppvisande av det europeiska sjukförsäkringskortet. Men eftersom det är möjligt att även för akut tandvård få den vanligtvis mer förmånliga ersättningen enligt EG-fördraget, är det sannolikt relativt få som utnyttjar möjligheten till akut tandvård enligt förordning 1408/71.

EG-domstolen har funnit att medicinska behandlingar – vilket även inbegriper tandvård – omfattas av tillämpningsområdet för artikel 49 i EG-fördraget.¹² Den fria rörligheten för tjänster omfattar alltså både rätten att tillhandhålla och få tandvård. Det vanligaste sättet för en person att få ersättning för kostnader för tandvård som han eller hon fått i annat EU/EES-land är att med stöd av EG-fördraget, efter det att vården är utförd, ansöka om ersättning hos Försäkringskassan. Med denna grund ger ett tandvårdsbesök inom EU/EES patienten rätt till samma ersättning som skulle ha betalats ut om vården hade utförts i Sverige, dvs. ersättningen motsvarar vad som betalas ut enligt den svenska tandvårdsförsäkringen. Regeringsrätten har gjort bedömningen att den vård som kan ersättas med stöd av fördraget är sådan vård som ändå skulle ha bekostats av den svenska sjukvårdsförsäkringen.¹³ Detta innebär att det endast är tandvård som skulle ha ersatts inom tandvårdsstödet om vården getts i Sverige som kan ersättas med stöd av gemenskapsrätten. Utredningens bedömning är att de förslag till begränsningar när det gäller vilken tandvård som skall berättiga till ersättning som lämnas i betänkandet även kan appliceras på tandvård som ges i ett annat EU/EES-land.

De förslag utredningen lämnar till ett nytt statligt tandvårdsstöd innebär inte några förändringar i förhållande till hur dagens EU-vård hanteras och ersätts. Detta gäller oavsett om det är fråga om planerad vård enligt 1408/71 eller vård enligt EU-fördraget. Det följer av uttalanden av EG-domstolen att det är förenligt med gemenskapsrätten att ersätta vård i efterhand när vården ges utanför hemlandet, även om försäkringslandet i övrigt har ett s.k. natursystem. Utredningen anser därför att det inte finns skäl för att föreslå några ändringar i denna del.¹⁴

Regeringen har i en remiss till lagrådet den 19 januari 2007 föreslagit en ny lag om ersättning för hälso- och sjukvård eller tandvård som, med stöd av EG-fördraget, getts i annat EES-land. Detta för-

¹² Se mål C-158/96, Kohll, samt RÅ 2004 ref. 41.

¹³ RÅ 2004 ref 41.

¹⁴ Se mål C-385/99, Müller-Fauré och Van Riet, punkt 105 och 107.

slag innebär bland annat krav på förhandstillstånd för viss planerad hälso- och sjukvård eller tandvård. I förslaget regleras även hur ersättning för vård utomlands skall lämnas och hur den skall beräknas. En följd av förslaget blir att även tandvård som en patient fått i ett annat EES-land skall ingå i beräkningen av patientens totala kostnad för tandvård, om den berättigat till ersättning enligt de föreslagna bestämmelserna om statligt tandvårdsstöd. Detta betyder att om en patient först fått ersättningsberättigande tandvård i Sverige och sedan får ersättningsberättigande tandvård i ett annat EES-land skall Försäkringskassan ta hänsyn till den tandvård som patienten fått i Sverige vid beräkningen av ersättningen, och tvärtom. En förutsättning för att patienten skall kunna få ersättning för vård i annat EES-land är att han eller hon haft en utgift. Regeringen föreslår att patienten måste visa upp kvitto på erlagd betalning för att kunna få ersättning för vård som givits utomlands. När det gäller tandvård som ges med stöd av EG-fördraget eller förordning 1408/71 skall Försäkringskassan alltså betala ut ersättningen direkt till patienten, inte till vårdgivaren. Det är dock troligt att den tandvård som ges i annat EES-land sällan kommer att vara av den art att den kommer att kräva förhandstillstånd, dvs. tandvård som kräver intagning på vårdinrättning eller ges på vårdinrättning där det finns särskilda medicinska eller tekniska resurser. Utredningens bedömning är att förslaget till nytt statligt tandvårdsstöd är väl förenligt med regeringens förslag till lag om ersättning för kostnader för vård i annat EU/EES-land.

16.13 Kreditsystem

Utredningens förslag: Det skall inte införas ett kreditsystem inom ramen för det statliga tandvårdsstödet.

Principförslag i delbetänkande SOU 2006:71: Utredningen angav att utformningen av ett kreditsystem som omfattar alla patienter bör övervägas som ett komplement till skyddet mot höga kostnader.

Remissinstanserna: *Privattandläkarna* ser risker med ett kreditsystem som omfattar alla. En risk med ett sådant system är att det blir en skuldfälla för den enskilde. Vidare menar *Privattandläkarna* att ett kreditsystem kan motverka patientens vilja att själva ha en ekonomisk buffert för sina tandvårdskostnader. *Privattandläkarna*

anser också att frågan om hur ett kreditsystem ska förhålla sig till andra trygghetssystem är viktig. Privattandläkarna upplyser också om att många tandläkare erbjuder möjligheten att få sin tandvård på avbetalning, men att tjänsten naturligtvis omfattar en prövning om patienten är kreditvärdig. *Sveriges Folktandvårdsförening* är tveksamma till ett statligt kreditsystem för ekonomiskt svaga individer och menar att "har man inga pengar, så har man inga pengar". Problemet för dessa individer måste sannolikt lösas via socialtjänsten.

Skälen för utredningens förslag: I betänkandet *Tandvården till 2010* (SOU 2002:53) föreslogs att regeringen skulle ge Riksförsäkringsverket i uppdrag att i samråd med vårdgivarnas organisationer utarbeta ett förslag på kreditgarantisystem. Förslaget har inte genomförts.

Det är redan i dag möjligt att i många fall få tandvården på avbetalning. Gemensamt för de system som finns i dag är att de innehåller en kreditprövning och därmed inte omfattar alla. Syftet med att överväga ett kreditsystem inom ramen för det statliga tandvårdsstödet skulle vara att utforma ett system som alla patienter har möjlighet att få del av. Ett sådant kreditsystem skulle behöva utformas med ett mindre inslag av kreditprövning än de system som redan finns på tandvårdsmarknaden.

Erfarenheterna från delbetalningssystemet gällande läkemedel visar att ett system utan kreditprövning innebär betydande risk för kreditförluster. Utöver detta innebär ett system utan kreditprövning risk för att tandvårdskrediten blir en skuldfälla för individer med svag ekonomi. Kreditprövning är därför ett nödvändigt inslag i ett kreditsystem.

Utredningen anser att det är tveksamt att utöka det offentliga åtagandet på tandvårdsområdet till ett statligt kreditsystem. Det nya tandvårdsstödet innebär en väsentlig förstärkning av de statliga resurserna till tandvård. Den största andelen skall lämnas till personer med omfattande tandvårdsbehov i form av skyddet mot höga kostnader. Utredningen anser att skyddet mot höga kostnader tydliggör prioriteringen från statsmakternas sida om att ge ett ekonomiskt stöd till de mest drabbade patienterna och inte lämna ett allmänt bidrag till tandvårdskostnader. I sammanhanget bör påminnas om den andra delen av det nya tandvårdsstödet, tandvårdschecken, som innebär en ersättning som ges till alla patienter varje eller vartannat år.

Inkomsterna skiljer sig kraftigt åt mellan olika individer och därmed också möjligheterna att betala en viss summa för tandvård. Ett generellt system, med samma karensbelopp och ersättningsnivåer för alla, innebär därför att tandvårdskostnaderna inte för samtliga grupper kan förväntas minska så mycket att de ekonomiska hindren för att få tandvård helt utraderas. Utredningen menar dock att det inom ramen för ett generellt system är omöjligt att konstruera ett tandvårdsstöd som hanterar alla de skillnader i ekonomiska förutsättningar som finns. Att utjämna skillnader i ekonomiska förutsättningar är heller inte tandvårdsstödet syfte. För dem med allra lägst inkomster är det möjligt att få särskilt finansiellt stöd till tandvård via socialtjänsten. Enligt 4 kap 1 § i socialtjänstlagen har den enskilde som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt, rätt till ekonomiskt bistånd för sin livsföring, som bland annat kan avse kostnader för tandvård. Enligt Socialstyrelsens allmänna råd 2003:5 bör socialnämnden ge ekonomiskt bistånd till skäliga kostnader för nödvändig tandvård.

Mot denna bakgrund anser utredningen att det inte bör införas ett creditsystem inom ramen för det statliga tandvårdsstödet.

17 Utvecklad konkurrens

17.1 Inledning

I tilläggsdirektiven till utredningen anger regeringen att utredarens förslag bör utformas så att konkurrensen på marknaden för tandvård förbättras och patientens ställning stärks.

I avsnitt 6 beskrivs tandvårdsmarknaden och dess olika aktörer. Eftersom tandvård tillhandahålls av både offentliga och privata vårdgivare, som har att lyda under delvis olika regelverk, är det av stor vikt att de olika aktörerna har samma konkurrensvillkor. Utredningen lämnar nu förslag om åtgärder för att skapa bättre förutsättningar för att bedöma graden av konkurrensneutralitet.

Utredningen konstaterar vidare i avsnitt 6 att tandvårdsmarknaden har flera brister, främst när det gäller patienternas kunskap och information. Patienten kan i allmänhet inte bedöma det egna vårdbehovet, känner inte till möjliga behandlingsalternativ och har sällan tillgång till tillräcklig prisinformation. Tandvård är en typ av tjänst som konsumeras relativt sällan och patienterna tillmäter frågan om förtroendet för tandläkaren eller tandhygienisten stort värde.¹ Samtidigt anser många patienter att det är dyrt med tandvård.

Utredningen lämnar därför ett flertal förslag som syftar till att stärka patientens ställning, främst genom att patienten får bättre information om priser, tandhälsa och möjliga behandlingsalternativ. Därigenom skapas förutsättningar för att utveckla konkurrensen på tandvårdsmarknaden.

¹ FSI (2005).

17.2 Konkurrensneutralitet mellan offentlig och privat tandvård

Utredningens bedömning: För att åstadkomma förutsättningar att bedöma graden av konkurrensneutralitet på tandvårdsmarknaden är det nödvändigt att alla landsting sårredovisar 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.

Utredningens förslag: Regeringen bör uppdra åt Statskontoret att följa upp redovisningen av folktandvården och vid behov föreslå åtgärder.

Förslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Skälen för utredningens förslag: Det är angeläget att det råder konkurrensneutrala villkor för aktörerna på tandvårdsmarknaden. Det ökar garantin för en effektiv användning av resurserna till nytta för konsumenterna.

På tandvårdsmarknaden agerar både offentliga och privata vårdgivare. Vårdgivarstrukturen är kraftigt diversifierad genom att små ensamföretagare konkurrerar med stora folktandvårdsorganisationer och Praktikertjänst AB, som är det största företaget på marknaden med cirka 1 500 anslutna tandläkare och tandhygienister.

För att marknaden skall fungera väl är det centralt att konkurrensvillkoren är lika för alla aktörer. Förutsättningarna skiljer sig dock åt, eftersom offentliga och privata aktörer lyder under delvis olika regelverk och har olika möjligheter att hantera de offentliga regleringar som finns på tandvårdsområdet.

Sedan år 1999 är det en fri etableringsrätt på tandvårdsmarknaden. Vem som helst kan starta en verksamhet och erbjuda tandvård var som helst i landet, förutsatt att man har tillgång till en eller flera legitimerade tandläkare eller tandhygienister och i övrigt uppfyller de krav på vårdgivare som anges i gällande lagstiftning.

Landstingen har enligt tandvårdslagen ansvaret för att planera tandvården och erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. De skall svara för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, specialisttandvård, vuxentandvård samt tandvård för särskilda grupper. Landstingen ansvarar för tandvård till grupper som har särskilda omvårdnadsbehov genom att söka upp dessa och erbjuda nödvändig tandvård. Landstingen svarar även för tand-

vård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Nödvändig tandvård och tandvård som ett led i sjukdomsbehandling omfattas av reglerna om vårdavgifter inom den öppna hälso- och sjukvården. Den tandvård som landstinget självt bedriver benämns folktandvård.

Landstingen har alltså ett ansvar för tandvården som kan benämnas befolkningsansvar. Detta kan t.ex. avse tillgängligheten genom tillgång till akuttandvård, tandvårdsmottagningar i glesbygd, tillgänglighet för funktionshindrade och möjlighet för personer med betalningssvårigheter att få akuttandvård. Landstingen skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov. Planeringen skall avse all tandvård som utförs oavsett om den utförs av offentlig eller privat aktör.

Landstingen kan utföra sitt uppdrag genom att lägga ett utökat ansvar på folktandvården, t.ex. för akuttandvård, eller komma överens med en privat vårdgivare om att den tar på sig det utökade ansvaret. Det vanligaste är att landstingen lägger dessa krav på folktandvården. Folktandvården svarar vidare för barn- och ungdomstandvård och specialisttandvård till allra största del. Det är dock viktigt att inte se landstingens befolkningsansvar synonymt med folktandvården. Landstinget bör behandla offentliga och privata vårdgivare som likvärdiga vårdproducenter för att säkerställa ett effektivt nyttjande av tillgängliga tandvårdsresurser inom landstinget.

Ett faktum är dock att folktandvården har ett utökat uppdrag, vilket ställer stora krav på verksamheten. Om det skall finnas konkurrensneutralitet mellan offentlig och privat tandvård förutsätts att folktandvården får ekonomisk kompensation för detta. En central fråga är därför hur den ekonomiska kompensationen för det utökade uppdraget beräknas och på vilka grunder den lämnas. Kompensationen får inte vara större än vad som motsvarar de verkliga kostnaderna. Om ersättningen för det utökade uppdraget till folktandvården blir större än vad som motsvarar de verkliga kostnaderna, föreligger en konkurrensnedvridande subvention.

Vidare finns det ett antal tydliga skillnader i konkurrensförutsättningarna mellan offentlig och privat tandvård. Folktandvården är en del av landstingen medan privata vårdgivare är självständiga företag. Folktandvården kan inte sätta sina priser lika självständigt och fritt som privata vårdgivare och kan därmed inte priskonkurrera i lika stor utsträckning. Folktandvården lyder under kommunallagens likställighetsprincip vilket gör att man inte heller kan priskonkurrera lokalt, eftersom priserna måste vara desamma i hela

landstinget. Privata vårdgivare har en större frihet att välja etableringsort, patientkrets och vårdinriktning. Privata aktörer kan även disponera vinster och anpassa löner m.m. friare.

Mervärdesskattereglerna är ytterligare en faktor som leder till skilda konkurrensvillkor. Tandvårdstjänster är undantagna från skatteplikt enligt mervärdesskattelagen². Landstingen får dock ersättning för ingående mervärdesskatt genom kommunkontosystemet. Privata företag får inte någon kompensation, varför ingående mervärdesskatt blir en kostnad för dem. Detta förhållande riskerar att snedvrider konkurrensen mellan offentlig och privat tandvård. Landstingen uppger att man har en hantering av ersättningen från kommunkontosystemet som innebär att denna inte kommer folktandvården till del. För att kunna bedöma om ersättningen från kommunkontosystemet leder till konkurrenssnedvridning till folktandvårdens fördel måste dock redovisningen av folktandvårdens intäkter och kostnader vara mer transparent än i dag.

Inom flera landsting diskuteras för närvarande bolagisering eller privatisering av folktandvården. En fortsatt utveckling i denna riktning gör att de redovisade skillnaderna i konkurrensförutsättningar kommer att minska i betydelse.

Som redovisas i avsnitt 6 har folktandvården och privattandvården mycket olika uppfattningar om graden av konkurrensneutralitet. Utredningen kan konstatera att folktandvården har vissa konkurrensfördelar jämfört med privattandvården, men också vissa konkurrensnackdelar. Det är inte möjligt att på basis av tillgängligt underlag dra några säkra slutsatser om konkurrensneutraliteten.

Utredningen anser att en grundförutsättning för att bedöma konkurrensneutraliteten är att redovisningen av folktandvårdens kostnader och intäkter är tydlig. Ambitionen att åstadkomma en ökad transparens har under många års tid uttryckts av tidigare regeringar, tidigare Landstingsförbundet och Sveriges Kommuner och Landsting i flera sammanhang, bl.a. vid avskaffandet av prisregleringen år 1999 och i samband med införandet av högkostnads-skyddet för äldre.³ Landstingsrevisorerna inom några landsting har påpekat samma sak. Utredningen kan konstatera att redovisningen, trots den uttalade ambitionen, fortfarande har betydande brister. Alternativet att på frivillig väg åstadkomma en tydligare redovisning av folktandvården måste anses vara otillräckligt.

² 3 kap. 4 § mervärdesskattelagen (1994:200).

³ Bet. 1997/98:SoU25 och prop. 2001/02:51.

Det kan inte anses ligga inom utredningens uppdrag att komma med förslag som innebär konkreta krav på landstingen att vidta åtgärder i fråga om sättet att redovisa folktandvårdens kostnader och intäkter. Utredningen anser emellertid att frågan har så stor betydelse för att man skall kunna följa utvecklingen på tandvårdsmarknaden att regeringen bör överväga lagstiftning om inte kravet på ökad transparens uppfylls under de närmaste två åren. Utredningen föreslår att regeringen uppdrar åt Statskontoret att följa upp landstingens redovisning av folktandvården och vid behov föreslå åtgärder. Statskontoret har tidigare fått regeringens uppdrag att göra likartade uppföljningar, t.ex. uppföljning av konsekvenser av ändrad reglering av kommunal verksamhet⁴, varför utredningen anser att myndigheten är lämplig för uppdraget.

17.3 Kallelse till nytt tandvårdsbesök

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

Förslaget i delbetänkande SOU 2006:71: I delbetänkandet föreslog utredningen att vårdgivaren skulle, i den mån det är möjligt, kalla patienten till ett nytt tandhälsobesök. Enligt förslaget skulle kallelsen innehålla uppgifter om vad besöket omfattar och en prisuppgift för det.

Remissinstanserna: *Konsumentverket* delar utredningens uppfattning att det är viktigt att patienten får en påminnelse om att det är dags för ett nytt tandhälsobesök. Verket anser dock att en kallelse till ett tandhälsobesök bör grundas på att patienten och vårdgivaren träffar en överenskommelse om att ett kallelsesystem skall tillämpas. Kallelsen kan annars ge patienten intrycket att det finns en skyldighet att genomföra tandhälsobesöket trots att det råder en fri marknad. Konsumentverket föreslår därför att bestämmelsen utformas så att det skall vara en skyldighet för vårdgivarna att erbjuda patienten regelbundna kallelser eller påminnelser. *Sveriges Kommuner och Landsting* delar utredningens bedömning att det är angeläget att vårdgivaren har ett ansvar för att

⁴ Statskontoret 2004:24 Bättre konkurrens med kommunala bussbolag? En utvärdering av försökslagen inom busslinjetrafiken.

bedöma lämplig tid för patientens nästa tandhälsobesök samt att initiera detta. *Landstinget i Sörmland* anser att förslaget är för långtgående. Eftersom tandhälsobesök är frivilliga för patienten anser landstinget att frågan om återkommande tandhälsobesök och tidsintervallen mellan dessa bäst regleras i form av en frivillig överenskommelse mellan behandlare och patient. *Västerbottens läns landsting* delar utredningens uppfattning om att vårdgivarna bör ha ett ansvar att sköta kallelse till tandhälsobesök. *Sveriges Tandhygienistförening* anser att vårdgivarna i den mån det är möjligt inom lämplig tid kallar patienten. Patientens eget ansvar bör betonas i detta sammanhang. *Malmö högskola* menar att det finns förslag i betänkandet som kan verka direkt negativt för den undervisningssituation som råder vid en tandvårdshögskola. Byråkratin och administrationen blir dessvärre synnerligen besvärande för undervisningen om högskolan tvingas följa ett finansieringssystem som skapats för att gälla framför allt inom allmäntandvård. Eftersom detta system på intet sätt tar hänsyn till odontologiska lärosätens speciella situationer menar man att den högst begränsade vård som bedrivs där, borde kunna bedrivas utan de tidsgränser och andra restriktioner som föreslås. *Malmö högskola* föreslår därför att undervisningen vid odontologiska utbildningsenheter undantas från de för undervisningen begränsande restriktioner som följer med det nya förslaget till tandvårdsstöd.

Skälen för utredningens förslag: Det är av stor betydelse för patientens tandhälsa att han eller hon regelbundet besöker tandvården. Tandvårdschecken är ett sätt att ge patienter incitament för att regelbundet besöka tandvården men utredningen menar att även andra faktorer är viktiga för att åstadkomma detta. En sådan faktor är att vårdgivarna kallar sina patienter till en ny undersökning.

I dag anges i 2 § förordningen om tandvårdstaxa att vårdgivaren bör se till att den försäkrade kallas till ny undersökning inom lämplig tid. Utredningen föreslår att det införs en motsvarande bestämmelse i förslaget till lag om statligt tandvårdsstöd men att det framgår att vårdgivaren endast är skyldig att erbjuda patienten kallelse till en ny undersökning inom lämplig tid, under förutsättning att det inte är uppenbart obehövligt att göra så. Syftet med en sådan bestämmelse är att betona vårdgivarens ansvar för att regelbundet kalla sina patienter till undersökning. Men för att inte patienten skall få intrycket av att det finns en skyldighet att genomföra undersökningen, trots att det råder en fri marknad, är

det viktigt att vårdgivaren framställer det som ett erbjudande som patienten kan tacka nej till.

När det gäller frågan om hur ofta en patient bör kallas anför flera remissinstanser att det bör vara upp till vårdgivaren att göra en individuell bedömning av varje patients revisionsintervall. Utredningen delar denna bedömning. Utredningens förslag innebär enbart en skyldighet för vårdgivare att erbjuda patienten en kallelse till ny undersökning, inte hur ofta undersökningen skall göras.

Skyldigheten att erbjuda patienten kallelse till en ny undersökning bör bara gälla i den mån det är möjligt för vårdgivaren att göra detta. I de fall en patient flyttar eller vårdgivaren skall upphöra med sin verksamhet anser utredningen att denna skyldighet inte bör finnas. I dessa fall kan det istället vara lämpligt att vårdgivaren meddelar sina patienter att de inte kommer att kallas till en ny undersökning.

Utredningen har förståelse för de synpunkter som Malmö högskola för fram när det gäller undantag från de, som man menar, för undervisningen begränsande restriktioner som följer med utredningens förslag. Utredningen anser dock att även patienter som får behandling vid en odontologisk fakultet bör ha de rättigheter som andra patienter har när det gäller ersättning från det statliga tandvårdsstödet. Det finns inte skäl för att införa undantag för dessa patienter. Dagens studenter kommer att vara morgondagens tandvårdspersonal. Utredningen anser att det bör vara en fördel att som student lära sig det regelsystem som gäller för tandvården, också när det gäller rätten till ersättning från det statliga tandvårdsstödet.

17.4 Prislista

Utredningens förslag: 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.

Förslaget i delbetänkande SOU 2006:71: Överensstämmer med förslaget.

Remissinstanserna: *Landstinget i Kalmar län* delar utredningens förslag om att vårdgivaren skall tillhandahålla patienten en prislista att ta med hem. Tandvårdstaxan är komplicerad och det finns därför ett stort behov av en enhetlig och förenklad struktur på en prislista. Landstinget anser därför att det är önskvärt att berörda myndigheter samverkar för att precisera utformning och innehåll i dessa prislistor så att patienterna ges förståelig information vid val av behandlingar och också klarar att göra prisjämförelser.

Skälen för utredningens förslag: Enligt dagens bestämmelser skall patienten i samband med ett tandvårdsbesök kunna ta del av vårdgivarens priser samt den ersättning som betalas ut från tandvårdsstödet.⁵

Konsumentverket anser dock att det finns behov av bättre kunskaper hos konsumenterna varför det behövs förbättrad information från vårdgivaren om bland annat priser. Konsumentverket har därför föreslagit att vårdgivarna, på eget initiativ, skall tillhandahålla patienterna gällande prislista att ta med från mottagningen.⁶ Konkurrensverket har tillstyrkt dessa förslag.⁷ Förslagen har ännu inte genomförts.

Utredningen delar Konsumentverkets och Konkurrensverkets bedömning att patienten har en svag ställning som konsument på tandvårdsmarknaden och att denna ställning måste stärkas. Därför föreslår utredningen, i enlighet med Konsumentverkets förslag, att vårdgivarna skall åläggas en skyldighet att ge patienten möjlighet att få ett exemplar av prislistan som han eller hon kan ta med från mottagningen. Det finns i dag en regel om att vårdgivaren skall ha prislistan på en väl synlig plats på mottagningen. Utredningens förslag att vårdgivaren i stället skall tillhandahålla patienten en prislista att ta med syftar främst till att ge patienterna möjlighet att i lugn och ro kunna jämföra priser mellan olika vårdgivare och mellan olika behandlingspaket. Förslaget innebär att prislistor skall finnas tillgängliga och väl synliga i väntrum eller reception i sådant antal att patienten kan ta med sig ett exemplar. Sådant möjlighet erbjuds av de flesta producenter av tjänster eller produkter och torde inte utgöra något orimligt krav att ställa såvitt avser producenter av tandvårdstjänster.

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

⁶ Konsumentverket (2003).

⁷ Konkurrensverket (2004).

Prislistan bör vara utformad så att det är lätt för patienten att jämföra den med tandvårdskvittot och referensprislistan. Den skall därför innehålla uppgifter om vårdgivarens pris och referenspriset för det tandvårdsåtgärder som vårdgivaren utför. Detta är viktigt för att patienten skall kunna se att priset för den behandling han eller hon fått stämmer överens med vårdgivarens prislista och för att patienten skall kunna jämföra priset för behandlingen med referenspriset. Försäkringskassan bör avgöra behovet av en enhetlig utformning av prislistor och kvitton och, vid behov, ansvara för samordningen av standardiseringsinsatser.

Enligt dagens bestämmelser i förordningen om tandvårdstaxa gäller att vårdgivaren är skyldig att på patientens begäran lämna ett skriftligt intyg om vilka material som använts vid protetiska arbeten och i tandfyllningar. Det är även reglerat att det av vårdgivarens prislista skall framgå om denne har försäkring för protetiska arbeten. Utredningen föreslår att dagens bestämmelser skall föras över till det föreslagna tandvårdsstödet.

17.5 Skriftlig behandlingsplan

Utredningens förslag: 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. Av behandlingsplanen skall framgå

1. diagnos, den föreslagna behandlingen samt uppgift om den är ersättningsberättigande, vårdgivarens pris och uppgift om referenspriset,
2. skäl för föreslagen behandling, samt
3. alternativa behandlingsförslag samt 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 för denna.

Förslaget i delbetänkande SOU 2006:71: Överensstämmer i huvudsak med förslaget.

Remissinstanserna: *Konsumentverket* tillstyrker förslaget men anser att det bör förtydligas att även reviderad prisuppgift skall

lämnas i det fall det krävs en reviderad behandlingsplan. *Försäkringskassan* stöder förslaget om krav på skriftlig behandlingsplan med prisuppgift men menar att för enklare behandlingar bör det finnas en möjlighet till undantag från kravet på skriftlig behandlingsplan. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* instämmer i förslaget att vårdgivarna skall ge patienten en skriftlig behandlingsplan, i de fall det behövs ytterligare behandling vid flera tillfällen. SKL anser dock att i de fall det endast rör sig om få och mindre omfattande åtgärder borde det, för att undvika alltför mycket administration, kunna räcka med muntliga uppgifter förutsatt att detta dokumenteras i patientens journal. Denna synpunkt delas av flera landsting. *Tjänstetandläkarna* har inget att erinra mot att det uppställs ett krav på behandlingsplan med det innehåll utredningen har föreslagit, men menar att momentet att ta fram en behandlingsplan bör finnas med i åtgärdstaxan och att patientens kostnad för detta bör generera stöd enligt skyddet mot höga kostnader. *Sveriges Folktandvårdsförening* menar att detta i princip är en åtgärd som stärker patientens ställning men den kan kännas lite överadministrerad när det är fråga om mindre behandlingar med ett fåtal åtgärder. Föreningen menar att det i dessa fall bör räcka med muntliga uppgifter om vad som behöver utföras och till vilket pris. *Svenska Tandsköterskeförbundet* anser att hänsyn bör tas till mindre klinker varför en behandlingsplan bör kunna ges muntligt om den avser mindre behandlingar med få åtgärder. Tandsköterskeförbundet menar att någon form av övergångsperiod bör tillämpas.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har i tidigare delbetänkanden angett att en viktig faktor för att tandvårdsmarknaden skall fungera bättre är att patienterna blir mer medvetna om bland annat priser och behandlingsalternativ.

Det är i dag reglerat i tandvårdslagen att vårdgivaren skall upplysa patienten om hans eller hennes hälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds. Vårdgivaren skall även upplysa patienten om kostnaden innan undersökning eller viss behandling påbörjas. Om det krävs en följd av behandlingar skall vårdgivaren upplysa patienten om de beräknade sammanlagda kostnaderna för dessa.⁸ Även i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område finns det bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att ge patienten individuellt anpassad information om dennes hälsotillstånd och de metoder för

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

undersökning, vård och behandling som finns.⁹ Dessa bestämmelser reglerar dock inte hur detta skall göras. Konsumentverket och Konkurrensverket har i rapporter till regeringen föreslagit bland annat att vårdgivarna skall åläggas att lämna patienten en skriftlig behandlingsplan.¹⁰ I denna skall den föreslagna behandlingen och det uppskattade priset för den framgå. Detta som ett led för att stärka patientens ställning.

Utredningen instämmer i Konsumentverkets och Konkurrensverkets förslag och anser att det även bör vara reglerat hur patienten skall få denna information. Utredningen föreslår därför att vårdgivarna skall åläggas en skyldighet att lämna patienten en skriftlig prisuppgift när hon eller han behöver behandling vid mer än ett tillfälle. När patienten behöver en mer omfattande behandling skall vårdgivaren lämna en skriftlig behandlingsplan.

Den skriftliga prisuppgiften är viktig för att ge patienten förutsättningar för att kunna ta ställning till behandlingen och vårdgivarens pris för behandlingen. Även om behandlingen inte är omfattande så kan priset för behandlingen uppgå till 1 000 kronor eller mer och därför av patienten uppfattas som en väsentlig kostnad. Genom att vårdgivarna blir skyldiga att lämna prisuppgiften skriftligt stärks patientens förutsättningar att bedöma priset och eventuellt undersöka priser för motsvarande behandling hos annan vårdgivare. Sådana prisuppgifter och prisundersökningar är relevanta även om det avser en mindre omfattande behandling.

Kravet på en skriftlig behandlingsplan gäller dock endast i de fall patienten behöver en mer omfattande behandlingsplan. Innebörden av omfattande behandling beskrivs närmare i författningskommentaren (till 3 kap. 5 §). Behandlingsplanen bör utformas så att förutsättningarna för patienten att kunna tillgodogöra sig denna är så goda som möjligt. Planen bör vara översiktlig och så långt som möjligt använda begrepp och termer som patienten kan förstå.

Av behandlingsplanen bör följande framgå.

- diagnos, den föreslagna behandlingen samt uppgift om den är ersättningsberättigande, vårdgivarens pris och uppgift om referenspriset,
- skäl för föreslagen behandling, samt

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

¹⁰ Konsumentverket (2003) och Konkurrensverket (2004).

- alternativa behandlingsförslag samt uppgift om de är ersättningsberättigande, vårdgivarens pris och referenspriser för dessa.

Utredningen anser att dessa uppgifter är viktiga för att patienten skall kunna ta ställning till vilken behandling han eller hon skall genomgå. Om det uppstår komplikationer som kräver revidering av behandlingsplanen bör vårdgivaren tillhandahålla patienten en reviderad behandlingsplan. I denna skall vårdgivaren ange den föreslagna behandlingen inklusive prisuppgift samt uppgift om referenspriset för denna.

17.6 Uppgifter på patientens kvitto

Utredningens förslag: 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.

Förslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Skälen för utredningens förslag: Även om det finns prislista med referenspriser tillgänglig både hos vårdgivaren och på en prisjämförelsetjänst kan denna information vara svår att ta till sig för en del patienter. Konsumentverkets undersökning¹¹ har också visat att för de flesta patienter är inte priset avgörande vid val av vårdgivare. Det finns skäl att tro att konsumenterna på tandvårdsmarknaden inte kommer att vara så aktiva när det gäller att jämföra priser mellan olika vårdgivare.

Ett annat sätt för patienten att kunna jämföra priser är att det på vårdgivarens kvitto framgår priset och referenspriset för behandlingen. Kvittot är något de allra flesta patienter tittar på i samband med ett tandvårdsbesök. Om de uppgifter utredningen föreslår finns med på vårdgivarens kvitto, är det lätt för patienten att se vårdgivarens pris och jämföra det med referenspriset. Patienten kan på detta sätt få ett stöd för att ifrågasätta vårdgivarens pris för

¹¹ Konsumentverket (2003).

behandlingen. Som ett ytterligare led i att stärka patienten på tandvårdsmarknaden föreslår därför utredningen att patientens kvitto skall innehålla uppgift om såväl vårdgivarens pris som referenspriset för behandlingen. Ett ytterligare skäl för att ha uppgift om referenspriset på patientens kvitto är att de flesta patienter får behandlingar utan att vårdgivaren först lämnat en behandlingsplan. Om referenspriset inte skulle vara med på patientens kvitto skulle dessa patienter inte få denna möjlighet att jämföra vårdgivarens pris med referenspriset för den utförda behandlingen.

Utredningen föreslår även att det på kvittot skall framgå om vårdgivaren får ersättning från det statliga tandvårdsstödet och med hur mycket. Den senare uppgiften menar utredningen ökar kunskapen om det statliga tandvårdsstödet och om hur mycket ersättning Försäkringskassan lämnar till en vårdgivare.

För att göra kostnaden för hela behandlingen tydlig för patienten bör även eventuella kostnader för tandtekniskt arbete framgå av patientens kvitto. Det är viktigt att säkerställa transparens avseende materialkostnaderna eftersom dessa delvis föreslås finansieras av staten, se avsnitt 11. Detta görs lämpligast genom att vårdgivaren till patientens kvitto bifogar en kopia av den tandtekniska fakturan eller annat underlag där vårdgivarens kostnad för material och tandtekniskt arbete framgår. Dessa underlag kan vara svåra för patienten att förstå men utredningen menar att det inte finns skäl att styra i detalj hur de bör se ut. Utredningen anser dock att det kan finnas skäl för att Försäkringskassan tillsammans med branschen tar fram ett formulär som kan användas för dessa underlag. För det fall att material som använts i den tandtekniska produkten inte debiteras av det tandtekniska laboratoriet utan av vårdgivaren direkt skall materialkostnaden anges på patientens kvitto.

17.7 Information om tandhälsa

<p>Utredningens förslag: Efter varje undersökning skall vårdgivaren upprätta ett undersökningsprotokoll. Detta skall lämnas till patienten i samband med undersökningen.</p>

Förslaget i delbetänkande SOU 2006:71: Överensstämmer i huvudsak med förslaget.

Remissinstanserna: *Sveriges Kommuner och Landsting* tillstyrker förslaget men menar att antalet uppgifter som omfattas av undersökningsprotokollet bör begränsas och föreslår att i första hand råd eller rekommendationer till patienten skall prioriteras. *Landstinget i Kalmar län* stöder förslaget att ett undersökningsprotokoll skall lämnas till patienten efter tandhälsobesöket men anser att, för att underlätta detta administrativt, bör Försäkringskassan utveckla ett digitalt formulär. *Västerbottens läns landsting* tillstyrker förslaget men menar att, för att inte tandhälsobesöket skall uppfattas som alltför byråkratiskt och krångligt för vårdgivare och patient, bör antalet uppgifter i protokollet minimeras och i första hand ta fasta på råd och rekommendationer till patienten för att bibehålla och, i förekommande fall, förbättra sin munhälsa. *Sveriges Folk tandvårdsförening* anser att förslaget om obligatoriskt undersökningsprotokoll är bra om det är ett särskilt råd eller en rekommendation som ges till patienten men att det är onödigt om allt är i sin ordning. *Sveriges Tandhygienistförening* menar att förslaget förutsätter en nationell programvara för uppföljning eftersom det måste kunna göras en nationell utvärdering av undersökningen och framför allt av munhälsan hos den vuxna befolkningen. *Tjänstetandläkarna* anser att det är rimligt att ställa upp krav på att det skall upprättas ett undersökningsprotokoll men att vårdgivarna måste få en stor frihet när det gäller hur detta skall utformas.

Skälen för utredningens förslag: För att ge patienten förutsättningar att ta ansvar för sin tandhälsa anser utredningen att vårdgivaren bör ge patienten information om hans eller hennes tandhälsa i samband med undersökningen. Vårdgivaren bör lämna denna information skriftligt. Utredningen föreslår därför att vårdgivaren skall vara skyldig att upprätta ett undersökningsprotokoll efter varje undersökning. Med undersökning avses dock inte undersökning av en enskild tand, t.ex. vid ett akutbesök. Undersökningsprotokollet bör innehålla en överskådlig presentation av patientens tandhälsa. Vårdgivaren bör även ange statusen på patientens tänder och om det finns kariesangrepp som är i behov av fyllningar. Patienten bör även få information om det finns risk för kariesangrepp och i så fall var, samt om det finns risk för tandlossning. Patienten bör även få råd och rekommendationer om egenvård. Detta är viktigt för att patienten skall kunna förbättra sin tandhälsa. Patienten bör också få veta om det finns särskilda risker

eller problem med tandhälsan som han eller hon bör vara extra vaksam på.

Det kan vara lämpligt att Försäkringskassan meddelar föreskrifter om vilka uppgifter som skall finnas med på undersökningsprotokollet. Det är viktigt att de administrativa konsekvenserna för vårdgivarna minimeras så långt som möjligt varför utredningen anser att antalet uppgifter som skall framgå av undersökningsprotokollet, i vart fall inledningsvis, bör begränsas.

17.8 Prisjämförelsetjänst

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

Vårdgivaren skall lämna en aktuell prislista till Försäkringskassan som skall vidarebefordra den till Konsumentverket. Utöver varje vårdgivares prislista skall även referenspriserna finnas tillgängliga på prisjämförelsetjänsten.

Förslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: Överensstämmer med förslaget.

Remissinstanserna: *Försäkringskassan* stöder utredningens förslag om en prisportal för tandvårdsbehandlingar. Det är naturligt att denna information tillhandahålls på Konsumentverkets hemsida. *Konsumentverket* är positivt till förslaget. *Landstinget i Dalarna* anser att konsumenten vid jämförelse mellan olika vårdgivare inte bara skall kunna titta på priset utan också den totala tjänst man får för sina pengar. *Landstinget i Kalmar län* bifaller förslaget om prisportal och att denna skall hanteras av Konsumentverket. Landstinget förutsätter dock att det sker en samverkan med Försäkringskassan i denna fråga, där Försäkringskassan förväntas ansvara för att samtliga åtgärder beskrivs till innehållet, oavsett om de berättigar till ersättning eller inte. Dessutom skall vårdgivare uppge samtliga behandlingspriser, även på de åtgärder som inte berättigar till ersättning. *Landstinget i Västmanland* anser att en prisportal kan medverka till att få bättre information om tandvårdspriser och att det är mer rättvisande att redovisa behandlingspaket än enskilda åtgärder. *Gotlands kommun* anför följande. Förslaget att prislistorna hos de olika vårdgivarna skall vara offentligt registrerade, innebär en möjlighet till jämförelse för patienterna av

den ersättningsberättigande vården. Om vårdgivarna samtidigt kan begära ersättning för icke ersättningsberättigande delar, som ligger utanför prislistan, undanrycks denna möjlighet till prisjämförelse. Gotlands kommun föreslår därför att alla priser, även de som inte är ersättningsberättigande, skall finnas med i prisjämförelsetjänsten. *Landsorganisationen i Sverige (LO)* anser att en prisportal kan vara bra men att man dock inte får glömma bort att alla inte har tillgång till dator och Internet i hemmet.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen anser att ytterligare ett sätt att stärka patientens ställning är att göra det enkelt för patienten att kontrollera vårdgivarens prisläge. För att kunna åstadkomma detta föreslår utredningen att det skall finnas en prisjämförelsetjänst för tandvården. Denna bör vara mer utvecklad än den Försäkringskassan i dag har på sin hemsida, som bara visar folktandvårdens pris samt högsta och lägsta pris hos privatvårdsläkare i respektive län.

Konsumentverkets hemsida är en naturlig plats för konsumenter som vill ha information i konsumentfrågor, varför utredningen anser att det är där en prisjämförelsetjänst för tandvården bör finnas. En alternativ placering skulle kunna vara på Försäkringskassans hemsida. Utredningen anser dock att en sådan placering av prisjämförelsetjänsten skulle försvaga konsumentperspektivet och försämra möjligheterna att nå patienter som i första hand söker prisinformation och inte information om det statliga stödet. Vidare skulle en sådan utökning av Försäkringskassans ansvar för information om tandvårdsmarknaden stå i strid med ambitionen att renodla myndighetens uppdrag till att avse administration, kontroll och uppföljning av det statliga tandvårdsstödet. Detta skulle riskera få negativa effekter för möjligheterna att nå målen om en utvecklad statlig styrning av tandvården. Konsumentverkets och Försäkringskassans informationssidor bör dock länkas till varandra.

Det är dock till Försäkringskassan som vårdgivarna bör lämna aktuell prislista eftersom de även skall lämna andra uppgifter till Försäkringskassan. I syfte att förenkla administrationen för främst vårdgivarna, men även myndigheterna, menar utredningen att det bör finnas en ingång för vårdgivarna där de kan lämna de uppgifter staten behöver. Den enskilde vårdgivaren skall lämna uppgifterna till Försäkringskassan och måste också stå som garant för att prisuppgifterna är korrekta och aktuella.

Införandet av en prisportal skall ses som ett led i att stärka patientens prismedvetenhet och kan på lång sikt bidra till en för-

bättrad konkurrens på tandvårdsmarknaden. Utredningen ser dock ett problem i att patienten genom vårdgivarnas användning av latituder kan komma att ha svårt att bilda sig en uppfattning om behandlingens verkliga kostnad. Utredningen föreslår att i de fall vårdgivaren tillämpar en prissättning baserad på latituder skall priset för den högsta och den lägsta latituden tydligt framgå av prisportalen. Vårdgivare som tillämpar latituder bör således till Försäkringskassan rapportera in prisuppgifter för den högsta och den lägsta latituden för respektive åtgärd. Patienten får därmed en prisuppgift om vad respektive behandling kan komma att kosta som lägst och som högst hos de vårdgivare som tillämpar en prissättning baserad på latituder.

Utredningen ser också en möjlighet att på sikt utveckla prisuppgifterna på prisportalen genom en bearbetning av de prisuppgifter som vårdgivarna är skyldiga att rapportera in till Försäkringskassan. Därmed kan patienten förse med uppgifter om vad den genomsnittlige patienten hos respektive vårdgivare faktiskt betalar för varje åtgärd. För patienten skulle denna information tillsammans med priserna för respektive latitud ge en utförligare beskrivning av vårdgivarens prisstruktur. Denna ytterligare information gör det även möjligt för patienten att välja bort vårdgivare som vanligtvis eller konsekvent debiterar patienten efter de högsta latituderna.

Utredningen anser att uppgifterna på prisjämförelsetjänsten bör vara lätt jämförbara med referenspriserna för varje behandlingspaket eller åtgärd. Det bör därför finnas uppgifter om priser per åtgärd eller behandlingspaket och referenspriset för varje åtgärd eller behandlingspaket. Det bör vara upp till varje vårdgivare att publicera uppgifter om priser även för behandlingar som inte är ersättningsberättigande. Utredningen anser dock att skyldigheten att lämna prisuppgifter endast bör omfatta sådan vård som är ersättningsberättigande. Detta eftersom utredningens förslag till referenspriser endast omfattar sådan tandvård som är kan berättiga till ersättning.

I syfte att öka möjligheten till prisjämförelser även för de patienter som inte har tillgång till Internet föreslår utredningen att vårdgivaren skall tillhandahålla patienten en prislista som han eller hon kan ta med sig från mottagningen samt att det av patientens kvitto skall framgå vårdgivarens pris och referenspriset för aktuell behandling, se avsnitt 17.4 och 17.6.

17.9 Rådgivningsbyrå för patienter inom tandvårdsområdet

Utredningens förslag: 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.

Förslaget i delbetänkande SOU 2006:71: Överensstämmer med förslaget.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanser är positiva till förslaget. *Konsumentverket* menar att det är nödvändigt att en rådgivningsbyrå inom tandvårdsområdet, för att vara och även uppfattas som självständig, har en uttalad integritet och självständighet. Verket förutsätter därför att vårdgivarna inte utgör en majoritet i byråns styrelse. Ett eventuellt uppdrag att ta initiativ till en tandvårdsbyrå bör ges till Konsumentverket i samråd med Försäkringskassan och Socialstyrelsen. *Försäkringskassan* tillstyrker utredningens förslag att öka patientens kunskap och information men vill betona de svårigheter som finns för patienten att förstå tandvårdens vetenskapliga uttryck. Patienten har en svag ställning gentemot tandläkaren när det gäller att ta till sig ett behandlingsförslag och att kritiskt ifrågasätta detta. Det är viktigt att den föreslagna rådgivningsbyrån är inriktad på att hjälpa patienterna i dessa frågor. *Privattandläkarna* ser positivt på förslaget och uppger att branschen är beredd att delta i planering och uppbyggnad. Man menar dock att förslaget att byrån i huvudsak skall vara finansierad av branschen är olyckligt eftersom rådgivningsbyrån skall vara oberoende av branschen. Privattandläkarna anser vidare att en tydlighet om vilka regler som gäller, både för tandläkare och för konsumenter, är mycket viktigt för att stärka konsumentens ställning. Det, kombinerat med en snabb och effektiv administration skulle förbättra konsumenternas ställning. *Sveriges Kommuner och Landsting (SKL)* anser att det bör prövas ytterligare om det finns motiv för att införa en särskild instans i form av en rådgivningsbyrå eller inte. SKL anför att det i dag finns flera instanser som hanterar information, rådgivning m.m. i tandvårdsfrågor. I utredningen *Tandvården till 2010 (SOU 2002:53)* föreslogs att landstingens patient- och förtroendenämnders verksamhet skall omfatta all den

tandvård som bedrivs eller betalas av landsting. Patient- och förtroendenämnderna skulle då kunna hantera frågor kring barn- och ungdomstandvård, nödvändig tandvård och tandvård som led i sjukdomsbehandling. De befintliga instanserna för rådgivning och upplysning inom tandvårdsområdet kommer sannolikt även fortsättningsvis att behålla sina roller, även om rådgivningsbyrån införs. SKL ställer sig därför frågan om det ändå finns motiv för att inrätta en särskild instans med generell kunskap kring hela tandvårdsområdet. Denna åsikt delas av flera av de *landsting* som lämnat remissvar. *Västra Götalandsregionen* anser att det är en god tanke med en Konsumenternas tandvårdsbyrå som skall kunna ge vägledning i tandvårdsfrågor. Regionen menar dock att det patienterna är mest intresserade av är kostnader och ekonomiska spörsmål runt den egna behandlingen. Regionen anser att det trots invändningen är positivt att byrån inrättas men det måste göras en noggrann uppföljning av hur den fungerar. *Sveriges Folktandvårdsförening* anser det inte vara nödvändigt att skapa en rådgivningsbyrå eftersom nödvändiga upplysningar kan ges via andra kanaler. *Landsorganisationen i Sverige (LO)* menar att förslaget att inrätta en rådgivningsbyrå kan vara bra men att det självklart behöver utvärderas efter en tid.

Skälen för utredningens förslag: En viktig åtgärd för att stärka patientens ställning på tandvårdsmarknaden är att ge patienten bättre möjligheter att få information och kunskap om tandvårdsmarknaden och tandvårdssstödet. Utredningen menar att det finns starka skäl för att samla dessa frågor i den föreslagna byrån i stället för att hänvisa patienter till olika befintliga instanser för att få information och råd.

Den tandvård som ges i dag regleras av en mängd olika författningar. Ersättning från det allmänna kan lämnas av Försäkringskassan, landstingen eller en kommun. Patient och vårdgivare har alltså flera olika regelverk och huvudmän att förhålla sig till. Det finns också flera olika instanser en patient kan vända sig till om han eller hon har frågor om eller klagomål på tandvården. Dessa är knutna till en viss huvudman eller ett viss regelverk. Men det saknas en samlad funktion för att hantera patienters frågor kring tandvården. Utredningen anser att det skulle underlätta för patienterna att kunna få all denna information samlad och från ett ställe. Det torde leda till att patienterna får bättre information och kunskap om tandvården.

De instanser som en patient kan vända sig till i dag har inte till uppgift att ge patienten vägledning i fråga om rimligt pris för en behandling. Ett viktigt led i att stärka patienten på tandvårdsmarknaden är att göra det möjligt för honom eller henne att få vägledning i hur mycket ett rimligt pris för en behandling kan vara. Utredningen menar att detta troligen kommer att vara en viktig uppgift för rådgivningsbyrån, även med beaktande av de övriga förslag utredningen lämnar för att stärka patientens ställning, exempelvis prisjämförelsetjänsten.

Utredningen förslår därför att det inrättas en rådgivningsbyrå för patienter på tandvårdsområdet. Verksamheten på en sådan byrå bör omfatta all tandvård. Utredningen menar alltså att det inte skall ha någon betydelse enligt vilket regelsystem som tandvården ersätts eller om den utförs av privata eller offentliga vårdgivare. Detta är något som de nuvarande instanserna i dag inte kan tillhandahålla.

Patienten skall kunna vända sig till tandvårdsbyrån när han eller hon inte är nöjd med den information vårdgivaren har lämnat, när det finns frågor kring det statliga tandvårdsstödet eller frågor kring landstingets eller kommunens ansvar för tandvården. Det kan exempelvis gälla tolkningen av regelverket, information om vart man kan vända sig för att begära omprövning eller överklaga ett beslut om ersättning och stöd för att jämföra priser mellan olika vårdgivare. En annan viktig roll för tandvårdsbyrån bör vara att fånga upp problem inom branschen och föra dem vidare till huvudmännen för tandvårdsbyrån. Den hjälp och vägledning patienten får från byrån bör vara avgiftsfri.

Det kan finnas en risk för att patienterna uppfattar tandvårdsbyrån som ett organ som värnar vårdgivarnas intressen mer än patienternas. Utredningen anser därför att det är nödvändigt att tandvårdsbyrån har en uttalad integritet och självständighet. Bland de rådgivningsbyråer som finns i dag inom andra branscher garanteras detta genom att det i respektive styrelse finns representanter för både staten och branschen och att statens representanter har majoritet i styrelsen. Utredningen tar dock inte ställning till vilken organisatorisk lösning som bör väljas. Utredningen menar dock att det är viktigt att löpande utvärdera verksamheten.

I betänkandet *Starka konsumenter i en gränslös värld* (SOU 2000:29) görs bedömningen att utvecklingen av organ som är finansierade av branschen för hantering av klagomål från konsumenter bör uppmuntras. I betänkandet påpekas att det är en fördel

om branschen finansierar verksamheten eftersom den då får ta ett eget ansvar för att skapa förtroende mellan marknadsaktörer och konsumenter. På detta sätt tar branschen ett större samhällsansvar. Utredningen delar denna bedömning. Utredningen anser även att när man bildar en tandvårdsbyrå bör man ta del av de erfarenheter som finns från befintliga konsumentbyråer.

Konsumentverket har lång erfarenhet av samverkan med branschföreträdare inom olika områden när det gäller liknande rådgivningsbyråer. Utredningen föreslår därför att Konsumentverket får i uppdrag att ta initiativ till att inrätta en rådgivningsbyrå för patienter inom tandvårdsområdet. Detta bör göras i samverkan med företrädare för branschen.

17.10 Informationsinsatser

Utredningens förslag: Försäkringskassan skall få ett särskilt uppdrag att informera allmänhet och vårdgivare om det nya tandvårdsstödet.

Förslaget i delbetänkande SOU 2006:71: Överensstämmer med förslaget.

Remissinstanserna: *Konsumentverket* tillstyrker förslaget att de särskilda informationsinsatserna skall kompletteras med en mera kontinuerlig information och att Försäkringskassan bör överväga särskilda insatser för att nå grupper som har svårt att ta till sig information via exempelvis broschyrer eller hemsidor. *Landstinget i Sörmland* stödjer förslaget men vill peka på möjligheten att utnyttja andra informationsvägar än brev för att nå ut bredare med informationen. *Västra Götalandsregionen* anser att det innebär en omotiverat stor kostnad att skicka information varje år till samtliga 21-åringar. Regionen menar att en begränsning i tid till kanske 5 år borde räcka för att det svenska folket hunnit lära sig vad som gäller. *Landsorganisationen i Sverige (LO)* anser att det kommer att behövas informationsinsatser. LO anser att informationen bör göras tillgänglig även på andra språk än svenska och att det bör ges riktad information till nyanlända invandrare och flyktingar.

Skälen för utredningens förslag: Kännedomen hos allmänheten om hur dagens tandvårdsstöd fungerar är relativt begränsad. Tidi-

gare studier har visat att få personer jämför priserna för behandlingar mellan vårdgivare.¹²

Försäkringskassan är den myndighet som har ansvar för att informera medborgarna om dagens statliga tandvårdsstöd. Myndigheten har haft flera informationskampanjer om olika delar av socialförsäkringen. Utöver detta har Försäkringskassan en hemsida där det finns information om bland annat priser för tandvården i de olika länen. Det är naturligt att Försäkringskassan också får i uppdrag att informera om det nya tandvårdsstödet. Utredningen anser därför att regeringen bör ge Försäkringskassan ett särskilt uppdrag att informera om det nya tandvårdsstödet. Ett sådant uppdrag bör så långt som möjligt genomföras i samverkan med vårdgivarna.

Utredningen anser att en informationskampanj kan öka kunskapen om hur tandvårdsstödet fungerar och på så sätt stärka patientens ställning på tandvårdsmarknaden. Det är viktigt att patienterna i samband med införandet informeras om hur exempelvis ersättningsperioden räknas, vilken tandvård som ingår i stödet och hur referenspriserna fungerar. Även vårdgivarna är en viktig målgrupp för en informationsinsats. De behöver få utbildning i t.ex. vilken tandvård som ersätts inom det statliga tandvårdsstödet och information om hur det kommer att administreras. Utredningen anser alltså att det bör genomföras en informationsinsats i samband med att det nya tandvårdsstödet träder i kraft. Utöver detta menar utredningen att det kan behövas särskilda, riktade insatser mer kontinuerligt till vissa grupper, exempelvis 20-åringar och nyinflyttade invandrare.

Besöksfrekvensen inom tandvården sjunker kraftigt mellan grupperna 19- och 21-åringar. Det finns därför behov av att underlätta övergången mellan den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården och vuxentandvården. En handling som tydligt visar vilken ersättning som kan betalas ut från tandvårdsstödet och ungefär hur mycket en undersökning kan kosta för den enskilde kan ha en stimulerande effekt. Ett sätt att uppnå denna effekt är att skicka ett brev med information om det statliga tandvårdsstödet som beskriver exempelvis vad som ingår i stödet samt hur ersättningen beräknas och betalas ut. I samband med att det nya tandvårdsstödet införs bör, som tidigare nämnts, Försäkringskassan informera alla som omfattas av det. Detta kan göras via kampanjer eller personliga

¹² FSI (2005).

brev. Därefter bör informationen främst riktas till nyanlända invandrare och till de som nyligen lämnat den avgiftsfria barn- och ungdomsvården, lämpligen 20-åringarna. Dessa grupper bör få särskild information om bland annat betydelsen av regelbundna besök i tandvården för att behålla en god tandhälsa, vad det statliga tandvårdsstödet för vuxna omfattar och ersätter samt om möjligheten att jämföra priser mellan olika vårdgivare.

Utöver de informationsinsatser som behövs i samband med införandet av det nya tandvårdsstödet och den särskilt riktade informationen behövs det en mer kontinuerlig information, exempelvis på Försäkringskassans hemsida och i form av broschyrer. Försäkringskassan bör även överväga om det krävs särskilda informationsinsatser för att nå grupper som kan ha svårt att ta till sig sådan information.

18 Genomförandeaspekter och ikraftträdande

Utredningens förslag: De redovisade förslagen skall träda i kraft den 1 juli 2008. Regeringen bör tillskapa en särskild genomförandeorganisation inom Regeringskansliet för att sammanhållet leda de insatser som behöver föregå ikraftträdandet.

Principförslaget i delbetänkande SOU 2006:71: Det nya tandvårdsstödet bör införas i sin helhet vid ett och samma tillfälle. Utredningen föreslår att införandet sker tidigast under första kvartalet 2008.

Remissinstanserna: *Praktikertjänst AB* anser att ett nytt tandvårdsstöd bör genomföras så snart det är praktiskt möjligt. Hänsyn måste dock tas till en nödvändig omställning för vårdgivare och systembyggare. Att skjuta införandet till 2008 kan medföra att många väntar med att få vård vilket innebär köer till vården efter ikraftträdandet. *Privattandläkarna* delar utredningens uppfattning att stödet bör införas i sin helhet och vid ett och samma tillfälle, bl.a. för att undvika ”hamstring” av tandvårdsbehov. *Sveriges Folk-tandvårdsförening* understryker att förslaget knappast kan sjösättas tidigare än första kvartalet av 2008 om ett nytt IT-system skall utvecklas, varför ett ikraftträdande enligt utredningens förslag kan vara rimligt. *Sveriges Kommuner och Landsting* delar utredningens bedömning att det föreslagna tandvårdsstödet i sin helhet bör genomföras vid en och samma tidpunkt. *Sveriges Tandhygienist-förening* ifrågasätter tidpunkten för införandet, med tanke på det IT-stöd som måste utvecklas, men är positiva till förslaget om ett samlat genomförande. *Försäkringskassan* är positiv till ett samlat genomförande i början av 2008 och anser att frågan annars blir svårkommunicerad utåt. *Socialstyrelsen* anser att reformen måste genomföras samlat och att information vid ikraftträdandet är viktig.

Skälen för utredningens förslag: Regeringen har i budgetpropositionen för 2007 (prop. 2006/07:1) aviserat en tandvårdsreform och uppgett att det hade varit önskvärt om denna hade kunnat genomföras under 2007, men konstaterar att detta inte är praktiskt möjligt. Från 2008 har regeringen beräknat resurser för att fullt ut finansiera reformen.

Utredningen föreslog i sitt andra delbetänkande att det nya tandvårdsstödet borde införas tidigast under första kvartalet 2008. Mot bakgrund av de tilläggsdirektiv regeringen beslutade i november 2006 anser utredningen att ikraftträdandet bör ske den 1 juli 2008.

Även om detta datum ger en snäv tidsrymd med tanke på de förberedelser som krävs och som redovisas i det följande, anser utredningen att det är motiverat. Erfarenheterna av tidigare reformer på tandvårdsområdet är att patienter avvaktar med tandvårdsinsatser i väntan på ett bättre stöd. Detta beteende riskerar att leda till att vårdbehov ackumuleras under perioden fram till ikraftträdandet och att det blir köer till tandvården efter ikraftträdandet. Förutom att skapa problem hos vårdgivarna innebär detta att patienter inte söker vård i rätt tid, vilket kan leda till oönskade hälsoeffekter. Därför bör ikraftträdandet inte ske för långt efter det att reformen aviserats och bör inte skjutas upp längre än nödvändigt.

Det kan upplevas som en risk att införandet störs av att det sker under sommaren och att beredskapen för införandeproblem skulle bli besvärlig att hantera under semestertid. Utredningen anser inte att detta är ett tillräckligt skäl att välja en annan införandetidpunkt utan ser istället införandet under sommartid som en klar fördel. Ett införande under sommartid kan ge en smidigare övergång till det nya systemet då besöksfrekvensen hos vårdgivare sannolikt är lägre, vilket skulle ge förutsättningar för ett mer ordnat införande.

Förslagen som utredningen presenterar i detta betänkande är omfattande och införandet måste vara väl förberett, hos både vårdgivare och myndigheter, för att det nya tandvårdsstödet skall vinna acceptans och kunna fungera som det är tänkt. Trots att tidpunkten för förslaget ikraftträdande ligger mer än ett år efter det att utredningen lämnar detta slutbetänkande är tidsramen snäv. Ett flertal insatser kommer att krävas och behöver vidtas parallellt med remissbehandling och propositionsarbete.

I huvudsak krävs att följande insatser genomförs för att tandvårdsstödet skall kunna införas:

- Definitionen av ersättningsberättigande tandvård måste vidareutvecklas, vilket inbegriper en systematisk genomgång av diagnoser och diagnoskoder samt överväganden om behovet av ytterligare begränsningar och vilka åtgärder som kopplas till olika diagnoser.
- Ett referenspris behöver fastställas för varje åtgärd.
- Uppsättningen åtgärder som är ersättningsberättigande behöver eventuellt justeras beroende på utfallet av ovanstående två punkter.
- Ett nytt IT-stöd behöver utformas och lanseras av Försäkringskassan i god tid före ikraftträdandet.
- Socialstyrelsen behöver utforma nationella riktlinjer för tandvård.
- Försäkringskassan behöver utveckla effektiva arbetsformer för kontrollinsatser.
- Den nämnd som föreslås i avsnitt 11.4 behöver tillsättas och kanslifunktionen upprättas.
- Informations- och utbildningsinsatser om det nya tandvårdsstödet, bl.a. utbildning av myndighets- och vårdpersonal och information till allmänheten, behöver planeras och genomföras.
- Konsumentverket behöver utforma den elektroniska prisjämförelsetjänst inom tandvårdsområdet som föreslås i avsnitt 17. Verket behöver också vidta åtgärder för att inrätta den rådgivningsbyrå för patienter på tandvårdsområdet som föreslås i samma avsnitt.

Merparten av dessa aktiviteter behöver ske under 2007. Utformandet av nationella riktlinjer bör ha påbörjats vid ingången av 2008. Utöver detta bör i princip inget annat än informations- och utbildningsinsatser och tillsättande av nämnden återstå vid ingången av 2008.

Ersättningsberättigande tandvård

Utredningen lämnar i bilaga 5 förslag till en allmän struktur för det detaljerade regelverket avseende vilken vård som skall berättiga till tandvårdsstöd. Förslaget i denna del behandlar i stor utsträckning behovet av definition av ersättningsberättigande tandvård, men är inte helt fullständigt. Bilagan redovisar utredningens förslag till indelning i avdelningar och vilken prioritering som bör präglare regelverket. Där pekas också ut ett antal vanliga diagnoser och vilken vård som för dessa är ersättningsberättigande. Det ges vidare förslag till begränsningar som kommer att vara viktiga för att stödet skall fungera. Bilagan är dock inte uttömmande och behöver kompletteras med diagnoser och begränsningsregler som anger vid vilka situationer olika åtgärder är ersättningsberättigande när dessa diagnoser ställts. Även de förslag i bilaga 5 som utredningen lämnat kan behöva definieras tydligare för att regelverket skall kunna tillämpas.

I samband med att regelverket vidareutvecklas bör även utökade krav på dokumentation som krav för vissa behandlingar syftande till att ge bättre underlag för efterhandskontroller övervägas. Utredningen pekar i bilaga 5 på att krav bör ställas på utökad dokumentation vid vissa behandlingar för att de skall vara ersättningsberättigande. Dessa krav bör utvecklas och specificeras i den slutliga bilagan till förordningen.

Åtgärder

Även uppsättningen av åtgärder kan behöva utvecklas. Utredningen gör vissa mindre förändringar i uppsättningen av åtgärder i dagens regelverk (bilagan till förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa) och redovisar resultatet i bilaga 6. Bilagan bör tjäna som utgångspunkt till den referensprislista som skall ingå i den föreslagna förordningen om statligt tandvårdsstöd. Eventuellt bör uppsättningen åtgärder förändras genom att nya åtgärder tillförs eller att åtgärderna i bilagan definieras annorlunda. Sådana ställningstaganden kommer att bli aktuella dels när regelverket kring vilken vård som berättigar till ersättning vidareutvecklas, dels när referenspriser för respektive åtgärd skall fastställas.

Referenspriser

Referenspriser skall fastställas för varje åtgärd. Utredningen lämnar inga förslag till referenspriser. Utredningen har som underlag för de kostnadsberäkningar som presenterats tagit fram en preliminär referensprislista som bygger på priserna inom Folk tandvården Stockholms län AB, men bedömer att denna inte är tillräckligt genomarbetad för att utgöra grund för de slutliga referenspriserna. Vidare behöver referenspriserna, enligt utredningens förslag, räknas så att de inkluderar nödvändigt material, även i form av ädel- och gjutmetaller. I detta ingår även att definiera vilket material som vid varje åtgärd skall berättiga till ersättning. Arbetet med att fastställa referenspriser förutses bli omfattande och innebär att en stor mängd information behöver samlas in och systematiskt bearbetas. Eventuellt behöver också tidsstudier av vissa åtgärder genomföras. Referenspriserna är en central del av det nya tandvårdsstödet och det måste finnas fastställda referenspriser vid ikraftträdandet.

IT-stöd

En annan förutsättning för att tandvårdsstödet skall fungera i enlighet med utredningens förslag är att ett nytt IT-stöd för inrapportering och lämnande av uppgifter finns på plats vid ikraftträdandet. Ansvaret för att planera och bygga upp IT-stödet liksom det framtida ägarskapet bör ligga hos Försäkringskassan. Som utredningen redovisat är det dock viktigt att vårdgivarna finns med i arbetet med att ta fram ett IT-stöd så att det blir både säkert från de enskilda patienternas perspektiv och användarvänligt ur ett vårdgivarperspektiv. Försäkringskassans utvecklingsarbete behöver ske i sådan takt att vårdgivarna ges tillräcklig tid för att anpassa sina respektive IT-system.

Regeringen har i november 2006 givit Försäkringskassan i uppdrag att vidta de förberedelser som krävs för att kunna administrera tandvårdsstödet efter genomförandet av tandvårdsreformen, bl.a. skall Försäkringskassan utveckla ett nytt IT-stöd för administrationen av det nya tandvårdsstödet. En delrapport som redovisar hur arbetet fortskrider och vilka resultat som uppnåtts skall lämnas senast den 31 maj 2007. Därmed har genomförandet i denna del påbörjats. Det är av största vikt att detta arbete noggrant följs av

regeringen och att Försäkringskassan i god tid får ytterligare direktiv och de resurser som krävs för att slutföra arbetet.

Kunskapsstyrning och nationella riktlinjer

I syfte att öka kunskapsbasen inom tandvården och för att få en säker grund för den ersättningsberättigande vården måste kunskapsstyrningen inom tandvården förbättras. Primärt handlar det om att utnyttja den kunskap som finns på ett effektivt sätt och inte i första hand om att ny kunskap behöver tas fram. I detta ligger att systematiskt utarbeta riktlinjer för kunskapsbaserad tandvård och att sprida denna kunskap bland vårdgivare och patienter. Utredningen anser att Socialstyrelsen inte varit tillräckligt aktiv när det gäller kunskapsstyrningen av tandvården och ser det som en viktig uppgift för regeringen att följa upp det uppdrag som Socialstyrelsen har tilldelats att utarbeta nationella riktlinjer. Att höja nivån på kunskapsstyrningen är ett långsiktigt arbete, men i tid för ikraftträdandet skall åtminstone preliminära riktlinjer på ett antal områden kunna finnas framtagna. För det föreslagna tandvårdsstödet är det mest angeläget att riktlinjer först tas fram för de områden som avser de mest kostsamma behandlingarna dvs. implantatbehandlingar och annan protetik. På längre sikt är det viktigt att även riktlinjer för t.ex. kariesbekämpning och tandlossningsbehandling utarbetas, eftersom kostsamma behandlingar inom ett antal år kan bli följderna av att dessa sjukdomstillstånd inte hantearas.

Försäkringskassans kontrollarbete

Utredningen föreslår att tandvårdsstödet i huvudsak skall vila på ett tydligt regelverk där vårdgivaren kan avgöra i vilka situationer och för vilka behandlingar ersättning lämnas. Därmed kommer behovet av förhandsprövningar att minska. Istället kommer Försäkringskassan att i större utsträckning göra kontroller i efterhand. Utredningen förordar att Försäkringskassans resurser som i dag är avsatta för kontrollinsatser behålls, men att inriktningen av kontrollerna ändras. Denna nya inriktning kräver ett aktivt utvecklingsarbete hos Försäkringskassan. Utredningen förutser att Försäkringskassan kommer att arbeta aktivt med s.k. data mining och

genomföra kontroller baserade på slumpmässiga urval och misstankar om missförhållanden. Det kan inte uteslutas att detta ställer krav på förändrad kompetens och organisation inom Försäkringskassan.

Nämnden för statligt tandvårdsstöd

Utredningen lämnar i avsnitt 11.4 förslag till en nämnd för statligt tandvårdsstöd. Regeringen bör i god tid före ikraftträdandet planera för att inrätta nämnden. Formellt sker tillskapandet av nämnden genom att Försäkringskassans instruktion ändras i enlighet med utredningens förslag. Detta bör ske först när riksdagen tagit ställning till regeringens förslag om det nya tandvårdsstödet. Före ikraftträdandet skall beslut fattas om tillsättande av nämndens ordförande och övriga ledamöter. Av central betydelse för att nämnden skall kunna fungera är att kanslifunktionen finns på plats, vilket är en annan uppgift som bör ges prioritet.

Som framgått tidigare i detta avsnitt måste nämndens uppgifter att ta fram förslag till ersättningsberättigande tandvård och referenspriser hanteras i annan ordning fram till reformens ikraftträdande.

Informations- och utbildningsinsatser

Det nya tandvårdsstödet innebär stora förändringar för samtliga involverade. Vårdgivarna kommer att styras av ett nytt regelverk, deras ersättning kommer att kontrolleras på ett annat sätt och kommunikationen med Försäkringskassan kommer att ske i en ny miljö. Försäkringskassan kommer att ha att förvalta ett nytt regelverk och ett nytt IT-system, lämna information och meddela föreskrifter utifrån nya regler samt tillämpa en ny kontrollfilosofi i tandvårdsärenden. Patienterna kommer att få ersättning på nya grunder, och bättre information om priser, tandhälsa och möjliga behandlingsalternativ. Nämnden för statligt tandvårdsstöd kommer att ha en helt ny normerande roll för vad som ingår i det statliga tandvårdsstödet och Socialstyrelsen kommer att utöva en mer aktiv roll i att definiera god tandvård generellt. För att detta skall kunna hända samtidigt och för att alla aktörer skall förstå sina respektive roller och hur olika delar hänger ihop kommer informations- och

utbildningsinsatser att krävas. Huvuddelen av dessa insatser bör genomföras av Försäkringskassan och de viktigaste mottagarna kommer att vara patienterna och vårdgivarna. Särskilt tyngdpunkt bör läggas på information till och utbildning av vårdpersonalen, dels för att ersättningssystemet och inrapporteringen av data skall fungera smidigt, men också för att det är vårdpersonalen som i stor utsträckning kommer att förklara innebörden av det nya ersättningssystemet för patienterna. En allmän upplysningskampanj i massmedia riktad till allmänheten för att sprida kunskaperna om det nya tandvårdsstödet bör också övervägas.

En samlad genomförandeorganisation

För att säkerställa att alla ovan redovisade förberedelser genomförs vid rätt tidpunkt och med rätt inriktning anser utredningen att genomförandet bör ledas och hållas samman inom Regeringskansliet. Utredningens förslag är beroende av att det principiella upplägget vidmakthålls och att inte enstaka delar bryts ut eller ändras väsentligt.

Ingen myndighet har ensam ansvar för att genomföra de olika förberedelserna som kommer att krävas, vilket innebär att genomförandeorganisationen bör ligga på Regeringskansliet och inte på respektive myndighet. Myndigheterna har att leverera resultat utifrån de uppdrag de har. Samordningen inom Regeringskansliet får inte innebära att myndigheterna lägger över ansvaret på Regeringskansliet eller att Regeringskansliet detaljstyr de uppgifter myndigheterna har att lösa. Uppgiften går huvudsakligen ut på att ge nödvändiga uppdrag till myndigheter och att följa upp genomförandet. Med tanke på att förslagen leder till krav på relativt omfattande förändringar av berörda myndigheters verksamhet inom tandvårdsområdet bör särskild uppmärksamhet ägnas sådan uppföljning.

En helt central och relativt omfattande uppgift är att genomföra det arbete som nämnden efter ikraftträdandet kommer att ansvara för, nämligen att vidareutveckla reglerna för ersättningsberättigande tandvård och att fastställa åtgärder och referenspriser. Dessa uppgifter finns inte i dag och kan inte läggas på en myndighet. Eftersom det är lämpligt att nämnden inte inrättas innan ett riksdagsbeslut fattats om det nya tandvårdsstödet, bör en föregångare till nämnden skapas inom ramen för genomförandeorganisationen.

19 Kostnadsberäkningar och ekonomiska konsekvenser

I detta avsnitt redovisas utredningens kostnadsberäkningar av förslagen om nytt tandvårdsstöd, inklusive känslighetsberäkningar. Vidare redogörs för de ekonomiska konsekvenserna för patienterna genom olika typfallsberäkningar. Avslutningsvis lämnas beräkningar av kostnadskonsekvenserna för berörda myndigheter m.m.

19.1 Översikt av kostnadsberäkningar

Den totala kostnaden för det statliga tandvårdsstödet beräknas i utredningens huvudalternativ till ca 5,9 miljarder kronor per år.¹ 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 mer än i huvudalternativet, vilket utredningen redovisar beräkningar för nedan. Inom skyddet mot höga kostnader lämnas i sidoalternativet ersättning med 50 procent

¹ Kostnaderna är beräknade i 2006 års priser.

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. Den högre kostnaden i huvudalternativet motiveras av att de dynamiska effekterna inom skyddet mot höga kostnader i detta alternativ bedöms bli större än i sidoalternativet.

När det gäller konsekvenserna för berörda myndigheter, främst Försäkringskassan och Socialstyrelsen, innebär utredningens förslag ökade kostnader med 43 miljoner 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. En detaljerad redovisning av de administrativa kostnaderna framgår av avsnitt 19.6.

Tabell 19.1 Statlig årlig bruttokostnad för det nya tandvårdsstödet avseende patienter 20 år och äldre (miljoner kronor)

	Huvudalternativ	Sidoalternativ
<i>Tandvårdscheck</i> (kan även utgöra ersättning för abonnemangstandvård)	1 130	1 130
<i>Skydd mot höga kostnader varav</i>	4 035–4 790	3 665–4 360
Statiskt	2 550	2 400
Materialkostnader	250	230
Dynamik 1 (Nya patienter i tandvården)	35–140	35–130
Dynamik 2 (Förändrat konsumtionsmönster för dagens patienter)	1 200–1 850	1 000–1 600
<i>Totalt</i>		
Lågt räknat	5 165	4 795
Högt räknat	5 920	5 490

Anm. Huvudalternativ: 50 procent ersättning för kostnader mellan 3 000 och 15 000 kronor, 85 procent ersättning för kostnader över 15 000 kronor.

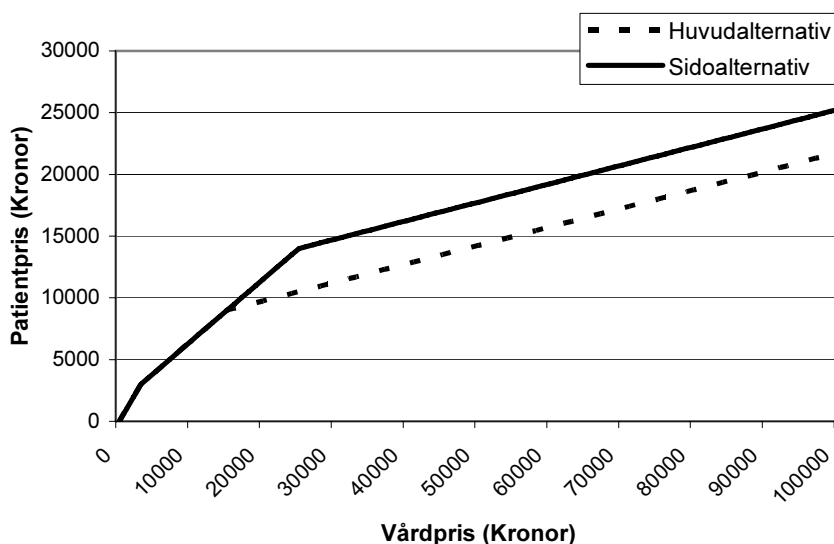
Sidoalternativ: 50 procent ersättning för kostnader mellan 3 000 och 25 000 kronor, 85 procent ersättning för kostnader över 25 000 kronor.

Källa: Egna beräkningar.

19.2 Graden av skydd mot höga kostnader

De alternativ till skydd mot höga kostnader som utredningen föreslår i avsnitt 14 skyddar mot höga kostnader i varierande grad. I figur 19.1 redovisas patientens pris för olika behandlingar beroende på vårdgivarpriset.

Figur 19.1 Patientens pris vid olika vårdgivarpriser i intervallet 0–100 000 kronor i utredningens två alternativ till skydd mot höga kostnader



Anm. Huvudalternativ: 50 procent ersättning för kostnader mellan 3 000 och 15 000 kronor, 85 procent ersättning för kostnader över 15 000 kronor.

Sidoalternativ: 50 procent ersättning för kostnader mellan 3 000 och 25 000 kronor, 85 procent ersättning för kostnader över 25 000 kronor.

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

Av figuren framgår att båda alternativ ger ett likvärdigt skydd för kostnader upp till 15 000 kronor. Därefter ger huvudalternativet en högre grad av skydd mot höga kostnader, dvs. patientens pris blir lägre. Skillnaden mellan patientens pris i de båda alternativen blir dock aldrig större än 3 500 kronor. Denna nivå uppnås vid en tandvårdskonsumtion motsvarande 25 000 kronor. Det innebär att en patient som utför tandvård till en kostnad av 25 000 kronor i huvudalternativet betalar cirka 10 500 kronor och i sidoalternativet

cirka 14 000 kronor. Vid dyrare vård förblir skillnaden mellan alternativen oförändrad. För vård som kostar 60 000 kronor betalar patienten 15 750 kronor i huvudalternativet och 19 250 kronor i sidoalternativet.

19.3 Patientens pris för några olika behandlingar

19.3.1 Typfallsberäkningar

För att tydliggöra skillnaderna mellan dagens tandvårdsstöd och utredningens förslag har patientens pris för ett antal vanliga behandlingssituationer jämförts i tabell 19.2. I tabellen redovisas patientkostnaden för patienter i alla åldrar.

Typfallsberäkningarna har gjorts under förutsättning att patienter utnyttjar tandvårdscheckens fulla värde, enligt vad som föreslås i avsnitt 12, dvs. 300 kronor vartannat år för patienter i åldersgruppen 30–74 år respektive 600 kronor vartannat år för patienter som är 20–29 år samt 75 år och äldre.

Det bör dock påpekas att ersättningen i form av grundbelopp i dagens system kan utgå vid flera tillfällen under en tvåårsperiod, medan tandvårdschecken endast kan utgå en gång per år eller en gång vartannat år.

I beräkningarna har hänsyn tagits till att patienten i dag själv betalar kostnaden för ädel- och gjutmetaller. Utredningen har således i möjligaste mån försökt redovisa den faktiska kostnad som patienten själv betalar i dagens system och beräknad kostnad i det nya tandvårdsstödet.

Behandlingspaket 1 omfattar en undersökning och en förebyggande åtgärd. Kostnaden för denna behandling kan beräknas uppgå till ca 1 120 kronor. I dagens system subventioneras undersökningen med 106 kronor för patienter som är 20–29 år och för patienter som är 65 år och äldre. För övriga patienter utgår ingen ersättning för denna åtgärd. För den förebyggande åtgärden är ersättningen 106 kronor för patienter 20–64 år och 159 kronor för patienter 65 år och äldre.

I utredningens förslag till nytt tandvårdsstöd utgår ingen tandvårdsersättning för behandlingarkostnader som understiger 3 000 kronor, dock lämnas ersättning i form av en tandvårdscheck. Om checken används som delbetalning för behandlingspaket 1 blir utredningens förslag mer förmånligt än dagens system. För pati-

enter i åldrarna 20–29 år innebär det att kostnaden för behandlingspaket 1 sjunker med ca 390 kronor. I de fall som patienten redan nyttjat sin tandvårdscheck och behöver få tandvård enligt behandlingspaket 1, blir skillnaderna mellan dagens system och utredningens förslag mycket små.

Behandlingspaket 4 har stora likheter med behandlingspaket 1, men med den skillnaden att patienten även gör en fyllning. För patienter i åldrarna 20–29 år utgår i dag en total subvention för detta behandlingspaket med ca 340 kronor. Det innebär att patienten i dagens system betalar ca 1 650 kronor för denna behandling. Med den tandvårdscheck som utredningen föreslår skulle patienten i åldersgruppen 20–29 år i det nya tandvårdsstödet betala ca 1 390 kronor för motsvarande behandling. Det innebär att kostnaden för patienter i denna åldersgrupp minskar med 260 kronor.

Behandlingspaket 7 omfattar två tandkronor och ett hängande broled. Därtill kommer en tandutdragning och erforderlig undersökning. Priset för en sådan behandling uppgår i dag till ca 10 160 kronor. Till detta kommer kostnaden för material i form av ädel- och gjutmetaller, vilket gör att vårdgivarens totala pris i dag uppgår till ca 11 480 kronor. I dagens system betalar patienten beroende på ålder omkring 10 000–11 000 kronor för en sådan behandling. I det nya tandvårdsstödet blir denna behandling betydligt billigare för samtliga patienter, både yngre och äldre än 65 år. Skillnaden mellan vad behandlingen kostar i dag och i det nya systemet uppgår till mellan 3 000 och 4 000 kronor.

Behandlingspaket 11 omfattar ett delimplantat. I dagens system, där det finns ett högkostnadsskydd för protetik för patienter 65 år och äldre, är kostnadsskillnaderna relativt stora beroende på om patienten är yngre eller äldre än 65 år. För patienter 20–64 år kostar en sådan behandling i dag cirka 14 000 kronor. För patienter 65 år och äldre är kostnaden i dagens system cirka 10 000 kronor. I det nya tandvårdsstödet kan motsvarande behandling beräknas kosta ca 9 300 kronor. För patienter äldre än 65 år blir skillnaden mellan de båda systemen inte så stor, men för patienter yngre än 65 år sjunker kostnaden för en delimplantatsbehandling med cirka 5 000 kronor.

Tabell 19.2 Vårdgivarpris och patientpris i dagens system och i utredningens förslag, huvudalternativet

	Vårdgivarpris (inkl. material)	Patientpris Dagens system			Patientpris Nytt system (Huvudalternativet) inkl. tandvårdscheck		
		20–29	30–64	65+	20–29	30–74	75+
BP1	1 120	910	1 010	860	520	820	520
11 Undersökning							
22 Förebyggande åtgärd							
BP 2	760	600	710	570	160	460	160
11 Undersökning							
24 Förebyggande åtgärd							
BP4	1 990	1 650	1 760	1 530	1 390	1 690	1 390
11 Undersökning							
22 Förebyggande åtgärd							
55 Flerytsfyllning							
BP 5	8 450	7 860	7 970	7 620	5 420	5 570	5 420
11 Undersökning							
22 Förebyggande åtgärd							
42 Rotfyllning							
64 Pelare							
62 Krona							
BP 6	4 380	3 660	3 770	3 360	3 390	3 540	3 390
11 Undersökning							
22 Förebyggande åtgärd							
42 Rotfyllning							
55 Flerytsfyllning							
BP 7	11 480	11 170	11 280	10 410	6 940	7 090	6 940
11 Undersökning							
15 Röntgen							
31 Tanduttagning							
2*62 Krona							
65 Hängande broled							
BP 8	11 530	7 890	7 970	7 640	6 960	7 120	6 960
11 Undersökning							
22 Förebyggande åtgärd							
3*55 Flerytsfyllning							
73 Partiell protes							
6*70 Prefabricerade tänder							
BP 9	4 300	3 640	3 640	3 360	3 350	3 500	3 350
91 Akutbesök							
42 Rotfyllning							
56 Krona							
BP 10	2 930	2 390	2 500	2 180	2 330	2 630	2 330
11 Undersökning							
4*13 Röntgen							
22 Förebyggande åtgärd							
34 Rotspetsoperation							
BP 11	17 800	14 190	14 300	10 440	9 310	9 360	9 310
11 Undersökning, 15 Röntgen							
68 Titankomp., 84 Operation							
88 Tillägg per fixtur, 62 Krona							
BP12	73 370	49 830	49 720	18 100	17 670	17 710	17 670
11 Undersökning							
86 Helkäksimp., 85 Operation							
75 Helkäksprotes temp.							
68*5 Titankomp.							

Anm. Vårdgivarpriserna utgår från utredningens preliminära referensprislista, se avsnitt 19.4.2. Uppskattad materialkostnad, se avsnitt 19.5.2.

Källa: Egna beräkningar.

Behandlingspaket 12 omfattar implantat i en helt tandlös käke. Kostnaden för denna behandling kan beräknas uppgå till ca 63 400 kronor. För de protetiska delarna av en sådan behandling betalar en patient som är 65 år eller äldre, under förutsättning att vårdgivaren håller folktandvårdens pris, 7 700 kronor exklusive ädel- och gjutmetaller och titankomponenter. Titankomponenterna subventioneras med 3 200 kronor styck, vilket skall täcka hela kostnaden för dessa komponenter. Patienten betalar då 7 700 kronor plus kostnaden för bastandvård. Totalt blir det en kostnad för patienten på 8 100 kronor. Till detta skall läggas kostnaden för material som i detta fall kan beräknas uppgå till ca 5 000–10 000 kronor beroende på materialval, fabrikat och tillverkningsmetod. Det innebär att en patient som är 65 år eller äldre i dag betalar omkring 13 100–18 100 kronor för en implantatbehandling av en helt tandlös käke. Förslaget till skydd mot höga kostnader där hälften av kostnaden över 3 000 kronor och 85 procent av kostnaden över 15 000 kronor ersätts från staten, innebär att patienten i det nya systemet själv betalar cirka 12 800–17 700 kronor för denna behandling. Det innebär att det nya systemet blir något förmånligare för patienter som är 65 år eller äldre. För patienter yngre än 65 år blir det nya systemet betydligt förmånligare.

19.3.2 Bedömning av konsekvenserna

En generell slutsats av ovanstående typfallsanalys är att många patienter genom förslaget om nytt tandvårdsstöd kommer att få sänkta tandvårdskostnader, dock inte alla.

För patienter yngre än 65 år innebär det föreslagna skyddet mot höga kostnader att all tandvård som kostar mer än 4 000–5 000 kronor kommer att bli betydligt billigare. För tandvård som kostar mindre än detta blir förändringarna inte särskilt stora.

För patienter som är 65 år eller äldre blir tandvårdskostnaderna i princip oförändrade för tandvård i kostnadslägena under 3 000 kronor samt över 15 000 kronor. Däremot blir kostnaderna för dessa patienter avseende tandvård i kostnadsläget 3 000–15 000 kronor betydligt lägre än i dag.

Cirka 80 procent av patienterna har i dag årliga kostnader som är lägre än 3 000 kronor, vilket betyder att det nya tandvårdsstödet inte innebär några större förändringar för dessa patienters tand-

vårdskostnader. Detta ligger i linje med den övergripande prioritering som uttrycks i utredningens tilläggsdirektiv, där det anges att de största behoven bör ges den högsta prioriteten och att den viktigaste åtgärden är att skapa ett rimligt högkostnadsskydd.

Utredningen vill särskilt peka på att förslaget om skydd mot höga kostnader syftar till att just skydda mot höga kostnader, inte att ge ett generellt bidrag till alla patienter. Höga tandvårdskostnader är något som de flesta patienter drabbas av någon eller några få gånger i livet. Det är vid dessa tillfällen som det är viktigt att det finns ett skydd mot höga kostnader som gör det möjligt för flera att få omfattande tandvård när behov uppstår. Det är därför rimligt att konsekvenserna av utredningens förslag blir att patienter med en årlig tandvårdskostnad lägre än 3 000 kronor får i princip oförändrade kostnader, men att patienter som får en årlig kostnad som är högre än detta får en väsentlig subvention från staten.

Utredningen kan vidare konstatera att de patienter som förlorar på det nya tandvårdsstödet förlorar mycket lite i kronor räknat, i flertalet fall högst ett par hundra kronor. I stället vinner de patienter som gynnas av förslaget mycket, i de flesta fall flera tusentals kronor. Vilka patienter som vinner respektive förlorar beror i stor utsträckning på vilket tandvårdsbehov patienten har och hur ofta hon eller han besöker tandvården.

Patienter som förlorar i det nya tandvårdsstödet återfinns bland de som har tandvårdskostnader på 2 000–3 000 kronor. Det är dock inte alla i denna grupp som förlorar, utan exempelvis patienter som har upprepade behov av förebyggande behandlingar under ett år eller en rotspetsoperation enligt behandlingspaket 10. Förlusten för dessa patienter är dock relativt begränsad och uppgår som mest till 100–200 kronor.

Huruvida en patient blir vinnare eller förlorare i det nya tandvårdsstödet måste dock också ses i ett dynamiskt perspektiv. Även om en patient förlorar något under de år då tandvårdsbehoven är små, kommer patienten under det eller de år i livet som han eller hon drabbas av höga tandvårdskostnader att få ett betydligt bättre skydd mot höga kostnader i det nya tandvårdsstödet än i dagens system.

19.4 Beräkningsförutsättningar

19.4.1 Volym

Utredningens kostnadsberäkningar bygger på statistik över tandvårdskonsumtionen år 2005. Statistiken är hämtad från Försäkringskassans databas för det statliga tandvårdsstödet. En närmare beskrivning av datamaterialet och utredningens analyser av tandvårdskonsumtionen och tandvårdskostnaderna framgår av avsnitt 4. I Försäkringskassans databas finns uppgifter om tandvårdskostnaden för cirka 1,6 miljoner patienter. Av dessa är cirka 1,2 miljoner personer under 65 år och cirka 0,4 miljoner personer över 65 år.

Utredningens beräkningar av de statsfinansiella konsekvenserna av det nya tandvårdsstödet baseras på ett antagande om att patienter som inte finns registrerade i Försäkringskassans databas följer samma tandvårdskonsumtion som de patienter som finns registrerade.

Utredningen kan följa tandvårdskonsumtionen på individ- och åtgärdsnivå för 1,23 miljoner personer. Därutöver finns 1,47 miljoner personer som får del av det statliga tandvårdsstödet, men som inte finns registrerade på individ- och åtgärdsnivå i Försäkringskassans databas. Det ovan angivna antagandet innebär att utredningen antar att de 1,47 miljoner personer har samma konsumtionsmönster som de 1,23 miljonerna personer. Detta antagande medför sannolikt en viss överskattning av tandvårdskostnaderna, eftersom det är rimligt att anta att en viktig förklaring till att de 1,47 miljoner personerna inte finns redovisade på individnivå i Försäkringskassans databas är att dessa inte genererar höga ersättningar från det statliga tandvårdsstödet.

Givet detta antagande och med beräkningar baserade på den preliminära referensprislista som utredningen tagit fram, redovisas i tabell 19.3 fördelningen av patienternas totala tandvårdskonsumtion i olika vårdgivarprisintervall. I tabellen är antalet patienter uppdelat utifrån om de finns redovisade på individnivå i Försäkringskassans databas eller inte.

Andelen patienter som konsumerar tandvård till ett värde som understiger 3 000 kronor är knappt 80 procent. De flesta patienter, cirka 42 procent, konsumerar tandvård till ett vårdgivarpris som ligger i intervallet 1 000–3 000 kronor. Cirka 35 procent av patienterna finns i intervallet 500–1 000 kronor.

Tabell 19.3 Antal patienter 20-64 år med vårdgivarpris i olika intervall och medianvårdgivarpriset i respektive intervall

Prel. referenspris (Kronor)	Antal patienter redovisade på individnivå	Antal patienter som inte är redovisade på individnivå*	Totalt antal	Fördelning	Medianpris (Kronor)
0–200	400	500	900	0,0 %	32
200–500	26 000	31 100	57 100	2,1 %	258
500–1 000	425 300	508 500	933 800	34,6 %	626
1 000–3 000	519 300	620 800	1 140 100	42,2 %	1 633
3 000–5 000	137 100	164 000	301 100	11,2 %	3 756
5 000–7 000	55 800	66 700	122 500	4,5 %	5 835
7 000–10 000	31 500	37 700	69 200	2,6 %	8 127
10 000–15 000	19 200	22 900	42 100	1,6 %	11 781
15 000–20 000	6 800	8 100	14 900	0,6 %	16 898
20 000–25 000	3 100	3 700	6 800	0,3 %	22 140
25 000–30 000	1 600	1 900	3 600	0,1 %	27 136
30 000–50 000	2 500	3 000	5 500	0,2 %	35 896
50 000–75 000	800	900	1 700	0,1 %	58 915
>75 000	300	400	700	0,0 %	91 485
Totalt	1 229 700	1 470 200	2 700 000	100 %	

* Tandvårdskonsumtionen för denna grupp bygger på utredningens antagande.

Anm. De preliminära referenspriserna tar dock ej hänsyn till kostnaden för de standardmaterial som utredningen föreslår skall omfattas av det statliga stödet.

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

19.4.2 Pris

Utredningen föreslår att tandvårdsersättningen inom skyddet mot höga kostnader beräknas utifrån patientens tandvårdskostnader, dock ej patientens faktiska pris utan de av regeringen bestämda referenspriserna, se avsnitt 14. Referenspriset för varje behandling (åtgärd) skall vara kostnadsbaserat och motsvara en skälig ersättning till vårdgivaren för den behandling som utförs. En närmare beskrivning av referensprissystemet framgår av avsnitt 11.

Underlag och förslag till regeringen inför beslut om referenspriserna skall lämnas av den nämnd för det statliga tandvårdsstödet som utredningen föreslår skall inrättas. Referensprislistan bör baseras på nya kostnadsberäkningar av de ersättningsberättigande åtgärderna och i förekommande fall inkludera kostnaden för ett

standardmaterial i form av ädel- och gjutmetaller. För vissa åtgärder kan nya tidsstudier vara nödvändiga att göra.

Utredningen lämnar inte något förslag till referenspriser, men har för att kunna beräkna kostnaderna för det nya tandvårdsstödet utarbetat en preliminär referensprislista med utgångspunkt i de priser vårdgivarna har i dag. De kostnadsberäkningar som utredningen redovisar behöver således justeras när den slutliga referensprislistan har fastställts av regeringen.

Som utredningen konstaterar i avsnitt 5 är spridningen mellan vårdgivarnas priser stor, vilket försvårar arbetet med att fastställa relevanta referenspriser. Utredningen har utgått från priserna inom Folktandvården Stockholms län AB. Skälet till detta är att priserna kan anses representera ett rikssnitt. För att hantera problemet med latituder har utredningen i första hand hämtat prisuppgifter från de uppgifter som Folktandvården i Stockholm rapporterat till Försäkringskassans databas. Dessa prisuppgifter täcker en majoritet av åtgärderna och utgör det pris som debiterats patienterna. Därmed avspeglar priserna det faktiska prisläget oavsett hur normallatituderna är angivna. För de åtgärder där prisuppgifter saknas i Försäkringskassans databas har uppgifter från Försäkringskassans prisjämförelse år 2005 använts. I de fall där prisuppgifter i dessa båda källor saknas har uppgifter hämtats från prislistan hos Folktandvården i Stockholm, där normalpriset (normallatitud) använts.

19.4.3 Införande effekter

Utredningens kostnadsberäkningar av det nya tandvårdsstödet baserar sig på kostnaderna när det nya systemet införts fullt ut. Eftersom det nya tandvårdsstödet föreslås träda i kraft den 1 juli 2008 kommer kostnaderna för tandvårdsstödet av naturliga skäl inte att uppgå till 6,2 miljarder kronor under år 2008, vilket är den angivna utgiftsramen enligt budgetpropositionen för 2007. Ett rimligt antagande är dock att kostnaderna för det nya tandvårdsstödet under 2008 inte utgör hälften av den angivna ramen, utan att något mer än hälften av de 3 miljarder kronor som tillförs anslaget för år 2008 kommer att tas i anspråk.

Utredningen menar att det, under förutsättning att reformen aviseras i god tid före införandet, kan finnas patienter som avvaktar med sin tandvård under andra hälften av år 2007 och första hälften av år 2008, för att utföra nödvändiga behandlingar när det nya

systemet är infört. Det innebär att kostnaderna för tandvårdsreformen under det första året, dvs. andra halvåret 2008 och första halvåret 2009, kan komma att överstiga de budgeterade medlen. Utredningen ser detta som en naturlig effekt vid införandet av en ny reform, men bedömer att reformkostnaden, när denna initiala effekt klingat av, ryms inom ramen för de budgeterade medlen.

19.4.4 Effekten av justerade referenspriser och karensbelopp

Den nämnd för det statliga tandvårdsstödet som föreslås inrättas kommer att behöva följa prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden kontinuerligt. Utredningen föreslår att nämnden ges i uppdrag att till regeringen lämna underlag och vid behov förslag till beslut avseende justering av referenspriserna i syfte att följa kostnads- och prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden. I samband med detta är det för de statsfinansiella konsekvenserna viktigt att även beloppsgränserna för tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader ses över, så att de motsvarar det penningvärde som de har vid införandet. Om inte beloppsgränserna justeras i motsvarande utsträckning kommer reviderade referenspriser att leda till en kostnadsökning för staten. Utredningen menar att en justering av referenspriserna därför behöver åtföljas av justerade karensbelopp så att dessa effekter tar ut varandra, i vart fall över tid. Under dessa förutsättningar kommer inte prisökningar inom tandvården att påverka statens kostnader för tandvårdsstödet.

19.5 Känslighetsberäkningar och detaljerade kostnadsberäkningar

Utredningen lämnar i detta avsnitt en detaljerad beskrivning av de kostnadsberäkningar som gjorts avseende tandvårdscheck och materialkostnad. I avsnittet redovisas också de dynamiska kostnadseffekterna till följd av att fler besöker tandvården och ett förändrat konsumtionsmönster. Utredningen gör även en översiktlig känslighetsanalys av hur det nya tandvårdsstödet påverkas av betendemässiga förändringar.

19.5.1 Kostnader för tandvårdschecken

Utredningen bedömer att kostnaden för införandet av en tandvårdscheck på 300 kronor vartannat år till hela den vuxna befolkningen uppgår till cirka 760 miljoner kronor per år. Utredningen har då antagit att minst 85 procent av befolkningen i samtliga åldersgrupper kommer att besöka tandvården en gång vartannat år. Det innebär att antalet personer som besöker tandvården under en tvåårsperiod kommer att öka med cirka 550 000 personer jämfört med dagens situation.

Antagandet bygger vidare på att antalet besök fördelar sig proportionellt över en tvåårsperiod, dvs. att hälften av patienterna besöker tandvården under år ett och den andra hälften under år två. Avvikelse från detta besöksmönster innebär att kostnaderna kommer att fördela sig ojämnt mellan åren och att kostnaden för tandvårdsstödet får en cyklisk variation. Utredningen bedömer dock att det, innan man vet något närmare om hur patienterna kommer att besöka tandvården för nyttjandet av tandvårdschecken, är rimligt att anta att besöken kommer att fördela sig jämt över tiden. Skulle det senare visa sig att besöksmönstret har ett annorlunda utseende bör detta beaktas vid fastställandet av anslaget för det statliga tandvårdsstödet respektive år.

Som framgår av avsnitt 12 föreslår utredningen att tandvårdschecken utformas på ett sådant sätt att den i första hand påverkar besöksfrekvensen bland de grupper där besöksfrekvensen i dag är låg. Genom en riktad insats till dessa grupper kan tandvårdschecken höjas till en nivå som utredningen bedömer kan påverka dessa gruppers benägenhet att besöka tandvården i större utsträckning än i dag. Utredningens förslag är därför att tandvårdschecken utgår med 300 kronor vartannat år för hela den vuxna befolkningen, men att detta belopp fördubblas för patienter i åldersgrupperna 20–29 år och för patienter 75 år och äldre. För dessa åldersgrupper kommer således en tandvårdscheck att utgå med 600 kronor vartannat år.

Kostnaden för denna reform beräknar utredningen, under antagandet att minst 85 procent av patienterna i respektive åldersgrupp besöker tandvården under en period av två år, till ca 1,1 miljarder kronor.² Det innebär alltså att kostnaden för tandvårdschecken blir ca 350 miljoner kronor högre än vad som skulle

² I de åldersgrupper där besöksfrekvensen i dag överstiger 85 procent antar utredningen att besöksfrekvensen ligger kvar på samma nivå som i dag.

vara fallet om en tandvårdscheck utgick med 300 kronor till alla. Utredningen bedömer dock att denna merkostnad är nödvändig för att tandvårdschecken på ett reellt sätt skall kunna påverka människors benägenhet att besöka tandvården, vilket är det övergripande målet med checken.

Tabell 19.4 Kostnaden för utredningens förslag till utformning av tandvårdscheck

	Befolkning	Andel som i dag besöker tandvården under en tvåårsperiod	Utredningens antagande om besöksfrekvens under en tvåårsperiod	Tandvårdscheck vartannat år	Kostnad per år (miljoner kronor)
20-29	1,07	77 %	85 %	600	270
30-39	1,25	81 %	85 %	300	160
40-49	1,22	83 %	85 %	300	160
50-59	1,21	90 %	90 %	300	160
60-64	0,57	94 %	94 %	300	81
65-74	0,77	89 %	89 %	300	100
75+	0,80	81 %	85 %	600	200
Totalt	6,89				1 131

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

I det sidoalternativ till skydd mot höga kostnader som utredningen kostnadsberäknat finns det utrymme att höja tandvårdschecken till ett högre belopp även för patienter i åldrarna 30–74 år. Detta gäller under förutsättning att de kriterier som utredningen satt upp för att kontrollera kostnadsutvecklingen uppfylls. Utredningen presenterar i tabell 19.5 beräkningar av kostnaden för att höja tandvårdscheckens värde till 400 kronor, 500 kronor respektive 600 kronor vartannat år. Av tabellen framgår att en höjning av tandvårdschecken till 400 kronor vartannat år för gruppen 30–74 år respektive 600 kronor för 20–29 år och 75 år och äldre beräknas kosta cirka 1 360 miljoner kronor per år. En höjning för gruppen 30–74 år till 500 kronor innebär en total årlig kostnad på cirka 1 580 miljoner kronor. En tandvårdscheck på 600 kronor vartannat år till alla patienter beräknas kosta cirka 1 800 miljoner kronor per år.

Utredningen kan konstatera att en höjning av checken i sidoalternativet till 600 kronor för samtliga patienter innebär en stor risk för att den utgiftsram som regeringen anslagit för det nya

tandvårdsstödet kommer att överskridas. För det fall att sidalternativet övervägs förordar därför utredningen att checken höjs till 400 eller 500 kronor för åldersgruppen 30–74 år.

Tabell 19.5 Kostnaden för en höjd tandvårdscheck

Tandvårdscheck för patienter i åldrarna 30–74 år vartannat år	Tandvårdscheck för patienter i åldrarna 20–29 år och 75+ vartannat år	Total årlig kostnad för tandvårdscheck (miljoner kronor)
400 kronor	600 kronor	1 360
500 kronor	600 kronor	1 580
600 kronor	600 kronor	1 800

Källa: Egna beräkningar.

19.5.2 Kostnader för att inkludera visst material i skyddet mot höga kostnader

Utredningen föreslår att kostnader för vissa standardmaterial skall inkluderas i de referenspriser som skall ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning, se avsnitt 11. I dagens system omfattas inte kostnader för ädel- och gjutmetaller av tandvårdsstödet. För att bilda sig en uppfattning om materialkostnadens storlek har utredningen inhämtat underlag från den tandtekniska sektorn. Utredningen kan konstatera att den materialkostnad som är förknippad med de berörda protetiska åtgärderna kan variera mycket beroende på materialval, fabrikat och tillverkningsmetod. De underlag som utredningen presenterar i detta avsnitt skall därför endast ses som en översiktlig uppskattning av materialkostnaden vid olika behandlingar.

Utredningen har valt att räkna kostnaden för denna del av reformen relativt högt och utgått från materialval som i vissa fall knappast kan betraktas som det som utredningen avser med standardmaterial. Detta för att inte underskatta kostnaderna av att inkludera material i det nya tandvårdsstödet. Mer exakta beräkningar av kostnaderna för denna reform kan därför först göras då den nämnd, som utredningen föreslår skall tillsättas, på ett systematiskt sätt gått igenom kostnaden för olika materialval och föreslagit vilken typ av material som skall ingå i referenspriset.

Utredningen uppskattar kostnaden för detta förslag till ca 250 miljoner kronor i huvudalternativet. Förutsättningarna för

detta framgår av tabell 19.6, där kostnaden för olika material redovisas för de åtgärder där materialkostnaden inte ingår i behandlingen. Utifrån dessa kostnader har utredningen beräknat reformkostnaden genom att studera antalet åtgärder som utförs i dag baserat på uppgifter från Försäkringskassans databas. Försäkringskassans databas omfattar dock inte alla behandlingar som utförs. En undertäckning finns för framförallt antalet utförda tandkronor (åtgärd 62). För de behandlingar med tandkronor som utförs inom ramen för dagens högkostnadsskydd finns en relativt god täckning, men för de som utförs på patienter yngre än 65 år eller utanför högkostnadsskyddet för patienter äldre än 65 år ger databasen ingen heltäckande bild.

Tabell 19.6 Kostnaden för att inkludera material i referenspriset, huvudalternativet

Åtgärd	Materialkostnad (kronor)	Antal åtgärder	Ersättningsgrad	Kostnad (tusen kronor)
61	220	1 930	50 %	212
62	440	267 935	85 %	100 208
63	900	30 423	50 %	13 690
64	300	29 076	50 %	4 361
65	440	67 055	50 %	14 752
73	2 020	18 555	85 %	31 859
74	2 020	2 937	85 %	5 043
79	800	487	85 %	331
86	10 000	3 550	85 %	30 175
87	10 000	4 594	85 %	39 049
89	10 000	852	85 %	7 242
Totalt				247 730

Anm. Förklaring till åtgärdskoderna återfinns i bilaga 4.

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar

Utredningens förslag till skydd mot höga kostnader innebär att material kommer att subventioneras i olika grad beroende på vilken behandling det handlar om. Utredningen har antagit att de material som ingår i behandlingar som är dyrare än 15 000 kronor subventioneras till 85 procent medan material som ingår i behandlingar som understiger 15 000 kronor subventioneras till 50 procent. Vilken subvention som antagits för respektive åtgärd framgår av tabell 19.6. I ett försök att kompensera för den undertäckning som finns i databasen av antalet tandkronor har utredningen vad gäller

subventionsgraden för tandkronor räknat med 85 procent istället för 50 procent. Detta hanterar naturligtvis inte problematiken men är sannolikt det bästa som kan göras då statistikunderlaget inte tillåter en mer precis beräkning.

19.5.3 Känslighetsberäkningar och dynamiska effekter av att fler besöker tandvården

Utredningens bedömning är att införandet av tandvårdschecken leder till att andelen av den vuxna befolkningen som besöker tandvården ökar. Utredningen antar att besöksfrekvensen i samtliga åldersgrupper uppgår till minst 85 procent under en tvåårsperiod. I de åldersgrupper där besöksfrekvensen i dag överstiger 85 procent antar utredningen att besöksfrekvensen är oförändrad. Antalet patienter som besöker tandvården under en tvåårsperiod förväntas därmed öka med cirka 550 000 stycken. Ökningen av antalet patienter som besöker tandvården årligen antas av utredningen därför uppgå till 275 000 patienter. Av dessa beräknas 240 000 patienter vara yngre än 65 år och 35 000 patienter äldre än 65 år.

Utifrån denna volymökning har utredningen beräknat kostnadskonsekvenserna av att fler patienter besöker tandvården under två olika antaganden: ett där de nya patienterna antas ha ett relativt stort vårdbehov och ett där de antas ha ett litet vårdbehov. Utifrån detta kan utredningen göra en uppskattning av i vilket intervall kostnaden för denna volymökning kan komma att ligga.

Det första antagandet är att dessa patienter konsumerar tandvård efter samma mönster som dagens patienter gör. Det kan ses som ett väl tilltaget antagande om denna grupps tandvårdskonsumtion. Knappt hälften av de nya patienterna, cirka 150 000 personer, kan antas vara i åldrarna 20–29 år. Omkring 135 000 personer är i åldersgruppen 30–49 år och 35 000 personer är äldre än 65 år. Vårdbehovet hos de flesta patienter som är 20–29 år kan antas vara relativt begränsat. Eftersom denna grupp kommer att utgöra en så pass stor del av volymökningen torde detta antagande leda till en överskattning av antalet patienter med stora tandvårdsbehov och en underskattning av antalet patienter med små tandvårdsbehov.

Tabell 19.7 Fördelning efter vårdgivarpris av de patienter som förväntas tillkomma till tandvården vid införandet av tandvårdschecken, vid olika antaganden om tandvårdskonsumtion

Prel. referenspris (Kronor)	Stort vårdbehov (%)		Litet vårdbehov (%)	
	20–64	65+	20–64	65+
0–200	0,03	22,74	0,03	22,74
200–500	2,11	18,56	0,42	18,56
500–1 000	34,59	16,42	39,75	18,88
1 000–3 000	42,23	23,48	48,53	27,00
3 000–5 000	11,15	7,26	7,80	6,54
5 000–7 000	4,54	4,93	2,27	4,43
7 000–10 000	2,56	1,59	0,64	0,79
10 000–15 000	1,56	1,43	0,39	0,57
15 000–20 000	0,55	0,67	0,11	0,13
20 000–25 000	0,25	0,48	0,03	0,05
25 000–30 000	0,13	0,38	0,01	0,08
30 000–50 000	0,20	1,08	0,02	0,11
50 000–75 000	0,06	0,56	0,01	0,06
>75 000	0,03	0,37	0,00	0,04
Totalt	100	100	100	100
Antal patienter	240 000	35 000	240 000	35 000
Kostnad (miljoner kronor)	Stort vårdbehov		Litet vårdbehov	
Huvudalternativ	140		35	
Sidoalternativ	130		35	

Källa: Egna beräkningar.

Utredningen har också räknat på ett antagande där gruppen nya patienter antas ha en betydligt mindre tandvårdskonsumtion än de patienter som besöker tandvården i dag. Antagandet innebär att endast en begränsad del av de nya patienterna har ett mer omfattande tandvårdsbehov. Vidare antas att andelen patienter som har en tandvårdskonsumtion som understiger 3 000 kronor är högre än i patientgruppen som går att följa på individnivå i Försäkringskassans databas.

Fördelningen av andelen patienter i olika vårdprisintervall framgår under dessa antaganden av tabell 19.7. Kostnadsmässigt innebär

de olika antagandena att skyddet mot höga kostnader ökar med 35–140 miljoner kronor i huvudalternativet och i sidoalternativet med 35–130 miljoner kronor som en följd av att fler besöker tandvården då det nya tandvårdsstödet införs.

19.5.4 Känslighetsberäkningar och dynamiska effekter till följd av förändrade konsumtionsmönster

Utöver de volymökningar som en tandvårdsreform kan komma att innebära kan även tandvårdskonsumtionen komma att förändras hos de patienter som i dag besöker tandvården. Utredningens bedömning är att den förändrade kostnadsbild som det nya tandvårdsstödet innebär för olika behandlingar kan medföra ökad efterfrågan och ett förändrat konsumtionsmönster. Utredningen anser att risken för en förskjutning mot dyrare tandvård är stor.

De beteendemässiga förändringarna är svåra att förutsäga, då det är många faktorer som påverkar det verkliga utfallet. Utredningen har därför valt att göra olika antaganden om dessa beteendemässiga förändringar, där bedömningen av förändringarnas storlek har sin grund i utformningen av skyddet mot höga kostnader. Utredningen menar att ett grundläggande antagande om hur mycket tandvårdskonsumtionen kan komma att förändras, är att de beteendemässiga förändringarna blir större ju generösare skyddet mot höga kostnader är. Utredningen har därför anpassat antagandena om de beteendemässiga förändringarna efter nivån på karensbelopp och ersättningsgrader i de båda alternativen till skydd mot höga kostnader.

Utredningens metod för att simulera de beteendemässiga förändringarna utgår ifrån hur dagens patienter fördelar sig över olika kostnadsintervall.³ Utifrån detta antas att en viss mängd patienter byter intervall och på detta sätt simuleras de beteendemässiga förändringarnas betydelse för kostnadsutvecklingen. Det bör dock påpekas att simuleringen avser utfallet för de totala kostnaderna och är inte en prognos över hur enskilda patienters tandvårdskostnader kommer att fördela sig i över olika kostnadsintervall.

Utredningen har vid simuleringen av de beteendemässiga effekterna gjort olika antaganden av hur patienter yngre respektive äldre än 65 år kan tänkas reagera på de förändringar av tandvårdsstödet som utredningen föreslår. I stora drag kan skillnaden mellan

³ Denna fördelning framgår av tabell 19.7.

dagens tandvårdsstöd och utredningens förslag till nytt tandvårdsstöd beskrivas som att tandvård i kostnadsläget över 4 000–5 000 kronor blir billigare för patienter som är yngre än 65 år. För patienter 65 år eller äldre blir tandvård som kostar mindre än 3 000 kronor respektive mer än 15 000 kronor i princip oförändrad, men tandvård i kostnadsläget 3 000–15 000 kronor billigare.

Mot denna bakgrund gör utredningen antagandet att tandvårds-konsumtionen för patienter 65 år och äldre blir relativt oförändrad. Två motverkande effekter ligger till grund för denna bedömning. Genom att skyddet mot höga kostnader innebär att patienten alltid betalar en viss andel av tandvårdskostnaden själv ges patienten incitament att om möjligt välja en mindre kostsam behandling. I dagens högkostnadsskydd för patienter 65 år eller äldre finns inte dessa incitament, utan patienten kan, när karensbeloppet 7 700 kronor är passerat, välja ett mer kostsamt behandlingsalternativ utan att den egna kostnaden påverkas. Utformningen av utredningens förslag till skydd mot höga kostnader bör enligt utredningens bedömning innebära en viss förskjutning från implantatbehandlingar till konventionell protetik. Även regelverket för ersättningsberättigande tandvård bör ge denna effekt, eftersom reglerna anger att konventionell protetik skall vara ersättningsberättigande, inte implantat, när konventionell protetik är möjligt att göra. Vidare leder det föreslagna skyddet mot höga kostnader till att konventionell protetik blir billigare än i dag, vilket bör leda till att fler patienter kommer att välja sådan behandling framför dyrare protetiska åtgärder. Därmed bör enligt utredningens bedömning kostnaderna för tandvårdsstödet minska.

En motverkande effekt kan dock uppstå genom det faktum att konventionell protetik blir billigare. Ett antal patienter som i dag helt avstår från sådan behandling av kostnadsskäl bör enligt utredningens bedömning sannolikt finna denna typ av vård ekonomiskt attraktiv i det nya tandvårdsstödet. I åldersgruppen finns ett stort antal patienter som har omfattande fyllningar, kronor och broar, vilket gör att det finns stor potential för efterfrågeökningar på konventionell protetik. Därmed kan antalet patienter med tandvårdskostnader mellan 3 000–15 000 kronor förväntas öka, vilket utredningen bedömer leder till ökade kostnader i det statliga tandvårdsstödet.

Utredningens samlade bedömning av dessa motverkande effekter är att de tar ut varandra. Några dynamiska effekter avseende patienter äldre än 65 år, som får konsekvenser för kostnadsutveck-

lingen i det nya tandvårdsstödet, bedömer därför utredningen inte att det finns. I den fortsatta redovisningen behandlas därför endast dynamiska effekter avseende patienter 20–64 år.

Känslighetsanalys och bedömning av dynamiska effekter i huvudalternativet

De typfallsberäkningar som utredningen presenterar ovan visar att i princip all tandvård som överstiger 4 000–5 000 kronor kommer att bli billigare i det nya tandvårdsstödet för patienter 20–64 år. Utredningen har därför i de kostnadssimuleringar som här redovisas utgått från att beteendeförändringarna kan komma att bli betydande.

I huvudalternativet antar utredningen att tandvårdskonsumtionen för patienter 20–64 år kan komma att förändras så att en mycket stor andel av patienterna, 110 procent, förflyttar sin tandvårdskonsumtion mer än ett kostnadsintervall uppåt. Under detta antagande kommer huvuddelen av patienterna att få tandvårdskostnader i intervallet 3 000–5 000 kronor, vilket är en kraftig förändring i förhållande till hur tandvårdskonsumtionen ser ut i dag. Andelen patienter med mycket höga tandvårdskostnader ökar också mycket under detta antagande, vilket är den främsta förklaringen till att de beteendemässiga förändringarna under detta antagande kan beräknas till ca 1,9 miljarder kronor.

Tabell 19.8 Antagande om kostnad för beteendemässiga förändringar hos patienter 20–64 år som i dag besöker tandvården (miljoner kronor)

	Huvudalternativ	Sidoalternativ
Antag att 60 procent av patienterna förskjuts ett kostnadsintervall uppåt		1 000
Antag att 70 procent av patienterna förskjuts ett kostnadsintervall uppåt	1 200	
Antag att 100 procent patienter förskjuts ett kostnadsintervall uppåt		1 600
Antag att 110 procent av patienterna förskjuts ett kostnadsintervall uppåt*	1 850	

* Alla personer kan inte förflytta sig på detta sätt utan att antalet personer ökar. Detta korrigeras genom att minska antalet patienter i vårdgivarprisintervallet 1 000–3 000 kronor så att det totala antalet patienter som besöker tandvården blir oförändrat.

Källa: Egna beräkningar.

Utredningen har också beräknat kostnaderna under ett antagande om något mindre beteendemässiga förändringar. Utredningen har då antagit att 70 procent av patienterna i respektive vårdgivarprisintervall förflyttar sig ett intervall uppåt. Den uppskattade kostnaden för de beteendemässiga förändringarna uppgår då till ca 1,2 miljarder kronor.

Utredningen kan utifrån analysen ovan konstatera att kostnadsutvecklingen i det nya tandvårdsstödet är relativt känslig för beteendemässiga förändringar. Små beteendemässiga förändringar kan ge stora effekter på kostnadsutvecklingen under förutsättning att de sker genom förskjutningar från mindre kostsam tandvård till mer kostsam vård. Ett exempel på denna typ av förändring som kan få betydande kostnadskonsekvenser är den ökning av implantatbehandlingar som skett under de senaste åren.

Av största vikt för att den angivna utgiftsramen för tandvårdsstödet skall kunna hållas är att det finns ett tydligt regelverk som definierar vad som är ersättningsberättigande tandvård. Utredningen lämnar i avsnitt 11 förslag till hur ett sådant regelverk skulle kunna utformas. Det huvudsakliga ansvaret för att utarbeta regelverket och lämna förslag till beslut av regeringen åligger den nämnd för det statliga tandvårdsstödet som utredningen föreslår skall inrättas. Tydliga begränsningsregler är av största vikt för att säkerställa den långsiktiga hållbarheten av det nya tandvårdsstödet. Om regelverket för ersättningsberättigande tandvård inte görs tillräckligt tydligt anser utredningen att ytterligare skärpningar av regelverket bör övervägas för att hålla den konsumerade volymen under kontroll, se avsnitt 14.4.

Känslighetsanalys och bedömning av dynamiska effekter i sidoalternativet

I utredningens sidoalternativ till skydd mot höga kostnader uppgår den övre beloppsgränsen till 25 000 kronor. Det innebär att ersättningen för tandvård som överstiger 15 000 kronor minskar något, jämfört med huvudalternativet, och de beteendemässiga förändringarna kan därmed antas bli något mindre. Utredningen har simulerat kostnaden då samtliga patienter ökar sin tandvårds-konsumtion så att de förflyttar sig ett intervall uppåt i tabell 19.8. Under detta antagande bedömer utredningen att de beteendemässiga förändringarna innebär en kostnadsökning med ca

1,6 miljarder kronor. Om 60 procent av patienterna ökar sin konsumtion på detta sätt innebär det en kostnadsökning på ca 1,0 miljard kronor.

Utredningen kan konstatera att kostnadsutvecklingen också vid en utformning av skyddet mot höga kostnader enligt sidoalternativet är relativt känslig för beteendemässiga förändringar. Då det även i detta alternativ blir betydligt billigare med tandvård för många patienter, förutsätts ett tydligt regelverk för ersättningsberättigande tandvård och att vid behov ytterligare åtgärder vidtas för att skärpa regelverket, se avsnitt 14.4.

19.6 Administrativa kostnader

Det nya tandvårdsstödet förutsätter förstärkta insatser för styrning och en effektivare administration. Utredningen ser stora behov av att förbättra den statliga styrningen av tandvården. Detta för att garantera att det ökade statliga stödet ger de önskade effekterna. En utvecklad statlig styrning kommer att kräva ökade resurser men kan också förväntas medföra en ökad kunskap om effekterna på tandhälsa och tandvårdskostnader och en bättre fungerande tandvårdsmarknad.

En översikt av de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag för berörda myndigheter m.m. framgår av tabell 19.9. Totalt innebär förslagen behov av ökade resurser med 43 miljoner år 2007, 55 miljoner kronor år 2008 och 31 miljoner kronor år 2009 och 2010.

För att förbättra kunskapsstyrningen av tandvården föreslår utredningen att Socialstyrelsen tillförs medel för att utarbeta nationella riktlinjer. Utredningen föreslår också att Socialstyrelsen tillförs medel för att förbättra statistiken och kunskapen kring tandhälsan bland den vuxna befolkningen i form av ett tandhälsoregister. Utredningen föreslår vidare att medel avsätts för kvalitetsregister inom tandvården, i första hand ett implantatregister. Socialstyrelsen föreslås administrera de statliga medlen för detta register. För utarbetandet av nationella riktlinjer inom tandvården föreslår utredningen att Socialstyrelsen tillförs 12 miljoner kronor år 2008 och 15 miljoner kronor år 2009 och 2010. För upprättande av ett tandhälsoregister och kvalitetsregister föreslår utredningen att Socialstyrelsen årligen tillförs 3 miljoner kronor för respektive register.

Det nya tandvårdsstödet kommer att öka kraven på en väl fungerande administration, utvecklad statistik och effektivare kontroller, vilket framför allt handlar om behovet av ett nytt IT-stöd. Utredningen anser att ett nytt IT-stöd är helt avgörande för att få ett väl fungerande tandvårdsstöd. Utredningen uppskattar kostnaden för utvecklingen av ett nytt IT-stöd till ca 25 miljoner kronor, varav 15 miljoner kronor år 2007 och 10 miljoner kronor år 2008.

I samband med införandet av det nya tandvårdsstödet kommer det att behöva genomföras informationsinsatser riktade mot allmänheten samt utbildningsinsatser för myndighets- och vårdpersonal. Utredningen föreslår att Försäkringskassan skall ansvara för dessa insatser. Det nya tandvårdsstödet förutsätter vidare översyn och omstrukturering av Försäkringskassans administration i form av förändrade handlägningsprocesser och som en effekt av förslagen om ökade efterkontroller och kraftig minskning av antalet förhandsprövningar. För utformning av administrationen av det nya tandvårdsstödet samt utbildnings- och informationsinsatser i samband med reformens införande föreslår utredningen att Försäkringskassan tillförs 35 miljoner kronor, varav drygt 13 miljoner kronor avser utbildnings- och informationsinsatser. Utredningen bedömer att merparten av dessa medel bör betalas ut under år 2007, 20 miljoner kronor, och resterande medel, 15 miljoner kronor, under år 2008.

Utredningen föreslår att det inrättas en särskild nämnd för det statliga tandvårdsstödet med placering inom Försäkringskassan. Nämnden skall ha till uppgift att lämna underlag för regeringens beslut om vilken tandvård som bör vara ersättningsberättigande och om referensprisernas nivå. Nämndens arbete med kriterier för ersättningsberättigande tandvård och beräkning av referenspriser är en central förutsättning för att det nya tandvårdsstödet skall kunna fungera. Utredningen bedömer att kostnaderna för nämnden och dess kansli årligen uppgår till 5 miljoner kronor. Arbetsbördan bedöms dock vara särskilt stor under år 2008, varför en något högre summa föreslås för detta år, 7 miljoner kronor.

En omfattande tandvårdsreform där den statliga ersättningen av tandvård kraftigt ökar ställer krav på en förbättrad uppföljning och utvärdering av reformens effekter på tandhälsa, tandvårds-konsumtion och prisutveckling. Utredningen föreslår därför att 3 miljoner kronor avsätts för detta ändamål. Utvärderingsprogrammet bör samordnas av Försäkringskassan och genomföras med deltagande av oberoende forskare samt berörda myndigheter.

Ett stort problem på dagens tandvårdsmarknad är att patienterna har en alltför svag ställning gentemot vårdgivarna. För att stärka patienternas ställning lämnar utredningen ett flertal förslag. Konsumentverkets kostnad för att utarbeta och administrera en prisjämförelsetjänst inom tandvårdsområdet på Internet beräknas till 3 miljoner kronor, varav 1 miljon kronor är engångsvisa utvecklingsmedel. Kostnaden för löpande drift och underhåll av detta system bedömer utredningen uppgå till 2 miljoner kronor per år.

Kostnaderna för den genomförandeorganisation som utredningen föreslår skall tillskapas inom Regeringskansliet, bl.a. för att utföra den blivande nämndens uppgifter till dess nämnden formellt kan tillsättas, beräknas till 5 miljoner kronor år 2007.

Tabell 19.9 Kostnadsberäkningar av ökade resurser till myndigheter m.m. (miljoner kronor)

	2007	2008	2009	2010
<i>Försäkringskassan</i>				
IT-stöd	15	10		
Utbildnings- och informationsinsatser samt omstruktureringskostnader	20	15		
Nämnd		7	5	5
Utvärderingsprogram		3	3	3
<i>Socialstyrelsen</i>				
Kunskapsstyrning, nationella riktlinjer		12	15	15
Tandhälsoregister		3	3	3
Kvalitetsregister		3	3	3
<i>Konsumentverket</i>				
Prisportal	3	2	2	2
<i>Genomförandeorganisation</i>				
	5			
<i>Totalt</i>	43	55	31	31

Anm. För de poster som skall lånefinansieras blir anslagsbelastningen kostnad för ränta och amortering.

Källa: Egna beräkningar.

20 Konsekvensanalys

I avsnittet redovisas förslagets effekter för företag samt påverkan på konkurrensen på tandvårdsmarknaden. Utredningen har i dessa delar samrått med Näringslivets regelnämnd respektive Konkurrensverket. Vidare redogörs för konsekvenserna av utredningens förslag i enlighet med vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474). De ekonomiska konsekvenserna framgår av avsnitt 19.

20.1 Konsekvenser för konkurrensen på tandvårdsmarknaden och små företags villkor

20.1.1 Inledning

Tandvård utförs på en konkurrensutsatt marknad där många vårdgivare är enskilda näringsidkare, som konkurrerar med varandra och med ett fåtal stora folktandvårdsorganisationer och med Praktikertjänst AB. Det är därför av stor vikt att analysera följderna av utredningens förslag ur ett småföretagarperspektiv. Analysen omfattar små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företags. Utredningen har under utformandet av förslagen beaktat regeringens mål om att minska företagens kostnader för de statliga regelverken. Utredningen analyserar även hur förslagen påverkar konkurrensen på tandvårdsmarknaden.

Tandvården omsatte år 2003 drygt 18 miljarder kronor och sysselsatte cirka 7 000 tandläkare, 3 000 tandhygienister och 12 000 tandsköterskor. Därtill kommer tandteknikerna och dentallaboratorier, som levererar tandtekniska produkter till tandvården. Fram till slutet av 1990-talet var tandvårdssektorn i hög grad statligt kontrollerad. Detta förändrades i och med tandvårdsreformen 1999, då tandvården avreglerades och prissättningen inom

vuxentandvården släpptes fri. Även inom barn- och ungdomstandvården har valfriheten gradvis ökat.

Marknaden delas mellan folktandvården (som ägs av landstingen) och privatpraktiserande tandläkare och tandhygienister. Folktandvårdens marknadsandel på den samlade tandvårdsmarknaden är ungefär 50 procent. För vuxentandvård var folktandvårdens marknadsandel 2002, beräknad utifrån patientavgifter respektive statligt finansierade avgifter, 31 respektive 34 procent.¹ För barn och ungdomar svarade folktandvården för 91 procent av landstingens tandvårdskostnader för denna grupp. 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.

Av de privata vårdgivarna är Praktikertjänst AB det största företaget på marknaden. Omsättningen år 2002 var 7,6 miljarder kronor, varav 3,2 miljarder avsåg tandvård och 2,8 miljarder annan hälso- och sjukvård. Praktikertjänst AB sysselsätter cirka 1 500 tandläkare, vilket utgör nästan hälften av de privatpraktiserande tandläkarna.

20.1.2 Konkurrensneutralitet mellan folktandvård och privattandvård

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. Tandvårdsmarknaden har dock i sin konstruktion en grundläggande karaktär som skiljer den från andra konkurrensutsatta marknader och som försvårar konkurrensneutraliteten mellan offentliga och privata aktörer. Ett landsting kan, till skillnad från privata vårdgivare, per definition inte försättas i konkurs, vilket i sig innebär strukturella problemställningar på tandvårdsmarknaden. Samtidigt har landstinget och folktandvården som offentlig aktör ett utökat ansvar i förhållande till privattandvården.

Landstingen skall enligt tandvårdslagen² erbjuda god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Landstinget skall svara för

¹ Konkurrensverket (2004).

² 5 § tandvårdslagen (1985:125).

tandvård för barn och ungdomar, specialisttandvård samt tandvård för särskilda grupper. Den tandvård som landstinget självt bedriver kallas enligt tandvårdslagen folktandvård. Folktandvården skall följa de regler som gäller för offentlig förvaltning, verkställa politiska beslut och i övrigt följa vad som gäller för verksamhet inom det enskilda landstinget.

Privattandvården skall följa bestämmelser som gäller företag i allmänhet, t.ex. aktiebolagslagen, och bestämmelser som gäller tandvårdsområdet specifikt. Av särskild vikt här är de regler som omfattar det statliga tandvårdsstödet.

Som redovisas i avsnitt 6 har folktandvården respektive privattandvården olika uppfattningar om graden av konkurrensneutralitet. Folktandvården har vissa konkurrensfördelar genom sin storlek och genom att man har landstingets ekonomiska bas bakom sig. Den dominerande ställningen inom barn- och ungdomstandvården ger rimligen också konkurrensfördelar genom att många väljer att vara kvar som patienter även efter att man lämnat den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Privattandvården har vissa konkurrensfördelar genom att man inte lyder under samma regelverk som folktandvården vad gäller landstingens särskilda befolkningsansvar. En privattandläkare kan på ett annat sätt än folktandvården välja vilka patienter den vill ta emot och kan etablera sig med större grad av valfrihet vad gäller ort, lokaler, inriktning, priser etc.

Folktandvården har historiskt sett betraktats som synonymt med landstingen. Det är dock viktigt att påpeka att befolkningsansvaret och ansvaret för specialisttandvård och viss annan tandvård åvilar landstinget, inte folktandvården. Folktandvården skall visserligen följa ett delvis annat regelverk än privata vårdgivare, men i övrigt bör folktandvården och privattandvården betraktas som likvärdiga vårdproducenter.

En central fråga rör finansieringen av det utökade ansvar som folktandvården har som offentlig aktör. En grundförutsättning är att dessa uppgifter beräknas och kostnadsförs på ett korrekt sätt. Om kostnaderna som uppstår i samband med det utökade ansvaret överskattas blir följden att landstingens finansiering av dessa blir för stor, vilket innebär att det blir möjligt att använda de överskjutande medlen för att t.ex. subventionera vuxentandvården.

Utredningen har tidigare redogjort för problematiken med att bedöma folktandvårdens intäkter och kostnader. Landstingens redovisning av detta är inte tillräckligt transparent, varför det är svårt att uttala sig om konkurrensförhållandena. Utredningen före-

slår därför att tydligheten i landstingens redovisning skall öka och menar att det är rimligt att kräva att folktandvårdens intäkter och utgifter kan särskiljas från landstingets övriga redovisning av finansiella medel och att redovisningen av de olika verksamhetsgrenarna inom folktandvården är transparenta, se avsnitt 17. Avsaknaden av denna information gör att det i dag inte är möjligt att bedöma graden av konkurrensneutralitet mellan sektorerna.

20.1.3 Förbättringar av tandvårdsmarknadens funktionssätt

Tandvårdsmarknaden är en långt ifrån perfekt fungerande marknad eftersom patienterna har en allt för svag ställning. Vårdgivarna har betydligt bättre information än patienterna om patientens tandhälsa och möjliga åtgärder. Utredningen lämnar ett antal förslag som syftar till att förbättra marknadens funktionssätt genom att åtgärder vidtas för att ge patienten bättre information och därmed en starkare ställning. Patienterna behöver förbättrad information framför allt om sin tandhälsa, möjliga behandlingsalternativ samt priser och kvalitet hos olika vårdgivare. Utredningens förslag syftar till att minska patienternas informationsbrist på alla dessa områden.

Prisinformation

Utredningen anser att den fria prissättningen bör bibehållas och åtgärder i stället vidtas för att förbättra patienternas prisinformation. Dessa åtgärder påverkar vårdgivarna genom att de blir skyldiga att lämna viss prisinformation till patienterna. Mot bakgrund av att den fria prissättningen därigenom kan bibehållas anser dock utredningen att den utökade skyldigheten för vårdgivarna är lätt att motivera. Alternativet är att överväga prisreglering, vilket utredningen bedömer skulle inverka långt mer på vårdgivarnas konkurrensvillkor och arbetsförutsättningar.

Utredningen föreslår ett system med s.k. referenspriser, som skall användas som jämförelsepriser och som grund för beräkningen av tandvårdersättningen. För att referenspriserna skall fungera som jämförelsepriser förutsätts att de blir kända av patienterna. Utredningen föreslår därför att referenspriserna skall göras tillgängliga på flera sätt.

Konsumentverket föreslås utveckla en prisjämförelsetjänst för tandvård. Konsumentverkets hemsida är en naturlig plats för konsumenter som vill ha information i konsumentfrågor och innehåller information om priser inom flera områden, t.ex. Telepris-kollen och prisjämförelser inom elbranschen.

Referenspriset för aktuell åtgärd föreslås finnas tillsammans med uppgift om vårdgivarens pris på patientens kvitto. Kvitto är något som alla patienter får efter ett besök i tandvården, även de som inte genomför omfattande tandvård, och som de flesta patienter torde titta på i samband med betalningen. Detta förslag är därför av stor vikt för att göra referenspriserna kända.

Vidare föreslås referenspriset anges i kostnadsförslaget på behandlingsplanen, som föreslås lämnas skriftligen till patienten inför en större behandling. Detta är viktigt eftersom det är i dessa situationer patienten gör ett val och det i regel handlar om höga tandvårdskostnader.

Slutligen föreslår utredningen att vårdgivarens priser tillsammans med referenspriserna skall finnas på en prislista som patienten har möjlighet att ta med sig från mottagningen. Dagens bestämmelse om att prislistan tillsammans med förordningen om tandvårdstaxa skall finnas anslagen i väntrummet eller motsvarande slopas.

En icke oväsentlig del av tandvårdskostnaderna rör kostnader för tandtekniska arbeten, vilka behövs inom protetisk behandling och tandreglering. Tandteknikerkostnaden består dels av tandteknikerns arbetstid, dels av materialkostnaden. Dessa kostnader föreslås bli ersättningsberättigande inom det statliga tandvårdstödets under vissa angivna förutsättningar. Utredningen föreslår att underlag från tandteknikern/dentallaboratoriet skall fogas till patientens kvitto. På detta sätt skapas förutsättningar för patienten att göra prisjämförelser avseende hela behandlingens kostnad.

Sammantaget bedömer utredningen att dessa åtgärder kommer att leda till att förutsättningarna för meningsfull prisinformation och prisjämförelse väsentligt förbättras. 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 prispess och ökad konkurrens.

Information om tandhälsa, behandlingsalternativ och -kostnader

I dag är det reglerat i tandvårdslagen och lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område att vårdgivaren skall upplysa patienten om dennes hälsotillstånd, möjliga behandlingsalternativ och kostnader innan en behandling påbörjas. Dessa bestämmelser reglerar dock inte hur detta skall göras. För att stärka patientens ställning föreslår utredningen att denna information skall lämnas skriftligt, dels i form av ett undersökningsprotokoll efter genomförd undersökning, dels i form av en skriftlig behandlingsplan.

Utredningen bedömer att förslagen kommer att leda till att fler patienter ifrågasätter vårdgivarens behandlingsförslag, vilket kommer att kunna medföra att patienternas rörlighet ökar. Förslagen bör även leda till att fler patienter blir medvetna om sina tandhälsorisker och vilka möjligheter som finns att minska riskerna.

Kvalitet

Utredningen lämnar förslag om inrättande av kvalitetsregister inom tandvården. Syftet är att skapa förutsättningar för att kunna bedöma kvalitetskillnader mellan vårdgivare. Utredningen anser att inrättandet av kvalitetsregister är ett första lämpligt steg, men att det återstår mycket arbete för att möjliggöra fullständiga kvalitetsbedömningar av vårdgivare.

20.1.4 Vårdgivarnas administrativa kostnader

Utredningens förslag innebär omfattande förändringar i regelverket för det statliga tandvårdsstödet. Den största förändringen orsakas av att stödet enligt utredningens direktiv skall vara ett generellt stöd som skall lämnas utifrån patientens tidigare tandvårds-konsumtion. Därtill kommer ökade ambitioner vad gäller styrningen och uppföljningen av tandvårdsområdet. Utredningen har under utformandet av förslagen beaktat regeringens mål om att sänka företagens administrativa kostnader för de statliga regelverken. En översikt av konsekvenserna av utredningens förslag framgår av tabell 20.1.

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 betala ut ersättning från tandvårdsstödet till vårdgivaren senast inom två veckor från det att begäran om ersättning har kommit in till myndigheten, såvida inte det 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.

Såvitt avser de ovanstående punkterna är utredningens bedömning att förslagen till nytt tandvårdsstöd innebär en minskning av vårdgivarnas administrativa kostnader jämfört med dagens system.

Utredningen anser att den fria prissättningen bör bibehållas på tandvårdsmarknaden. 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 gynnas även vårdgivarna. 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. Detta beror på att dagens tandvårdsstöd utgår med fasta krontalsbelopp, s.k. grundbelopp, per angiven åtgärd. En del åtgärder utgår det inga grundbelopp för, varför det som i dagens system behöver administreras av vårdgivarna i förhållande till Försäkringskassan endast är de åtgärder som det utgår grundbelopp för. 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 vårdgivarnas administration.

Utredningen har valt att utforma den löpande registreringen så att vårdgivarna löpande till Försäkringskassan lämnar de uppgifter som behövs för att säkerställa att tandvårdsersättningen beräknas på ett korrekt sätt. Detta skall ske elektroniskt. Genom att uppgifterna lämnas elektroniskt 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 tandvårdscheck. 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. Alternativen till vald utformning är främst en manuell löpande registrering eller en löpande registrering som sker genom att patienten har ett kort eller dylikt. Båda dessa alternativ skulle enligt utredningens bedömning leda till en högre administrativ börda för vårdgivarna.

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 och de valda uppgifterna är 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, se tabell 20.1. 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 arbete med att utveckla 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.

Tabell 20.1 Översikt av förändrade administrativa kostnader för vårdgivarna med anledning av utredningens förslag

Förslag	Påverkan på vårdgivarnas administrativa kostnader*	Kommentar
Förhandsprövningar slopas i princip helt.	– –	
Ett användarvänligt och ändamålsenligt IT-stöd för tandvårdsstödet administration och tandvårdens uppföljning utvecklas. Statens uppgiftsinsamling sker i ett samlat system. Fördelning mellan berörda myndigheter sköts av Försäkringskassan.	– –	
Utbetalningen av tandvårdsstödet skall i normalfallet ske senast inom två veckor.	– –	I dag sker utbetalning i normalfallet inom 30 dagar.
Tandvårdsstödet förenklas och blir lättare att förklara för patienterna.	–	Initialt kan dock informationsbehovet vara stort på grund av att systemet är nytt. Försäkringskassan ansvarar dock för särskilda stöd- och utbildningsinsatser för tandvårdspersonalen.
Försäkringskassans årliga prisenkät slopas.	–	
Krav på att tandvårdstaxan skall vara anslagen i väntrummet slopas.	–	
Tillskapandet av en rådgivningsbyrå för patienterna inom tandvårdsområdet ger möjlighet att hänvisa patienter vidare.	–	
Ändring av regler om återkrav vid omgörning, så att en vårdgivare inte kan bli krävd på ett högre krav än vad han/hon erhållit.	–	
Högekostnadsskyddet förutsätter löpande uppgiftslämning från vårdgivarna för all utförd ersättningsberättigande tandvård.	+ +	
Uppgiftsskyldigheten utökas avseende tandhälsa och priser.	+	
Krav på elektronisk kommunikation mellan vårdgivare och Försäkringskassan.	+	Den ökade administrativa kostnaden är dock i stor utsträckning engångsvis, inte permanent.
Krav på att begäran om ersättning skall lämnas inom två veckor.	+	
Krav på att viss information till patienten skall lämnas skriftligt (undersökningsprotokoll, prisuppgift och behandlingsplan).	+	I dag finns inga formkrav.
Krav på att kopia av tandteknikerfaktura skall tillfogas patientens kvitto i förekommande fall.	+	
Krav på att ha prislista tillgänglig i väntrum/reception.	+	
Kostnad för att tolka regelverket om ersättningsberättigande tandvård.	+	Kostnaden avser tid som tandläkaren eller tandhygienisten behöver lägga ned för att sätta sig in i regelverket. Kostnaden bör dock vara övergående genom att man skaffar sig kunskap om regelverket.
Krav på att ange referenspris på kvitto.	0	Kostnaden för att programmera kvittoutskrifter så att referenspris medtages är engångsvis och bedöms som högst marginell.

* Med – – respektive – avses att de administrativa kostnaderna minskar påtagligt respektive minskar marginellt. Med + + respektive + avses att de administrativa kostnaderna ökas påtagligt respektive ökas marginellt. Med 0 avses att de administrativa kostnaderna är oförändrade.

20.1.5 Små företags villkor

De ovan redovisade konsekvensbeskrivningarna omfattar de största förändringarna för små företag på tandvårdsmarknaden. Utredningen vill dock lyfta fram frågan om små företags villkor specifikt på några ytterligare punkter.

Tandvårdsmarknaden består av en blandning av vårdproducenter, med ett fåtal större folktandvårdsorganisationer och ett stort antal privatpraktiserande tandläkare och tandhygienister. Privatpraktikerna verkar till hälften i små företag och till hälften anslutna till Praktikertjänst AB. De företag som verkar på tandvårdsmarknaden har till uppgift att tillhandahålla tandvård. Eftersom tandvården delvis finansieras med offentliga medel är det dock rimligt att ställa upp krav på vissa regler som skall gälla tandvårdsföretagen. Sådana regler skall vara generella och gälla alla tandvårdsproducenter, men det är särskilt viktigt att belysa reglernas konsekvenser för små företags möjligheter att verka på tandvårdsmarknaden.

Utredningen föreslår att tandvårdsstödet, liksom i dag, skall betalas ut i efterhand till vårdgivaren. Detta innebär att vårdgivaren fungerar som en slags kreditgivare i systemet. Utredningen anser att större hänsyn bör tas till denna aspekt i förhållande till små företag. Utredningens förslag om att Försäkringskassans utbetalning av tandvårdsstöd som regel skall göras inom två veckor syftar till att stärka små företags ekonomiska likviditet.

Som nämnts tidigare innebär kravet på elektronisk kommunikation att vårdgivarna behöver ha viss IT-utrustning. Utredningens bedömning är dock att kostnaderna som är förknippade med detta förslag inte bör bli särskilt omfattande för vårdgivarna.

Utredningens förslag syftar till att utforma det nya tandvårdsstödet så att de statliga subventionerna kommer patienterna till del genom sänkta tandvårdskostnader, och inte blir subventioner som går till vårdgivarna. Det centrala för att uppnå detta är att vidta åtgärder för att förbättra tandvårdsmarknadens funktionssätt, vilket redovisas ovan. Ett ytterligare förslag avser bestämmelsen om att vårdgivaren inte i efterhand kan kräva patienten på mellanskillnaden, i de fall vårdgivaren fått lägre ersättning från tandvårdsstödet än vad denne begärt.

Med denna bestämmelse läggs den ekonomiska risken, att bedöma om en viss åtgärd är ersättningsberättigande eller inte, på vårdgivaren. Om det visar sig att vårdgivaren gjort en felaktig tolkning av regelverket står vårdgivaren den ekonomiska risken.

Utredningen anser att förslaget är centralt för att ge vårdgivaren incitament att följa reglerna om ersättningsberättigande tandvård. Alternativet, att lägga detta ansvar på patienten, framstår för utredningen som olämpligt, då patienten har betydligt mer begränsade möjligheter att tolka regelverket och sätta det i förhållande till det egna tandvårdsbehovet.

Denna bestämmelse kan dock innebära ett högre risktagande för vårdgivaren, vilket kan få särskilda konsekvenser för små företag. Utredningens bedömning är dock att förslagen om tydliga regler för ersättningsberättigande tandvård bör vara tillräckligt för att ge vårdgivarna goda förutsättningar att tolka vad som omfattas av tandvårdsstödet. Risken för ekonomiska konsekvenser av denna orsak torde således vara begränsad.

20.2 Konsekvenser för den statliga styrningen

Som framgår av detta betänkande anser utredningen att den statliga styrningen av tandvården är svag och splittrad. Utredningen lämnar ett flertal förslag som syftar till att åtgärda dessa problem.

Tillgången på samlad nationell statistik inom tandvårdsområdet är i dagsläget högst begränsad. Utredningens förslag om utvecklad statistik syftar till att skapa bättre förutsättningar för uppföljning och utvärdering av tandhälsa, tandvårdskonsumtion, tandvårdspriser och kvalitet i tandvården. Ökade ambitioner på detta område påverkar oundvikligen omfattningen av vårdgivarnas uppgiftsskyldighet. I syfte att begränsa och om möjligt minska vårdgivarnas administrativa kostnader har utredningen valt att avgränsa den utvecklade statistiken till de uppgifter som är nödvändiga att samla in för att kunna administrera tandvårdschecken och skyddet mot höga kostnader. Endast på två punkter föreslås ytterligare uppgifter samlas in: priser respektive tandhälsa. När det gäller kvalitetsregister inom tandvården föreslår utredningen att ett implantatregister prioriteras.

Trots de begränsningar som gjorts i förslagen om utvecklad statistik bedömer utredningen att tillgången till data för uppföljning och utvärdering inom tandvårdsområdet, som en följd av utredningens förslag, kommer att bli väsentligt bättre än i dag.

Utredningen lämnar ett flertal förslag som syftar till att förtydliga berörda myndigheters ansvar inom tandvårdsområdet. Förslagen bör leda till en mer aktiv kunskapsstyrning av tandvårdens

innehåll i syfte att öka evidensgraden, vilket är en uppgift som ligger på Socialstyrelsen. Vidare bör förslagen leda till att Försäkringskassans administration, kontroll och uppföljning av det statliga tandvårdsstödet blir effektivare. Ramverket för det statliga tandvårdsstödet bör bli tydligare och mer ändamålsenligt genom att en nämnd för statligt tandvårdsstöd föreslås inrättas med uppgift att löpande följa och årligen till regeringen föreslå förändringar av referenspriser och kriterier för ersättningsberättigande tandvård. Det föreslagna uppdraget till Konsumentverket om utveckling av en elektronisk prisjämförelsetjänst fyller ett viktigt syfte för att på ett meningsfullt sätt förbättra prisinformationen och stärka patientens ställning.

Utredningen föreslog i delbetänkandet SOU 2006:71 att regeringen skulle förtydliga Socialstyrelsens roll vad gäller normering av tandvården. I Socialstyrelsens regleringsbrev för 2007 lämnar regeringen ett uppdrag till myndigheten att utarbeta en modell för arbetet med nationella riktlinjer inom tandvårdsområdet. Utredningen anser att uppdraget är ett första viktigt steg mot en aktivare kunskapsstyrning, men att frågorna om Socialstyrelsens prioritering av styrningen av tandvården fortsatt kommer att behöva uppmärksammas.

Försäkringskassans administration, kontroll och uppföljning av tandvårdsstödet bedöms kunna bli betydligt effektivare än i dag genom förslaget att vårdgivarna elektroniskt skall lämna uppgifter för all utförd ersättningsberättigande tandvård. Förslagen om ändrade kontroller med kraftigt minskad omfattning av förhandsprövningarna till förmån för ökade kontroller i efterhand ställer dock krav på ändrade arbetsformer hos Försäkringskassan. Effektiviteten i efterhandskontrollerna är avhängig Försäkringskassans förmåga att tillämpa det föreslagna regelverket.

Utredningen anser att förslagen om utvecklad statlig styrning samt utformning av det nya tandvårdsstödet är uttryck för en ambitionshöjning som innebär omfattande förändringar för och ställer ökade krav på myndigheterna. Detta bör, enligt utredningens mening, föranleda Socialstyrelsen respektive Försäkringskassan att se över vilken kompetens man har på tandvårdsområdet och hur tandvårdsfrågorna inom respektive myndighet lämpligen kan organiseras givet förslagen.

Det bör understrykas att de förslag som utredningen lämnar är beroende av varandra och är delar av en helhetslösning inom tandvårdsområdet. Om enstaka förslag lyfts bort eller förändras avse-

värt bör närmare konsekvensanalyser i förhållande till helheten göras.

20.3 Konsekvenser för brottslighet, fusk och missbruk av tandvårdsstödet

Utredningens förslag om kontrollinsatser i efterhand av utbetald ersättning från det statliga tandvårdsstödet syftar till att göra det möjligt för Försäkringskassan att ha ett effektivt kontrollsystem och på så sätt upptäcka de fall där misstankar om brott kan finnas. Tillskapandet av ett ändamålsenligt IT-stöd och övergången till helt elektronisk kommunikation mellan vårdgivare och Försäkringskassan ger väsentligt förbättrade möjligheter att upptäcka fusk, missbruk samt misstankar om brott i samband med ersättningar från det statliga tandvårdsstödet. Vidare ökar förslaget om ett tydligare regelverk för vad som ersättningsberättigande tandvård samt förslaget om ändrad inriktning på Försäkringskassans kontrollinsatser, från förhandsprövningar till kontrollinsatser i efterhand, möjligheten för Försäkringskassan att effektivisera kontrollerna. Risken för att bli upptäckt vid fusk eller missbruk av det statliga tandvårdsstödet bör på så vis öka med utredningens förslag. Det bör även påverka vårdgivarnas attityder till fusk och missbruk på ett positivt sätt.

20.4 Konsekvenser för jämställdhet mellan kvinnor och män

Som utredningen visat i avsnitt 4 är skillnaden i kvinnors och mäns konsumtion av tandvård relativt små. Kvinnor och män betalar alltså ungefär lika mycket för sin tandvård. Om man enbart beaktar den vård som ges inom högkostnadsskyddet för äldre skiljer den genomsnittliga konsumtionen av tandvård sig åt mellan kvinnor och män. Kvinnor har konsumerat vård för ca 25 000 kronor medan männens konsumtion har uppgått till ca 27 000 kronor. Utredningen har dragit slutsatsen att kvinnor i större utsträckning än män fått behandlingar inom högkostnadsskyddet för äldre, men att den vård kvinnorna fått har kostat mindre än männens vård.

Utredningens bedömning är att de förslag som lämnas inte har några jämställdhetspolitiska konsekvenser. Det finns endast små

skillnader i hur mycket tandvård som män respektive kvinnor konsumerar och utredningen bedömer inte detta vara ett strukturellt problem. Utredningens bedömning är att ett bättre skydd mot höga tandvårdskostnader gynnar kvinnor och män i lika hög utsträckning.

20.5 Konsekvenser för möjligheten att nå de integrationspolitiska målen

De förslag utredningen lämnar när det gäller utformningen av tandvårdsstödet påverkar den sociala välfärden och innebär att resurserna till tandvården ökar.

Förslaget till nytt tandvårdsstöd innehåller tre delar, tandvårdschecken, stöd till abonnemangstandvård samt ett skydd mot höga kostnader. Tandvårdschecken ger incitament att regelbundet besöka tandvården. Regelbundna undersökningar och kontroller leder på sikt till lägre tandvårdskostnader. Skyddet mot höga tandvårdskostnader ger ökade möjligheter även för personer med svag ekonomi att göra nödvändiga, men kostsamma tandvårdsbehandlingar. Nyanlända invandrare har ofta en svag ekonomisk ställning och utredningen menar att förslagen bör öka dessa personers möjligheter att kunna genomföra nödvändiga tandvårdsbehandlingar. Utredningens bedömning är därför att förslagen bedöms öka möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

20.6 Konsekvenser för personlig integritet

De förslag utredningen lämnar förutsätter behandling av personuppgifter. Förslaget till skydd mot höga kostnader bygger på att Försäkringskassan vet hur mycket tandvård en patient vid en viss tidpunkt har konsumerat. Detta innebär att uppgifter om patienternas tandvårdskonsumtion måste lämnas av vårdgivarna och registreras av Försäkringskassan. Socialstyrelsen får även möjlighet att skapa ett tandhälsoregister för vuxna. All sådan registrering innebär konsekvenser för den personliga integriteten.

Utredningen har, vid bedömningen av vilka uppgifter vårdgivarna skall få tillgång till och vad som skall registreras i Försäkringskassans register, lagt sig vinn vid att begränsa uppgifter som vårdgivarna skall lämna till att endast gälla sådana uppgifter som

Försäkringskassan behöver för att kunna beräkna den ersättning patient har rätt till. Vårdgivarna lämnar redan i dag sådana uppgifter till Försäkringskassan. De uppgifter som vårdgivarna skall lämna rörande patienternas tandhälsa behövs för att staten skall kunna bygga upp ett nationellt tandhälsoregister, vilket är viktigt för att kunna följa upp och utvärdera den tandvård som ges. Utredningen har noga vägt fördelarna med de ändamål för vilka uppgifterna skall lämnas och registreras mot konsekvenserna för den personliga integriteten och har föreslagit föreskrifter för att reglera behandlingen av dessa uppgifter.

20.7 Övriga konsekvenser

Utredningen bedömer att de förslag som lämnas inte får några konsekvenser för den kommunala självstyrelsen och inte heller för sysselsättning och offentlig service.

21 Författningskommentar

21.1 Inledning

Sedan den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes i mitten av 1970-talet har det statliga tandvårdsstödet varit föremål för flera olika reformer. Reformerna har emellertid bara i begränsad utsträckning lett till justeringar i den författningsreglering som tandvårdsstödet fick inledningsvis. Resultatet är att de grundläggande reglerna i lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL) och de kompletterande föreskrifterna i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa i dag utgör ett lapptäcke som det kan vara svårt att överblicka för den som inte är expert på området. Utvecklingen har också inneburit att regler som måhända borde läggas fast i lag nu återfinns i förordningen, medan lagreglerna till en del kanske i stället har en valör som gör att de mera hör hemma i förordning. Utredningen har därför ansett att reglerna om det statliga tandvårdsstödet i framtiden bör ges i en helt ny lag om statligt tandvårdsstöd och i en ny förordning i samma ämne.

Utredningen har också uppfattningen att även den nuvarande tandvårdslagen (1985:125), som anger målen för all tandvård i landet, de krav som ställs på denna och landstingens ansvar att erbjuda tandvård åt dem som är bosatt inom landstinget m.m., är mogen för en ordentlig översyn. Det har emellertid inte legat i utredningens uppdrag att göra en sådan översyn. Men de överväganden utredningen gjort i samband med den rättsliga utformningen av det framtida statliga tandvårdsstödet har ändå lett utredningen till uppfattningen att en framtida översyn av tandvårdslagens utformning är angelägen. I samband med en sådan översyn finns det anledning att överväga förhållandet mellan de allmänna bestämmelserna i lagen om tandvårdsstöd och tandvårdslagen. En översyn kan för övrigt lämpligen också pröva förutsättningarna för att föra in tandvårdslagens bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Utredningen föreslår vidare en ny förordning om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen. Utredningens förslag leder också till ändringar i en rad andra lagar och förordningar. Förslag till sådana ändringar presenteras. Det kan inte uteslutas att det finns ytterligare lagar eller förordningar som kan behöva ändras som en följd av utredningens förslag.

Utredningen om samordning av socialförsäkringslagarna, SamSol, har i betänkandet Socialförsäkringsbalk (SOU 2005:114) föreslagit att socialförsäkringen skall samlas i en socialförsäkringsbalk som ersätter ca 30 nuvarande lagar, däribland AFL. Bestämmelserna i 2 kap. AFL om ersättning vid sjukvård m.m. har däremot inte ansetts ha ett sådant samband med bestämmelserna om olika förmåner i socialförsäkringsbalken att de skall föras in i balken. I avvaktan på en genomgripande översyn, som SamSol anser att regelverket i 2 kap. AFL behöver, föreslås att bestämmelserna i 2 kap. i huvudsak oförändrade skall föras in i en egen lag om statlig ersättning för sjukvård m.m. Också de nuvarande reglerna om tandvårdsförsäkring i 2 kap. 3–3 b §§ har i förslaget tagits in i den lagen.

SamSols förslag till ny lagstiftning har remissbehandlats och bereds för närvarande i Regeringskansliet. En lagrådsremiss i ämnet väntas vid ungefär samma tidpunkt som Tandvårdsutredningen presenterar detta slutbetänkande. Tandvårdsutredningen har valt att i avvaktan på den nya socialförsäkringslagstiftningen lämna förslag till ändringar i AFL och även i övrigt hänvisa till nu gällande bestämmelser i AFL.

21.2 Förslaget till lag om statligt tandvårdsstöd

1 kap. Inledande bestämmelser

Lagens syfte och omfattning m.m.

1 §

Lagens inledande paragraf kan betecknas som en portalparagraf. Den beskriver övergripande den tandvård som skall berättiga till ersättning enligt lagen och enligt den förordning som skall komplettera lagen. Portalparagrafen, som har behandlats i den allmänna motiveringen i avsnitt 11, ger således uttryck för vilken slags tandvård som statsmakterna har ansett ha sådan vikt att den bör omfattas av ett statligt tandvårdsstöd. De närmare bestämmel-

serna om ersättningsberättigande åtgärder m.m. ges i förslaget till förordning om statligt tandvårdsstöd, bilaga A. Tanken är att man i tveksamma fall också skall kunna ha portalparagrafens beskrivning av ersättningsberättigande vård till ledning när man i de enskilda fallen skall tillämpa ersättningsbestämmelserna för tandvårdsstödet.

I första stycket läggs fast som en förutsättning för tandvårdsstödet att det skall vara fråga om förebyggande tandvård och tandvårdsbehandlingar som patienter behöver. I tre strecksatser anges så att stödet lämnas för tandvård som syftar till smärtfrihet och frihet från sjukdomar i munhålan, förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder samt till ett utseende utan tydliga, estetiskt störande inslag. Med dessa ändamål för tandvården utesluts exempelvis behandlingar av tänderna som patienten kan föredra av estetiska skäl utan att man för den skull kan tala om tydliga och estetiskt störande inslag. Så kan exempelvis en tandrad som inte är helt vit och jämn vara helt socialt acceptabel, även om patienten har en önskan om behandling av estetiska skäl. Patienten får då klara betalningen av sådan tandvård helt själv och utan statligt tandvårdsstöd.

Andra stycket föreskriver att vården skall ha en vävnadsbevarande inriktning. Det betyder bl.a. att förebyggande insatser skall prioriteras före reparationer. Som har framhållits i den allmänna motiveringen skall man välja den metod och det material som är skonammast för tanden och bevarar mest tandsubstans. Detta hindrar givetvis inte att exempelvis en tandutdragning kan vara motiverad och ersättningsberättigande om det är den bästa behandlingen. Som anges i fortsättningen av andra stycket skall behandlingens kvalitet och hållbarhet vägas mot kostnaderna. Detta innebär inte att den billigaste behandlingen alltid är den som är ersättningsberättigande. En annan och eventuellt dyrare behandling som av hållbarhetsskäl ter sig mer motiverad kan berättiga till statligt tandvårdsstöd, om den längre hållbarheten i tillräcklig utsträckning uppväger den högre kostnaden.

All tandvård som utförs skall vara förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta framgår redan av den allmänna hälso- och sjukvårdslagstiftningen. I 2 kap. 1 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS) står att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen skall utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Med hälso- och sjukvård avses enligt 1 kap. 2 § LYHS sådan verk-

samhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen och tandvårdslagen (1985:125), TVL.

Det kan f.ö. här erinras om att enligt 1 kap. 3 § TVL skall tandvården bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den 1. skall vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder, 2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, 3. vara lätt tillgänglig, 4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och 5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen. Vården och behandlingen – sägs det vidare i 1 kap. 3 § TVL – skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten skall upplysas om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.

Av det nu anförda framgår att portalparagrafen ingalunda ensam anger de allmänna förutsättningarna för statligt tandvårdsstöd. De allmänna bestämmelser som gäller för all tandvård enligt TVL utgör givetvis också utgångspunkten för den ersättningsberättigande vården enligt förevarande lag.

2 §

I *första stycket* presenteras de olika formerna av statligt tandvårdsstöd. I lagens 2 kap. beskrivs sedan närmare innebörden av tandvårdschecken, abonnemangstandvården och skyddet mot höga kostnader genom tandvårdsersättning. Som framgår av 2 kap. 2 § är abonnemangstandvård ingen fristående stödform i den meningen att det lämnas särskild ersättning för denna. I stället regleras i lagen under vilka förutsättningar tandvårdschecken kan användas som delbetalning för abonnemangstandvård.

Enligt *andra stycket* skall regeringen meddela föreskrifter om de tandvårdsåtgärder som kan berättiga till de olika formerna av tandvårdsstöd. Avsikten är att föreskrifterna skall ges i en bilaga A till den förordning om statligt tandvårdsstöd som föreslås komplettera lagen. I förordningen föreslås också bestämmelser vid mer omfattande behandlingar om skyldighet för vårdgivaren att upplysa patienten om föreslagen behandling är ersättningsberättigande och om vårdgivarens pris och referenspriset för behandlingen. Patienten kan givetvis också vända sig till Försäkringskassan för att få veta om en viss behandlingsåtgärd kan berättiga till ersättning från tandvårdsstödet.

I förordningen föreslås också en särskild bestämmelse för det fall patienten behöver en viss tandvårdsbehandling som kan ge ersättning enligt förordningens ersättningsbestämmelser men väljer en åtgärd som inte är ersättningsberättigande. Ersättning skall då beräknas utifrån ett belopp som motsvarar referenspriset för den ersättningsberättigande åtgärden eller det lägsta referenspriset om mer än en ersättningsberättigande åtgärd är tänkbar. Motsvarande belopp skall få räknas in i patientens sammanlagda kostnad för ersättningsberättigande tandvård.

Av *tredje stycket* framgår att tandvårdsstödet skall betalas ut till vårdgivaren av Försäkringskassan. Även om patienten är den som är berättigad till tandvårdsstöd, skall alltså tandvårdsstödet betalas ut direkt till vårdgivaren, medan patienten skall betala det som återstår av priset för den undersökning eller behandling han eller hon fått. I 4 kap. 6 § ges en uttrycklig bestämmelse om att också vårdgivaren har rätt att överklaga Försäkringskassans beslut som rör beräkning och utbetalning av tandvårdsstöd.

Här kan nämnas att tandvård som utförts i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (EES) under vissa förutsättningar kan ersättas med belopp som motsvarar det svenska tandvårdsstödet för behandlingen. Det är då patienten som får begära denna ersättning av Försäkringskassan.

3 §

Första stycket. Utredningen använder begreppet vårdgivare i betydelsen fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård. Definitionen motsvarar den som finns i 3 § lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (LYHS). I den lagen betecknar vårdgivaren den person (fysisk eller juridisk) som är ansvarig för en verksamhet inom hälso- och sjukvården, låt vara att LYHS handlar om hälso- och sjukvårdspersonalens allmänna skyldigheter och behörighet m.m. Här betecknar vårdgivaren den som är ansvarig för en verksamhet inom tandvården som kan berättiga till statligt tandvårdsstöd. För att det föreslagna systemet med statligt tandvårdsstöd skall fungera är det viktigt att Försäkringskassan – och patienten – har en ansvarig person inom tandvården, den allmänna såväl som den enskilda, att vända sig till i olika administrativa sammanhang.

När det gäller folktandvården är det landstinget eller det landstingsägda bolaget som är den juridiskt ansvariga vårdgivaren. Landstinget eller bolaget har emellertid flera olika tandvårdsmot-

tagningar. Inom den enskilda verksamheten finns Praktikertjänst AB, som många privat verksamma tandläkare är anslutna till. Utredningen föreslår därför att vårdgivare som bedriver verksamheten vid mer än en mottagning skall få uppdra åt en befattningshavare inom verksamheten att fullgöra de uppgifter som åligger vårdgivaren enligt lagen. När så har skett är det till denne som Försäkringskassan kan vända sig i frågor som gäller vårdgivarens uppgifter eller ansvar enligt lagen.

Detta hindrar inte att den i strikt mening juridiskt ansvarige i fråga om vårdgivarens förpliktelser är landstinget eller det landsingsägda bolaget när det gäller folktandvården och i många fall Praktikertjänst beträffande anslutna privata tandvårdsmottagningar. Det är exempelvis landstinget som är part i domstol och skall kära och svara i mål där. En annan sak är att landstinget genom fullmakt kan uppdra åt en befattningshavare att företräda landstinget i mål eller ärenden i saker som har att göra med en viss klinik.

Det tidigare kravet på att de som är verksamma i privat verksamhet skall vara uppförda på en förteckning hos Försäkringskassan bortfaller. I stället måste enligt förslaget i 3 kap. 1 § tandvårdsmottagningen vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för tandvårdsstöd. Detta gäller såväl vårdgivare i allmän som enskild regi.

Som har framgått av avsnitt 16.11 bortfaller också kravet på att ersättning endast lämnas om tandvården utförs av tandläkare eller tandhygienist som inte har fyllt 70 år. Enligt förslaget till förordning om statligt tandvårdsstöd skall dock liksom hittills vårdgivare 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-skattedel. Se också kommentaren till 3 kap. 1 §.

Andra stycket. I 5 § TVL föreskrivs att varje landsting skall erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom landstinget. Detsamma gäller dem som är kvarskrivna enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom landstinget. Även i övrigt skall landstinget verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Tandvård som landstinget bedriver benämns i TVL folktandvård. I 5 a § TVL finns bestämmelser om skyldighet för landstinget att erbjuda tandvård åt dem som inte är bosatta i Sverige enligt vad som följer av förordning (EEG) nr 1408/71. Vidare finns i TVL en bestämmelse om skyldighet för landstinget

att erbjuda akuttandvård åt dem som inte är bosatta i landstinget. Av mycket stor betydelse är vidare folktandvårdens uppgift enligt TVL att svara för – avgiftsfri – tandvård åt barn och ungdomar till och med det år de fyller nitton år samt för specialisttandvård för vuxna. Det har ansetts lämpligt att i lagen om statligt tandvårdsstöd erinra om landstingets skyldigheter att erbjuda tandvård enligt TVL.

Allmänna bestämmelser för rätt till statligt tandvårdsstöd

4 §

Enligt TVL har barn och ungdomar till och med det år de fyller 19 år rätt till avgiftsfri tandvård. Liksom den tidigare tandvårdsförsäringen skall därför rätt till statligt tandvårdsstöd inträda först det år då patienten fyller 20 år. Detta framgår av *första stycket*.

Av *andra stycket* framgår att tandvårdsstöd inte heller lämnas för åtgärder vid vilka enligt 15 a § tredje stycket TVL bestämmelserna om vårdavgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, gäller. Det är här fråga om tandvård som avses i 8 a § TVL samt undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling, som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser och som inte ersätts till någon del enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Den tandvård som avses i 8 a § TVL är nödvändig tandvård som ges *dels* patienter som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS), *dels* patienter som har varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket HSL eller som får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård) eller är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som de tidigare angivna patienterna, dels dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

Vårdavgifterna inom den öppna hälso- och sjukvården är generellt sett betydligt lägre än vad en patient själv får betala för tandvård som berättigar till statligt tandvårdsstöd.

5 §

I 3 kap. 1 § socialförsäkringslagen (1999:799), SofL, föreskrivs att den som är bosatt i Sverige är försäkrad för olika förmåner som anges i AFL, bl.a. ersättning för sjukvård m.m. enligt 2 kap. i fråga om förmåner som beslutas av Försäkringskassan. Till dessa förmåner hör den nuvarande tandvårdsförsäkringen. På motsvarande sätt föreslås nu att det nya statliga tandvårdsstödet skall vara begränsat till patienter som är bosatta i Sverige.

Vårdgivaren bör före behandlingen kunna förvissa sig om att patienten har rätt till statligt tandvårdsstöd genom att göra en kontroll i Försäkringskassans IT-stöd. Detta bör få en utformning som underlättar för vårdgivaren att göra en sådan kontroll.

6 §

Bestämmelsen motsvarar närmast 1 kap. 4 § SofL.

2 kap. Tandvårdscheck, abonnemangstandvård och tandvårdsersättning

Tandvårdscheck

1 §

Första stycket. Tandvårdschecken har behandlats i den allmänna motiveringen i avsnitt 12. Som framgår där är tandvårdschecken avsedd som ett stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder. Berättigad till tandvårdsstöd är den som uppfyller villkoren i 1 kap. 4 och 5 §§. Tandvårdschecken är personlig och kan inte överlåtas på någon annan.

Utredningen föreslår att patienten skall kunna använda checken inom två år från det den ställdes ut. Om den nya lagen, som utredningen föreslår, träder i kraft den 1 juli 2008 är detta det datum då den första tandvårdschecken ställs ut. Nästa tandvårdscheck ställs sedan ut den 1 juli 2009. Patienten kan därmed använda den årliga tandvårdschecken någon gång under tiden den 1 juli 2008–den 30 juni 2009. Men patienten kan i stället välja att använda två tandvårdscheckar vartannat år från och med den 1 juli 2009. Däremot går det inte att addera checkar från mer än två år för att utnyttja dem vid ett tandvårdsbesök längre fram i tiden. Högsta inestående checkbelopp är alltid dubbelt årligt belopp. Avsikten med tand-

vårdschecken är ju att uppmuntra till regelbundna tandläkarbesök. Del av check kan inte nyttjas.

Andra stycket. Även om tandvårdschecken har som primärt syfte att uppmuntra till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder, är det i och för sig inget som hindrar att den också används för att betala annan tandvård, t.ex. att i ett akut fall laga en tand. Att tandvårdschecken kan användas som delbetalning för abonnemangstandvård framgår av följande paragraf.

Regeringen föreslås fastställa tandvårdscheckens belopp genom förordning. Utredningens förslag är att tandvårdschecken skall lyda på 150 kronor om året. För åldersgrupperna 20–29 år och 75 år eller äldre föreslås tandvårdschecken gälla med 300 kronor om året.

Som har framgått av den allmänna motiveringen kommer patienten inte att få ut en faktisk värdehandling på det belopp han eller hon har rätt till. Checkbeloppet skall i stället finnas som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan. Vårdgivaren skall på elektronisk väg få vetskap om patienten har ett tillgodohavande och hur stort detta i så fall är.

Abonnemangstandvård

2 §

Förslaget om att använda tandvårdschecken som ett stöd till abonnemangstandvård har beskrivits i den allmänna motiveringen i avsnitt 13. Det innebär att checken kan utnyttjas som delbetalning när patienten sluter ett avtal med vårdgivaren om abonnemangstandvård. Abonnemangsavtalet skall gälla tre år och innehålla ett fast pris för den ersättningsberättigande tandvård som patienten behöver under denna tid. I paragrafen räknas upp vilken vård som måste ingå i avtalet, nämligen 1. undersökning och utredningar, 2. hälsofrämjande insatser, 3. behandling av sjukdoms- och smärttillstånd samt 4. reparativ vård.

Som framgår av *andra stycket* utesluter inte detta att avtalet också omfattar rehabiliterande vård. Det är upp till vårdgivaren att komma överens med patienten om vilket pris som skall gälla för abonnemanget.

Av den förordning om statligt tandvårdsstöd som utredningen föreslår skall även framgå vilka uppgifter som måste finnas i avtalet. Det gäller uppgifter om abonnemangsperioden, den tandvård som omfattas av avtalet och avgiften för abonnemanget.

Om det beror på någon extraordinär händelse att avtalet inte kan fullföljas, t.ex. att vårdgivaren upphör med sin verksamhet, bör det kunna godtas av Försäkringskassan. Det bör framgå av förordningen om statligt tandvårdsstöd att vårdgivaren 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.

Försäkringskassan kommer enligt förslaget till förordning att få bemyndigande att meddela ytterligare föreskrifter om abonnemangstandvård. Dessa kan bl.a. behandla på vilket sätt avtalet om abonnemangstandvård skall presenteras för Försäkringskassan och vad som gäller om abonnemangsavtalet sägs upp.

I förslaget till förordning finns en övergångsbestämmelse enligt vilken tandvårdschecken inte får användas som delbetalning av avtal om abonnemangstandvård, om patienten vid avtalets ingående redan omfattas av ett gällande abonnemangsavtal. För ersättning enligt det äldre avtalet gäller bestämmelserna i förordningen om tandvårdstaxa. Detta betyder att om patienten exempelvis har ingått ett avtal i maj 2008, alltså bara någon månad innan det nya tandvårdsstödet föreslås träda i kraft den 1 juli 2008, så har patienten rätt till ersättning enligt förordningen om tandvårdstaxa med 200 kronor, medan ett avtal som ingås efter ikraftträdandet kan betalas med checkbelopp enligt de nya bestämmelserna.

Tandvårdsersättning

3 §

Skyddet mot höga tandvårdskostnader skall gälla under en ersättningsperiod på ett år. Motiveringen till detta framgår av avsnitt 14, där skyddet beskrivs närmare. Som även framgår av *första stycket* skall skyddet bestå av en tandvårdsersättning som motsvarar en viss andel av patientens sammanlagda tandvårdskostnader under perioden.

Enligt reglerna för det statliga tandvårdsstödet skall priset för utförd tandvård kunna bestämmas fritt av vårdgivaren – så länge ersättningen uppfyller kravet i 4 § tandvårdslagen på att ersättningen skall vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt övriga omständigheter. Men enligt *andra stycket* skall vid beräkningen av tandvårdsersättningen patientens tandvårdskostnader högst beräknas enligt en åtgärdslista med refe-

renspriser som fastställs av regeringen. Om vårdgivarens pris för en åtgärd är högre än det pris som anges i referensprislistan, måste mellanskillnaden räknas från när de sammanlagda tandvårdskostnaderna läggs till grund för att beräkna tandvårdsersättningen. Denna mellanskillnad får patienten helt stå för själv. Om å andra sidan vårdgivaren tar ut ett lägre pris än det som framgår av referensprislistan, får enligt bestämmelsen i andra stycket den sammanlagda tandvårdskostnaden högst beräknas efter det lägre priset för åtgärden.

Utredningens förslag innebär att regeringen i förordningen om statligt tandvårdsstöd skall bestämma såväl de åtgärder som kan berättiga till statligt tandvårdsstöd som referenspriserna. I förordningen skall regeringen också lägga fast med vilken andel av patientens sammanlagda tandvårdskostnader under ersättningsperioden som det skall lämnas tandvårdsersättning. Utredningen föreslår att när det nya statliga tandvårdsstödet träder i kraft tandvårdsersättning skall lämnas för kostnader för ersättningsberättigande tandvård som överstiger 3 000 kronor med 50 procent av den del som överstiger 3 000 men inte 15 000 kronor och med 85 procent av den del som överstiger 15 000 kronor.

Tandvårdschecken är som nämnts avsedd att vara ett stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder men den kan också användas för att betala annan tandvård. I förslaget till förordning om statligt tandvårdsstöd föreslås en bestämmelse som innebär att om patienten väljer att betala en del av kostnaden med tandvårdscheck, så skall det belopp han eller hon är berättigad till dras av från den beräknade sammanlagda kostnaden för ersättningsberättigande tandvård.

I *tredje stycket* föreskrivs att ersättningsperioden påbörjas i och med att en första ersättningsberättigande åtgärd slutförts. Men patienten kan begära att vårdgivaren skall anmäla hos Försäkringskassan att en ny ersättningsperiod skall påbörjas innan den tidigare ersättningsperioden har löpt ut. Detta kan vara förmånligare för patienten om han eller hon står i begrepp att börja en mer omfattande och kostsam behandling som kräver flera behandlingstillfällen under en längre tidsrymd. Man får förutsätta att vårdgivaren är patienten behjälplig med att räkna ut när det är mer förmånligt att påbörja en ny ersättningsperiod än att först avsluta den pågående perioden. Den nya ersättningsperioden gäller från det anmälan har kommit in till Försäkringskassan, och den kan därmed inte få retroaktiv verkan.

4 §

Det statliga tandvårdsstödet innebär att viss ersättning kan lämnas för abonnemangstandvård genom att tandvårdschecken används som betalningsmedel. Det har därför i denna paragraf föreskrivits att tandvårdsersättning inte lämnas för tandvård som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård. Däremot kan tandvårdsersättning lämnas för tandvårdsåtgärder som ligger utanför abonnemangsavtalet, t.ex. protetiska arbeten. I sådana fall måste patienten komma upp i 3 000 kronor för sådana åtgärder innan någon ersättning lämnas. Patientens pris för abonnemangstandvård enligt 2 § kan inte läggas till grund för patientens totala kostnader för att beräkna tandvårdsersättningen.

Gemensamma ersättningsbestämmelser

5 §

Gemensamt för all tandvård som delvis bekostats med hjälp av det statliga tandvårdsstödet gäller att om vårdgivaren har fått ett lägre belopp i ersättning från det statliga tandvårdsstödet än vad vårdgivaren räknat med, så får enligt *första stycket* vårdgivaren inte kräva ut mellanskillnaden av patienten. Det har ansetts att vårdgivaren normalt sett har betydligt bättre förutsättningar än patienten att beräkna vilken ersättning som kan komma att lämnas i tandvårdsstöd. Om vårdgivaren därför har räknat ut ett för lågt pris för det patienten skall betala, bör vårdgivaren få bära det ekonomiska ansvaret för detta. I 4 kap. 5 § har vårdgivaren uttryckligen tillerkänts en egen klagorätt över beslut av Försäkringskassan som rör beräkning och utbetalning av tandvårdsstöd.

Det får förutsättas att Försäkringskassan i lämpliga former kommer att ge vägledning i svårbedömda situationer om vilka åtgärder som kan vara ersättningsberättigande. Vårdgivaren kan givetvis också behöva rådgöra med Försäkringskassan om vilka åtgärder som kan vara ersättningsberättigande vid en given diagnos. Några direkt bindande förhandsbesked kan det dock inte bli fråga om.

I *andra stycket* har gjorts undantag från bestämmelsen i första stycket om att vårdgivaren inte får kräva ut mellanskillnaden när vårdgivaren fått lägre ersättning än som begärts i statligt tandvårdsstöd. Om det lägre ersättningsbeloppet beror på att patienten har

lämnat ofullständiga eller oriktiga uppgifter gäller inte regeln i första stycket.

6 §

Första stycket. Liksom hittills enligt tandvårdsförsäkringen, se 16 § förordningen om tandvårdstaxa, skall det statliga tandvårdsstödet inte ersätta behandlingar som behöver göras om därför att de upphört att fungera under den tid som de normalt borde göra. Inte heller bör patienten behöva betala för att göra om åtgärden. Avsikten är att regeringen i listan över ersättningsberättigande åtgärder enligt bilaga A till förordningen om statligt tandvårdsstöd skall ange när omgörningar av protetiska arbeten är ersättningsberättigande. I förordningen föreslås en bestämmelse om att det av den prislista som vårdgivaren skall lämna enligt 3 kap. 3 § lagen skall framgå vilka garantier vårdgivaren lämnar för sina arbeten.

I gällande tandvårdstaxa finns bestämmelser om att Försäkringskassan vid omgörning under vissa förutsättningar får återkräva av den som först utfört ett vårdarbete det belopp som kassan lämnat för en ny behandling. I förevarande paragraf föreslås nu i stället att Försäkringskassan skall få återkräva det statliga tandvårdsstödet som lämnats till vårdgivaren för den första behandlingen. Det administrativt enklaste sättet att verkställa ett beslut om återkrav torde vara att Försäkringskassan drar av beloppet i samband med en senare utbetalning till vårdgivaren. En bestämmelse om detta har tagits in i *andra meningen*. Försäkringskassan skall betala ut ett belopp motsvarande det återkrävda beloppet som ersättning för den omgörning som utförs av en annan vårdgivare.

Enligt *andra stycket* skall Försäkringskassan förhandspröva behovet av omgörning, innan denna utförs av en annan vårdgivare än den som först utförde behandlingen. Skälen till detta har angetts i avsnitt 16.8.

3 kap. Vårdgivare

Förutsättningar för statligt tandvårdsstöd

1 §

Det föreslagna statliga tandvårdsstödet bygger i hög grad på att vårdgivare och Försäkringskassan kan kommunicera med varandra på ett så enkelt och arbetsbesparande sätt som möjligt. Utred-

ningen har funnit att detta bäst kan ske genom att varje tandvårdsmottagning kopplas in på ett elektroniskt system som drivs av Försäkringskassan. I förevarande paragraf har därför föreskrivits att tandvårdsmottagningen skall vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för tandvårdsstöd för att vården skall kunna berättiga till statligt tandvårdsstöd. Det betyder att varje folktandvårdsklinik likaväl som varje privat tandvårdsmottagning måste vara ansluten till systemet för att tandvårdsstöd skall kunna betalas ut. I stället slopas den nuvarande förteckningen över enskilda vårdgivare.

Regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer, dvs. Försäkringskassan, skall enligt 4 kap. 7 § bemyndigas att meddela föreskrifter beträffande anslutningen till det elektroniska systemet för tandvårdsstöd. I förslaget till förordning har getts närmare bestämmelser om anmälan för att bli ansluten till systemet och att vårdgivaren själv skall vara legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist eller ha tillgång till en eller flera legitimerade tandläkare eller tandhygienister samt att vårdgivare i enskild verksamhet skall ha F-skattsedel. Kravet på F-skattsedel i enskild verksamhet gäller alla former av företagsassociationer.

I förslaget till förordning har vidare getts vissa föreskrifter om att Försäkringskassan vid förändringar av verksamheten m.m. kan föra av mottagningen från anslutningen till det elektroniska systemet.

Vårdgivarens ansvar m.m.

Under denna rubrik har samlats en rad allmänna bestämmelser som utredningen har ansett bör gälla för vårdgivare som utför tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Flera av dessa har i dag sin motsvarighet i den gällande förordningen om tandvårds- taxa. Av 1 kap. 3 § andra meningen framgår att 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. Det betyder att den befattningshavaren kan göras ansvarig för de uppgifter som framgår av förevarande paragrafer, om vårdgivaren har uppdragit detta åt honom eller henne. Se också kommentaren till 1 kap. 3 §.

3 §

Vårdgivaren skall enligt denna paragraf vara skyldig att tillhandahålla en prislista som patienten kan ta med sig. Det finns då inte längre anledning att som i nuvarande förordning om tandvårdstaxa föreskriva att förordningens åtgärdslista med referenspriser skall hållas tillgänglig på vårdgivarens mottagning.

I utredningens förslag till förordning om statligt tandvårdsstöd finns bestämmelser om att vårdgivaren på patientens kvitto för erlagd betalning skall ange såväl referenspriset som 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. Vidare skall vårdgivaren lämna ett undersökningsprotokoll till patienten efter varje undersökning som inte enbart avser en akut behandling.

4 §

Bestämmelsen att vårdgivaren efter utförd undersökning eller behandling skall erbjuda patienten att få en kallelse till en ny undersökning gäller inte undantagslöst. Skulle patienten exempelvis vara på väg att bosätta sig utomlands eller vårdgivaren att upphöra med sin verksamhet, är givetvis ett sådant erbjudande uppenbart obehövligt.

5 §

Första stycket. Vårdgivaren kan komma överens med patienten om vilken behandling som helst som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Om en behandling emellertid till någon del ligger utanför den ram av åtgärder som kan grunda rätt till ersättning från det statliga tandvårdsstödet, så har det ansetts vara en skyldighet för vårdgivaren att upplysa patienten om detta.

Andra stycket. Enligt 4 § tandvårdslagen – som gäller alla vårdgivare innanför och utanför det statliga tandvårdsstödet – skall vårdgivaren innan en undersökning eller viss behandling påbörjas upplysa patienten om kostnaden för åtgärden. Enligt vad utredningen erfarit efterlevs denna skyldighet inte alltid av alla vårdgivare. För att säkerställa att patienten får veta vad behandlingen kostar för att möjliggöra prisjämförelser och för att det inte skall råda någon tvekan mellan parterna om det totalt överenskomna priset, föreslås i *första meningen* ett skärpt krav inom det statliga tandvårdsstödet.

Behövs det behandling vid mer än ett tillfälle skall prisuppgiften vara skriftlig.

Kravet i *andra meningen* på att vårdgivaren skall lämna en skriftlig behandlingsplan gäller i de fall patienten behöver en mer omfattande behandling. Vad som är mer omfattande skall ses ur patientens perspektiv. Om patienten t.ex. behöver minst tre behandlingar till en beräknad kostnad av säg 1 000 kronor per gång, kan man med patientens ögon tycka att det blir fråga om en mer omfattande behandling. Men någon gång kan även en komplicerad behandling som kan klaras vid två behandlingstillfällen räknas som mer omfattande. Å andra sidan kan en behandling som av särskilda skäl behöver tre behandlingstillfällen, men som hade kunnat klaras på endast två, kanske bedömas som mindre omfattande.

Kravet på skriftlig behandlingsplan skall också ses med patientens ögon. Behandlingsplanen bör ofta kunna göras förhållandevis enkel. Huvudsaken är att patienten förstår vad han eller hon kan vänta sig av vårdgivarens förslag.

Det kan finnas anledning för Försäkringskassan att i föreskrifter eller allmänna råd närmare precisera kravet på skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandlingar.

I utredningens förslag till förordning om statligt tandvårdsstöd finns en bestämmelse om vad en behandlingsplan skall innehålla. Där anges att det av behandlingsplanen bl.a. skall framgå skälen för behandlingen. I första hand är det givetvis de odontologiska skälen som avses men även andra, medicinska skäl är tänkbara.

6 §

Av den allmänna motiveringen, bl.a. i avsnitt 16.2, framgår skälen till bestämmelsen om uppgiftsskyldighet i förevarande paragraf. En motsvarande bestämmelse finns nu i förordningen om tandvårds-taxa.

7 §

I den allmänna motiveringen, avsnitt 16.2, 16.3 och 16.5, har särskilt beskrivits det behov som finns att få ett bättre underlag för att följa tandvården och tandhälsans utveckling i landet. I avsnitt 17.7 lämnas förslag om hur patienten skall få en förbättrad information om sin tandhälsa. För att åstadkomma förutsättningar för administration och kontroll av det nya tandvårdsstödet samt uppföljning och utvärdering av tandhälsan föreskrivs i denna paragraf att vårdgivaren är skyldig att lämna uppgifter om sina patienters tand-

hälsa och utförd tandvård enligt föreskrifter som meddelas av regeringen eller myndighet som regeringen bestämmer, dvs. Försäkringskassan. Föreskrifterna får givetvis anpassas efter den stödform det gäller. Vid abonnemangstandvård skall exempelvis vårdgivaren inte ange priset för utförda åtgärder.

Utredningen föreslår att det skall upprättas ett tandhälsoregister hos Socialstyrelsen och lägger fram ett förslag till en förordning om tandhälsoregister. Av förordningen skall framgå vilka uppgifter som får registreras. Hit hör främst uppgifter som vårdgivaren skall lämna enligt 9 § förslaget till förordning om statligt tandvårdsstöd, men Socialstyrelsen föreslås också få registrera uppgifter om bland annat folkbokföringsort, födelseland och medborgarskap. Sådana uppgifter skall inhämtas från Statistiska centralbyrån.

4 kap. Övriga bestämmelser

Försäkringskassans uppgiftsskyldighet

1 §

För att kunna beräkna patientens pris för tandvården behöver den behandlande tandläkaren eller tandhygienisten få tillgång till vissa uppgifter som normalt är sekretesskyddade. Det gäller främst om och i vilken utsträckning patienten har använt sin tandvårdscheck och den aktuella karensnivån. Förslaget till sekretessbrytande bestämmelse i förevarande paragraf har motiverats i avsnitt 16.6.

Förslaget bygger på att Försäkringskassan till vårdgivarna endast lämnar de uppgifter som är nödvändiga för att göra en korrekt prisberäkning. Avsikten är givetvis att endast den behandlande tandläkaren eller tandhygienisten och annan berörd personal skall få ta del av uppgifterna. Det kan här erinras om att Patientdatautredningen i ett betänkande (SOU 2006:82) har föreslagit att patientjournalagen (1985:562) och lagen (1998:544) om vårdregister skall ersättas av en ny patientdatalag. Patientdatautredningens lagförslag – som också innefattar tandvården – innebär bl.a. att nuvarande reglering i 7 § första stycket patientjournalagen om att varje journalhandling skall hanteras och förvaras så att obehöriga inte får tillgång till den skall behållas men

dels vidgas till att omfatta alla dokumenterade personuppgifter om patienter eller andra enskilda registrerade, dvs. även annan

vårdokumentation, kvalitetsregisteruppgifter m.m. som behandlas enligt patientdatalagen,

dels förtydligas genom tillägget att den som arbetar hos en vårdgivare får ta del av uppgifter om en patient endast om han eller hon deltar i vården av patienten eller av annat skäl behöver uppgifterna för sitt arbete inom hälso- och sjukvården. Bestämmelsen omfattar både manuellt och elektroniskt behandlade patientuppgifter.

Patientdatautredningens betänkande remissbehandlas för närvarande. Tandvårdsutredningen utgår från att förslagen kommer att lösa de frågor kring den s.k. inre sekretessen som ev. skulle kunna uppstå som en följd av förevarande förslag till sekretessbrytande regel.

Återbetalningsskyldighet m.m.

2 §

Bestämmelsen om återbetalningsskyldighet i *första stycket* har nu sin motsvarighet i 20 kap. 4 a § första stycket AFL.

Förslaget till statligt tandvårdsstöd innebär att vårdgivaren åläggs en tämligen omfattande uppgiftsskyldighet, låt vara att denna skall underlättas av att uppgifterna skall lämnas på elektronisk väg, se 4 kap. 4 § andra stycket. För att säkra efterlevnaden av uppgiftsskyldigheten föreskrivs i *andra stycket* att Försäkringskassan får innehålla ersättning från det statliga tandvårdsstödet i avvaktan på att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt lagen.

3 §

I 4 § andra stycket tandvårdslagen och i förordningen om tandvårdstaxa finns bestämmelser om förhandsprövning. Som har framgått av den allmänna motiveringen, avsnitt 16.2, bör inte förhandsprövningen återfinnas inom det statliga tandvårdsstödet, annat än i undantagsfall.

Ett undantag görs i förevarande paragraf, enligt vilken Försäkringskassan kan förelägga en vårdgivare som kan antas inte följa bestämmelserna för statligt tandvårdsstöd att en begäran om ersättning för en viss behandling alltid skall prövas av Försäkringskassan, innan behandlingen utförs. Har vårdgivaren exempelvis upprepade gånger begärt ersättning för en behandling som inte överensstämmer med de förutsättningar för statligt tandvårdsstöd som anges i bilaga A till den föreslagna förordningen om statligt

tandvårdsstöd eller åsidosatt skyldigheten att lämna uppgifter enligt 3 kap. 7 §, kan det finnas skäl för Försäkringskassan att föranstalta om förhandsprövning av begäran om ersättning för varje behandling av visst slag som vårdgivaren utför.

Föreläggandet om förhandsprövning, som får gälla högst ett år, har sin motsvarighet i 20 § förordningen om tandvårdstaxa. Det får ankomma på Försäkringskassan att överväga om den nu föreslagna förhandsprövningen bör föranleda att Försäkringskassan meddelar föreskrifter som motsvarar bestämmelserna i 21 § förordningen om tandvårdstaxa beträffande den verkan ett beslut i ett ärende om förhandsprövning kan ha i olika situationer.

Som framgår av kommentaren till 7 § bör Försäkringskassan utöver förhandsprövning enligt denna paragraf också ha möjlighet att vid behov besluta att ersättningen för svårbedömda behandlingar skall prövas i förväg.

Utbetalning av statligt tandvårdsstöd

4 §

Bestämmelsen i *första stycket* om att begäran om ersättning från tandvårdsstödet skall komma in till Försäkringskassan inom två veckor från det åtgärden slutförts har motiverats i avsnitt 16.5.3. Om det finns särskilda skäl kan Försäkringskassan betala ut ersättning även om begäran kommer in senare. Vårdgivaren kan t.ex. av personliga skäl ha blivit förhindrad att färdigställa begäran inom föreskriven tid. Stor arbetsbörda eller liknande omständigheter bör dock inte räknas som skäl för att inte komma in med begäran i tid.

En motsvarande skyldighet bör gälla för Försäkringskassan att betala ut tandvårdsstöd till vårdgivaren senast inom två veckor. Det bör enligt utredningens mening ankomma på Försäkringskassan att lägga fast denna tidsram i sina föreskrifter.

I avsnitt 16.1 och 16.5 har utförligt motiverats bestämmelsen i *andra stycket* om att begäran om ersättning och de uppgifter som behövs för att styrka denna samt övriga uppgifter som Försäkringskassan behöver skall lämnas till Försäkringskassan på elektronisk väg. Till de övriga uppgifterna hör underlag för uppföljning och beräkning av statligt tandvårdsstöd. Försäkringskassan bör få ge föreskrifter beträffande uppgifter som inte kan lämnas elektroniskt.

Överklagande m.m.

5 §

Första stycket. Beslut om statligt tandvårdsstöd skall liksom inom dagens tandvårdsförsäkring kunna överklagas av patienten. Han eller hon är juridiskt sett att anse som part i ett ärende om statligt tandvårdsstöd.

Det har däremot i praxis ansetts oklart vilken ställning vårdgivaren intar när ett beslut inom tandvårdsförsäkringen inneburit mindre ersättning än patienten/vårdgivaren begärt. I *andra stycket* har nu föreskrivits att även vårdgivaren får överklaga ett beslut om beräkning och utbetalning av tandvårdsstöd. Det system för rätt till tandvårdsstöd som nu föreslås innebär att vårdgivaren är den som sköter kontakten med Försäkringskassan. Enligt 2 kap. 5 § får vårdgivaren inte kräva ut mellanskillnaden av patienten om Försäkringskassan betalar ut en lägre ersättning än vårdgivaren begärt. Det har mot den här bakgrunden ansetts naturligt att vårdgivaren också ges en uttryckligt rätt att överklaga beslut som går vårdgivaren emot.

6 §

Enligt 20 kap. 4 § AFL kan den bli återbetalningsskyldig som genom oriktiga uppgifter e.d. förorsakat att ersättning utgått obehörigen eller med för högt belopp. Bestämmelsen föreslås bli tillämplig också inom det statliga tandvårdsstödet.

Bestämmelsen i 20 kap. 5 § AFL innebär att ersättning som inte lyfts inom två år från det beloppet förfallit till betalning skall vara förverkad, dvs. beloppet preskriberas. Utredningen har ansett att bestämmelsen bör ha motsvarande tillämpning för tandvårdsstödet, även om enligt förslaget till bestämmelse i 4 § första stycket förevarande lag begäran om utbetalning normalt sett skall ha kommit in till Försäkringskassan inom två veckor från behandlingstillfället. Också Försäkringskassan förutsätts betala ut tandvårdsstödet inom två veckor, se kommentaren 4 §.

I 20 kap. 6 § AFL föreskrivs att en försäkrads fordran på ersättning enligt AFL som inestår hos Försäkringskassan inte får utmätas. Den försäkrades rätt till ersättning får inte heller överlåtas, innan ersättningen är tillgänglig för lyftning. Bestämmelsen bli nu också tillämplig på patients rätt till ersättning enligt lagen om statligt tandvårdsstöd. Bestämmelsen kan dock inte tolkas så att även

det belopp som skall betalas ut till vårdgivaren är skyddat från utmätning.

Bestämmelsen i 20 kap. 7 § säger att om någon har rätt till ersättning enligt lagen så är han eller hon inte hindrad att göra gällande det anspråk på skadestånd som utöver ersättningen kan tillkomma honom eller henne. Denna bestämmelse bör också vara tillämplig på ersättning från det statliga tandvårdsstödet.

Även bestämmelserna i 20 kap. 8–9 a §§ skall ha motsvarande tillämpning inom det statliga tandvårdsstödet. De innebär i korthet att den som är försäkrad eller på annan grund har rätt till ersättning är skyldig att lämna de uppgifter som behövs för tillämpning av lagen, att Försäkringskassan har rätt att ställa frågor och besöka den försäkrade samt att myndigheter, arbetsgivare och försäkringsinrättningar är skyldiga att lämna uppgifter till domstol eller Försäkringskassan i frågor som har betydelse för tillämpningen av lagen. Vidare gäller inte sekretess för uppgifter som behövs för samordning av ersättningar.

Bestämmelserna om omprövning som gäller inom den allmänna försäkringen och ändring av Försäkringskassans beslut samt om överklagande av beslut i mål eller ärenden om försäkring skall även de ha motsvarande tillämpning på det statliga tandvårdsstödet. Som framgår av 5 § andra stycket har även vårdgivaren getts en uttrycklig rätt att överklaga beslut som rör beräkning och utbetalning av tandvårdsstöd.

Bemyndiganden

7 §

Bemyndigandet för regeringen att meddela ytterligare föreskrifter om de tre ersättningsformerna tandvårdscheck, abonnemangstandvård och tandvårdsersättning gäller ersättningsbeloppens storlek och den närmare utformningen i övrigt av rätten till ersättning, vilka regeringen enligt utredningens förslag skall reglera i en förordning om statligt tandvårdsstöd. Regeringen kan i denna vid behov och efter förslag från den föreslagna Nämnden för statligt tandvårdsstöd föreskriva att vissa svårbedömda behandlingar skall prövas i förväg. Även när det gäller anslutningen till det elektroniska systemet för tandvårdsstöd behövs närmare föreskrifter av regeringen i förordning.

Regeringen bör i förordningen uppdra åt Försäkringskassan att meddela de föreskrifter som behövs härutöver. Ett sådant bemyndigande bör även ge Försäkringskassan möjlighet att i undantagsfall föreskriva att ersättningen för svårbedömda behandlingar skall prövas i förväg.

Verkställighetsföreskrifter

8 §

Det nya statliga tandvårdsstödet innebär tämligen stora förändringar jämfört med dagens tandvårdsförsäkring. Det kan förutses att lagen ger anledning för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att besluta föreskrifter om verkställigheten av de nya lagbestämmelserna. Det har ansetts lämpligt att här erinra om regeringens rätt enligt 8 kap. 13 § regeringsformen att göra detta.

21.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

2 kap. 1 och 3 - 3 b §§ samt 20 kap. 4a §

Nuvarande bestämmelser i AFL om tandvårdsförsäkringen ersätts av bestämmelser i lagen om statligt tandvårdsstöd och föreslås därför upphäva.

21.4 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

4 §

Tandvårdslagen, som gäller för alla som bedriver tandvård i landet, innehåller allmänna bestämmelser om målet för tandvården och kraven på denna när det gäller hur vården skall bedrivas. Vidare finns bestämmelser om landstingets ansvar, däribland skyldigheten för landstinget att erbjuda tandvård av olika slag, om nämnder och personal och vårdavgifter m.m. I dessa avseenden överensstämmer tandvårdslagen med hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL. Men tandvårdslagen skiljer sig från hälso- och sjukvårdslagen genom att den också i 4 § har vissa allmänna bestämmelser om hur

ersättningen för tandvården skall beräknas. *Andra styckets* bestämmelse om förhandsprövning av Försäkringskassan ersätts nu av det regelsystem som föreslås för det statliga tandvårdsstödet.

Utredningen föreslår emellertid i avvaktan på att det görs en mer allmän översyn av tandvårdslagen – och en sådan bör enligt vad utredningen uttalat i inledningen till detta avsnitt komma till stånd förr eller senare – att bestämmelserna i *första och tredje styckena* av 4 § skall vara kvar vid sidan om de mer speciella regler som föreslås införda i lagen om statligt tandvårdsstöd och i den förordning som avses komplettera lagen.

Utredningen föreslår vidare att det i ett nytt *fjärde stycke* tas in en bestämmelse om skyldighet för vårdgivaren att ge patienten intyg om vilka material som använts vid angivna arbeten. Bestämmelsen finns nu i 27 § första stycket nuvarande förordning om tandvårdstaxa, och utredningen menar att bestämmelsen har sådan betydelse för all tandvård att den bör föras över till tandvårdslagen i samband med att förordningen om tandvårdstaxa upphör. Bestämmelsen i andra stycket av 27 § förordningen om att en uppgift om att patienten har rätt till ett sådant intyg skall finnas intagen i prislistan föreslås intagen i förordningen om statligt tandvårdsstöd.

21.5 Förslaget till lag om ändring i socialförsäkringslagen (1999:799)

3 kap. 2 §

Förslaget till tillägg i 3 kap. 2 § i uppräknningen av lagar som den som är bosatt i Sverige omfattas av är en följd av att nuvarande bestämmelser om tandvård i 2 kap. AFL ersätts av lagen om statligt tandvårdsstöd och att tandvården därmed inte längre omfattas av bestämmelsen i 3 kap. 1 § om bosättningsbaserad försäkring.

21.6 Förslaget till lag om ändring i lagen (2003:763) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration

7 §

Tillägget i punkten 6 har tillkommit för att göra det möjligt för Försäkringskassan att till Socialstyrelsen vidarebefordra uppgifter om patienterna tandhälsa som Försäkringskassan kräver in av vård-

givarna. Uppgifterna skall av Socialstyrelsen föras in i ett tandhälsoregister över den vuxna befolkningens tandhälsa. Förslaget har motiverats närmare i avsnitt 16.5.1. Beträffande tandhälsoregister se avsnitt 16.7.

21.7 Förslaget till lag om ändring i lagen (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor

1 §

I paragrafen har endast förslagits en följdändring med anledning av förslaget till ny lag om statligt tandvårdsstöd.

21.8 Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring

3 kap.

9 §

I paragrafen har endast föreslagits en följdändring med anledning av förslaget till ny lag om statligt tandvårdsstöd.

21.9 Förslaget till lag om ändring sekretesslagen (1980:100)

7 kap.

7 §

I paragrafen har endast föreslagits en följdändring med anledning av förslaget till ny lag om statligt tandvårdsstöd.

Källförteckning

Betänkande 1997/98:SoU25

Proposition 1973:45 *med förslag om allmän tandvårdsförsäkring*

Proposition 1996/97:27, *Läkemedelsförmåner och läkemedelsförsäljning m.m.*

Proposition 1997/98:112, *Reformerat tandvårdsstöd*

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

Proposition 2006/07:1, *Budgetpropositionen för 2007*

SOU 2001:36, *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre*

SOU 2002:53, *Tandvården till 2010*

SOU 2005:4, *Liberalisering, regler och marknader*

Rådets förordning 1408/71 (EEG) av den 14 juni 1971 om tillämpningen av systemen för social trygghet när anställda, egenföretagare eller deras familjemedlemmar flyttar inom gemenskapen, EGT L 149, 5.7.1971; konsoliderad utgåva – ETG nr L 28, 30.1.1.1997.

Europaparlamentets och rådets direktiv 95/46/EG av den 24 oktober 1995 om skydd för enskilda personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter, EGT L 281, 23.11.1995, s. 31–50

EG-domstolens dom, mål C-158/96 Kohll, REG 1998 I-1931

EG-domstolens mål C-385/99, Müller-Fauré och Van Riet,

Regeringsrättens dom RÅ 2004 ref. 41

Regeringsrättens dom RÅ 2005 ref. 91

Abrahamsson KH, Koch G, Norderyd O, Romao C, Wennström JL (2006), *Periodontal conditions in a Swedish city population of adolescents: a cross-sectional study*, Swed Dent J, 2006:30, 25-34

Atkinson Review (2005), *Final report*, Palgrave Macmillan

- Berglundh T, Persson L, Klinge B (2002), *A systematic review of the incidence of biological and technical complications in implant dentistry reported in prospective longitudinal studies of at least 5 years*. Journal of Clinical Periodontology 29, Suppl 3, p 197–212.
- Bergman M (2002), *Lärobok för regelnissar – En ESO-rapport om regelhantering vid avregleringar*, ESO-rapport, Fritzes
- Brinck E (2004), *Vägen till frihet – 20 år med privattandläkarna*, Privattandläkarna
- Cabral L (2000), *Introduction to Industrial Organization*, MIT Press
- Degerman-Svensson M, Olsson A, Viklund L, Svensson T (2001), *EPI Norr, Munhälsa, vårdbehov och hälsoutveckling hos den vuxna befolkningen i Norrbotten*, Norrbottens läns landsting 2001
- Dental Liaison Committee (2004), *Manual of Dental Practice*
- Eriksson R (2004), *Testing for Price Leadership and for Reputation Goods Effects: Swedish Dental Services*, Working Paper 2004:5, SOFI, Stockholms universitet
- Grytten J (2005), *Models for financing dental services. A review*, Dental faculty, University of Oslo Norway
- Grönqvist E (2004), *Selection and Moral Hazard in Health Insurance. Taking Contract Theory to the Data*, EFI Stockholm School of Economics.
- Grönqvist E (2006), *Tjänstemarknader där konsumenten har ett informationsunderläge – empiriska exempel från tandvård och bilreparationer*, Konkurrensverkets uppdragsforskningsserie, 2006:2
- Hugoson A, Koch G, Johansson S (2003), *Oral hälsa: sammanställning av konsensuskonferens i Mullsjö 12–15 november 2002*, Gothia, Stockholm
- Hugoson, A, Koch G, Göthberg C, Nydell Helkimo A, Lundin S, Norderyd O, Sjödin B, Sondell K (2005), *Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 30 years (1973–2003)*, Swed Dent J 2005:29, 139–155
- Hultin M et al (2007), *Supportive therapy and the longevity of dental implants – a systematic review of the literature*. Clinical Oral Implants Research (in press).
- Håkansson R (1991), *Tandvårdsvanor och tandstatus bland vuxna i Sverige 1974–1985. Jämförande tvärsnitts- och longitudinella undersökningar*, Thesis, Faculty of Odontology, Lund University 1991

- Johansson V, Axtelius B, Söderfeldt B, Sampogna F, Lannerud M, Sondell K (2006), *Financial Systems Impact on Dental Care, Community Dental Health*, (in press).
- Olsson C (1999), *Supplier Induced Demand: An Analysis of the Swedish Dental Care Market, Essays in the Economics of Dental Insurance and Dental Health*, Umeå Economic Studies, No 494
- Robinson R, Patel D, Pennycare R (2004), *The Economics of Dental Care*, Office of Health Economics
- Uhrbom E, Bjerner B (2003), *EpiWux03. Vuxnas mun- och tandhälsa i Dalarna, utveckling och framtid. En undersökning avseende 35-, 50-, 65- och 75-åringar i Dalarna 2003*. Skriftserie nr 75, Landstinget Dalarna 2003
- Wänman A, Forsberg H, Sjödin L, Lundgren P, Höglund-Åberg C (2004), *Tillståndet i mun och käkar bland Västerbottens vuxna befolkning år 2002*, Umeå Universitet och Västerbottens läns landsting
- Wärnberg-Gerdin E (2006), *Vad är oral hälsa – och går den att mäta*, Tandläkartidningen 2006:8, 50-53
- FSI (2005), *Frågor om kostnader för tandvård*, Forskningsgruppen för Samhälls- och informationsstudier
- Försäkringskassan (2004), *Försäkringskassans vägledning Tandvårdsförsäkringen nr 2002:5*
- Försäkringskassan (2005a), *Prisutvecklingen inom privattandvården och folktandvården, april 2004 till och med maj 2005*, rapport
- Försäkringskassan (2005b), *Vårdgivares priser på tandvårdsmaterial*, rapport
- Försäkringskassan (2006a), *Titankomponenter inom högkostnads-skyddet – Förslag till förändringar av tandvårdsersättningen*, rapport
- Försäkringskassan (2006b), *Kontroll av prisinformation på tandvårdsmottagningar*, PM
- Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006a), *Statistik från tandvårdsräkningar, Regeringsuppdrag om tandvårdstatistik, tandhälsa och tandvårdsförsäkring. Delrapport 1 av 3*, rapport
- Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006b), *Befolkningens tandhälsa, Regeringsuppdrag om tandvårdstatistik, tandhälsa och tandvårdsförsäkring. Delrapport 2 av 3*, rapport
- Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006c), *Tandvårdsförsäkring, tandvårdskonsumtion och tandhälsa, Regeringsuppdrag om*

- tandvårdsstatistik, tandvårdsförsäkring och tandhälsa. Delrapport 3 av 3*, rapport
Konkurrensverket (2004), *Tandvård och konkurrens*, Konkurrensverkets rapportserie 2004:1
Konsumentverket (2003), *Konsumenten och tandvårdsmarkanden*, Konsumentverkets rapportserie 2003:23
Läkemedelsverket (2006), *Beslut 061206, Dnr 43:2005/64079*, beslut
Riksförsäkringsverket (2003), *Höghkostnadsskyddet inom tandvården – Första året*, RFV analyserar 2003:18
Riksförsäkringsverket (2004), *Landstingens och privattandvårdens patientpriser, april 2004*, rapport
Riksrevisionen (2006), *Tandvårdsstöd för äldre*, RiR 2006:9
Socialstyrelsen (2006a), *Landstingens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård*, rapport
Socialstyrelsen (2006b), *Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985 – 2005*, rapport
Socialstyrelsen (2006c), *Skrivelse till Försäkringskassan Dnr 53:11571/2005*, skrivelse
Socialstyrelsen (2006d), *Årsrapport NPS 2006 – En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad*, rapport
Statens folkhälsoinstitut (2004), *Nationella folkhälsoenkäten 2004*
Statens folkhälsoinstitut (2005a), *Nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, 2005*
Statens folkhälsoinstitut (2005b), *Folkhälsopolitisk rapport 2005*
Statens folkhälsoinstitut (2006), *Folkhälsopolitisk rapport 2006*
Stockholms läns landsting (2005), *Uppföljning av ungdomstandvården Telefonintervjuer med 19-åringar i Stockholms län. LS 0411-2155*
Statistiska Centralbyrån, SCB (2001), *Tandhälsa och tandvård - utnyttjande 1975-1999*
Statistiska Centralbyrån SCB (2006), *ULF - undersökningen*
Svenskt Kvalitetsindex (2007), *Kvalitetsindex för tjänstemarknaden*
Sveriges Kommuner och Landsting (2005), *Privata läkare och sjukgymnaster i öppen vård med ersättning enligt nationell taxa 2004*, rapport
Sveriges Kommuner och Landsting (2006a), *Folktandvårdens priser för allmäntandvård år 2006*, PM 060124
Sveriges Kommuner och Landsting (2006b), *Folktandvårdens priser för allmäntandvård år 2006 i de olika landstingen*, PM 060404

Kommittédirektiv



Nytt tandvårdsstöd för vuxna

Dir.
2005:136

Beslut vid regeringssammanträde den 1 december 2005.

Sammanfattning av uppdraget

En särskild utredare skall lägga fram ett förslag till ett nytt tandvårdsstöd för vuxna, som skall gälla från och med det år då man fyller 20 år. Stödet skall vara utformat så att det både främjar förebyggande insatser och ger ett tillfredsställande skydd mot höga kostnader. Stödet skall bestå av ett grundstöd som täcker större delen av kostnaden för det grundläggande behovet av undersökningar och förebyggande åtgärder, samt ett skydd mot höga kostnader som innebär att en viss andel av behandlingskostnader som överstiger ett karensbelopp ersätts genom tandvårdsstödet. Behovet av ett särskilt stöd vid extremt höga tandvårdskostnader skall övervägas. En översyn av de regler som gäller om återkrav av tandvårdsersättning vid omgörning av fast och avtagbar protetik skall också genomföras. Utredaren skall lägga fram förslag till de författningsändringar som krävs för att införa det nya tandvårdsstödet och som i övrigt följer av uppdraget.

Bakgrund

Nuvarande tandvårdsstöd

Det nuvarande tandvårdsstödet som infördes den 1 januari 1999 har en hälsofrämjande inriktning samtidigt som det också innehåller ett visst skydd för dem som drabbas av höga kostnader. Försäkringskassan betalar i regel ut ett fast ersättningsbelopp per åtgärd till vårdgivaren. Av 4 § första stycket tandvårdslagen (1985:125) framgår att en vårdgivare får ta ut ersättning av patienten för

undersökning och tandbehandling. Ersättningen skall vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. Som ett alternativ finns också möjligheten att patienten och vårdgivaren sluter ett avtal om s.k. abonnemangstandvård. Detta innebär att patienten betalar en fast årlig avgift för att få sitt behov av bastandvård tillgodosett under en tvåårsperiod. För varje sådant abonnemang betalar Försäkringskassan ut ett fast ersättningsbelopp om 200 kronor per år. Den 1 juli 2002 kompletterades tandvårdsstödet med ett särskilt stöd som gäller fr.o.m. det år den enskilde fyller 65 år. Detta stöd utgörs av ett högkostnadsskydd för protetisk tandvård samt en högre ersättning för bastandvård än den som övriga åldersgrupper får. Högkostnadsskyddet innebär att Försäkringskassan ersätter patientens kostnad för protetik utöver ett karensbelopp om 7 700 kronor. Vissa materialkostnader får dock patienten själv stå för.

För vissa patientgrupper finns det ett särskilt stöd som administreras av landstingen. Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen (1985:125) för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade med stort behov av vård och omsorg samt för tandvård som utgör ett led i en sjukdomsbehandling. Patienten betalar i dessa fall en avgift enligt de bestämmelser som gäller för öppen hälso- och sjukvård. Närmare bestämmelser om detta finns i tandvårdsförordningen (1998:1338).

Prisutvecklingen och enskildas tandvårdskostnader

Den 1 januari 1999 upphörde den statliga regleringen av tandvårdspriserna. De första åren därefter präglades av kraftiga prisökningar på tandvård. Prisökningarna tycks nu ha dämpats något, vilket bl.a. framgår av Försäkringskassans rapport om prisutvecklingen under perioden april 2004 till maj 2005, men de överstiger fortfarande i stor utsträckning den allmänna prisutvecklingen enligt konsumentprisindex. Då ersättningssystemet, med undantag för högkostnadsskyddet för personer som är 65 år och äldre, bygger på fasta grundbelopp som inte har uppräknats sedan 1999 har prisökningarna direkt drabbat patienterna. Trots prisökningarna har dock flertalet patienter måttliga tandvårdskostnader. I en enkätundersökning våren 2005, som ingick i en långtidsstudie från Forskningsgruppen för samhälls- och informationsstudier (FSI), uppgav drygt 60 procent att de hade en ungefärlig tandvårdskostnad på

högst 1 000 kronor per år. I denna grupp ingick dock även de som inte hade någon tandvårdskostnad alls, t.ex. för att de avstått från tandvård av kostnadsskäl. Endast 6 procent uppgav att deras ungefärliga tandvårdskostnad per år översteg 3 000 kronor. De som har rik-tigt höga kostnader är alltså relativt få. För den som har behov av många lagningar, protetik eller annan mera omfattande behandling kan dock tandvårdskostnaderna uppgå till flera tusen eller t.o.m. tiotusentals kronor under ett år.

Ett flertal intervju- och enkätundersökningar som bland andra Socialstyrelsen, Försäkringskassan och Sveriges Privattandläkarförening låtit utföra har visat att en klar majoritet av befolkningen regelbundet uppsöker tandvården, men att det också finns en andel som uppger att de, trots att de har haft behov av tandvård, inte har sökt tandvård av det skälet att de inte haft råd. De yngre vuxna har en förhållandevis låg besöksfrekvens, men undersökningarna uppvisar också stora skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. Yngre vuxna hör i likhet med ensamstående kvinnor med barn, personer med social-bidrag och arbetslösa till de grupper där man finner den största andelen personer som avstått från tandvård av ekonomiska skäl.

Stödet för personer som är 65 år eller äldre

Högekostnadsskyddet för protetik som gäller fr.o.m. det år man fyller 65 år har gjort det möjligt för många äldre att få behandlingar som de annars hade tvingats avstå ifrån. Ett problem har dock varit att genomströmningstiderna hos Försäkringskassans vårdersättningskontor i Lund, som under de första åren förhandsprövat samtliga ärenden om högekostnadsskydd, tidvis har varit oacceptabelt långa. Det har vidare framförts kritik från patienter och vårdgivare mot att patientens kostnad ibland har blivit mycket högre än karensbeloppet på 7 700 kronor, till stor del beroende på de dyra material som ofta används vid protetisk behandling. Det finns också indikationer på att vissa vårdgivare debiterar patienterna för materialkostnader på ett sätt som inte var avsett när stödet infördes.

Den 1 januari 2004 infördes en bestämmelse i 4 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, som reglerar hur stor tandvårdsersättning som kan utgå från Försäkringskassan till vårdgivaren för åtgärder som denne har utfört. Innebörden av bestämmelsen är att

ersättningen från Försäkringskassan högst får motsvara folktandvårdens pris i det landsting där vården utförs. Till följd av de stora prisskillnader som förekommer mellan landstingen kan därför även ersättningen till privata vårdgivare i olika delar av landet variera. Dessa föreskrifter tar dock inte sikte på förhållandet mellan vårdgivare och patient. Detta förhållande regleras i 4 § tandvårdslagen (1985:125).

Konkurrensverket ansåg i rapporten Tandvård och konkurrens (Konkurrensverkets rapportserie 2004:1) bland annat att en konkurrensneutral förhandsprövning borde införas och att det borde skapas incitament för patienter och vårdgivare att begränsa kostnaderna för vården.

Riksrevisionen inledde hösten 2005 en granskning av tandvårdsstödet för äldre som beräknas vara avslutad i februari 2006.

Tidigare utredningar m.m.

I slutet av 2000 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att göra en samlad utvärdering av tandvårdsreformen 1999 (Tandvårdsöversyn 2000). Uppdraget redovisades i delbetänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36) samt i slutbetänkandet Tandvården till 2010 (SOU 2002:53). I slutbetänkandet föreslogs bl.a. ändringar i ersättningsnivåerna för bastandvård samt att ett högkostnadsskydd enligt samma modell som för åldersgruppen 65 år och äldre skulle införas för alla åldersgrupper med stora protetiska vårdbehov så snart som statsfinanser och vårdresurser tillät. Utredningens uppdrag var formulerat så att dess förslag i princip skulle utgå ifrån det nuvarande systemet.

Våren 2005 tillsattes en beredningsgrupp inom Socialdepartementet med uppdrag att se över hur tandvårdsstödet skulle kunna förbättras. Syftet var att bibehålla den goda tandhälsa som grundläggs genom den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Vid en hearing den 2 september 2005 inhämtades synpunkter från tandvårdens intressenter på tandvårdsstödet framtida inriktning och utformning.

Återkrav av ersättning när en protetisk behandling görs om

Enligt 16 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa har en vårdgivare som huvudregel inte rätt till tandvårdsersättning från Försäkringskassan när en protetisk behandling måste göras om inom en viss tid (ett år för avtagbar protetik och två år för fast protetik). Patienten har också möjlighet att vända sig till en annan tandläkare för den nya behandlingen. Försäkringskassan kan då återkräva den tandvårdsersättning som lämnats för den nya behandlingen från den vårdgivare som utförde den första behandlingen eller dra av beloppet vid senare utbetalning av tandvårdsersättning till denne.

Riksförsäkringsverket (numera Försäkringskassan) har i en skrivelse till Socialdepartementet i maj 2004 föreslagit att den aktuella bestämmelsen ändras så att Försäkringskassan inte får återkräva ett högre belopp av den vårdgivare som utförde den ursprungliga vården än vad denne fick i ersättning från tandvårdsförsäkringen för behandlingen. Riksförsäkringsverket ansåg att den nuvarande lydelsen kan innebära risker för patienten ur flera perspektiv, t.ex. att vårdgivaren inte vågar göra enklare protetiska behandlingar eftersom han eller hon riskerar högre kostnader om behandlingen behöver göras om. Kostnaderna kan då öka för försäkringen eftersom vårdgivarna i allt större utsträckning väljer att göra mer omfattande behandlingar i första skedet. En annan risk är att tandläkarnas privata försäkringar för omgörning ändras och patientskyddet försämras, eftersom nuvarande försäkringar är utformade utifrån förutsättningen att tandläkaren inte kan krävas på mer än ersättningen för den ursprungliga behandlingen. Även Sveriges Privattandläkarförening har begärt att reglerna ändras så att Försäkringskassan inte kan återkräva mer från den förste vårdgivaren än vad denne fick i tandvårdsersättning.

Uppdraget

En ny modell för tandvårdsstödet

Förbättringar i tandvårdsstödet för de stora åldersgrupper som i dag inte blir berättigade till någon större ersättning genom tandvårdsstödet är en viktig välfärdsfråga. Ett förstärkt, generellt tandvårdsstöd betraktas av regeringen därför som angeläget. Det är vidare av stor vikt att bygga vidare på de investeringar som görs i

den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården genom att utforma ett ersättningsystem som främjar förebyggande insatser och regelbundna kontakter med tandvården. Tandvårdsstödet bör konstrueras så att det fyller två viktiga funktioner, nämligen att dels uppmuntra till förebyggande åtgärder i den utsträckning som behövs för att uppnå och bevara en god tandhälsa, dels, till en rimligare kostnad än i dag, möjliggöra reparativ behandling och protetik – även omfattande sådan – för dem som har behov av det. Det är viktigt att de insatser som görs inom tandvården så långt som möjligt är evidensbaserade. Genom effektiva förebyggande insatser finns det stora möjligheter att förhindra uppkomsten av framtida skador, vilka kan leda till stora kostnader.

I valet mellan att bygga vidare på det nuvarande ersättningsystemet, som redan i dag uppfattas som komplicerat och svåröverskådligt, och att utforma en ny modell, har regeringen tagit ställning för det senare alternativet.

Regeringen anser att det nya stödets konstruktion skall vara relativt enkel. En särskild utredare skall se över hur man i detalj kan utforma ett förslag som bygger på de huvuddrag som beskrivs i dessa direktiv.

Stödets konstruktion

Den nya modellen för tandvårdsstödet skall huvudsakligen bestå av följande delar:

- Ett grundläggande ekonomiskt stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder.
- Ett karensbelopp som patienten betalar, vilket läggs på en sådan nivå att den enskilde visserligen får ta ett eget ansvar, men ändå inte riskerar att behöva avstå från nödvändig vård.
- För tandvårdskostnader över karensbeloppet lämnas en ersättning genom tandvårdsstödet. Patienten skall dock betala en viss andel själv, så att ett val av en dyrare behandling också innebär en högre kostnad för patienten.

Utredaren skall vidare överväga om det behövs ett särskilt stöd vid extremt höga tandvårdskostnader. Det nya tandvårdsstödet bör så långt som möjligt konstrueras på ett sådant sätt att kostnaderna för staten och patienterna kan förutses.

Grundstöd för alla

Utredaren skall inledningsvis inrikta sig på att utforma ett förslag till ett grundläggande ekonomiskt stöd för alla vuxna från 20 år och uppåt. Stödet skall göra det möjligt för alla att få regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder utan hinder av kostnaden från och med det år då man fyller 20 år. Även den som är över 65 år och därmed är berättigad till det särskilda stödet för äldre skall omfattas av detta stöd, eftersom det är viktigt att också de äldre har råd med regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder. Stödet bör vara tillräckligt högt för att den som behöver undersöka sin tandhälsa med ungefär 18 månaders mellanrum – vilket i dag är ett vanligt tidsintervall – skall kunna göra detta samt få viss förebyggande vård utförd mot en patientkostnad som vid stödets införande är i nivå med dagens genomsnittliga kostnad för ett besök i den öppna hälso- och sjukvården.

Utredaren skall dessutom överväga om det finns skäl att konstruera det ekonomiska stödet på ett sådant sätt att en urholkning på grund av kostnadsutvecklingen kan förhindras.

Utredaren skall överväga lämplig utformning av grundstödet och presentera flera alternativa lösningar. Samtliga alternativ skall kostnadsberäknas. Utredaren skall vidare föreslå de författningsändringar som behövs för att genomföra förslagen.

Skydd mot höga kostnader

Efter att ha redovisat sitt förslag till grundläggande stöd skall utredaren utforma förslag till skydd mot höga kostnader, som skall komplettera det grundläggande stödet. Skyddet skall innebära att en viss andel av behandlingskostnaden ersätts av Försäkringskassan sedan patienten betalat ett karensbelopp.

Det nya tandvårdsstödet skall omfatta även dem som är 65 år eller äldre. För att kunna föreslå nivåer på karensbelopp och ersättningsgrad för denna åldersgrupp skall utredaren först analysera hur det nya stödet bör förhålla sig till det befintliga systemet för dem som är 65 år eller äldre. Förslag till nivåer för denna grupp kan således presenteras efter det att utredaren har redovisat sitt förslag till grundläggande konstruktion av stödet samt nivåer för åldrarna 20–64 år.

Utredaren skall överväga om ett särskilt stöd vid extremt höga tandvårdskostnader behövs och hur detta i så fall skulle kunna utformas.

Utredaren skall överväga om det bör ske en fortlöpande anpassning av stödet till kostnadsutvecklingen, till exempel genom förändringar av karensbeloppet.

Utredaren skall ta ställning till vilka grundläggande kriterier som skall gälla för att en behandling skall omfattas av skyddet mot höga kostnader. Sådana kriterier kan till exempel avse bedömningen av vad som är odontologiskt motiverad tandvård.

Utredaren skall överväga och kostnadsberäkna olika alternativ samt redovisa vilka författningsändringar som krävs för införandet av det nya stödet.

Abonnemangstandvård

Flertalet landsting erbjuder i dag abonnemangstandvård i någon form och det är viktigt att möjliggöra en fortsatt utveckling av denna tandvårdsmodell som en del av det framtida tandvårdsstödet. En utgångspunkt för utredaren skall därför vara att införandet av ett nytt tandvårdsstöd inte får försvåra för de vårdgivare som vill erbjuda tandvård i form av abonnemang. Abonnemangstandvården skall kunna fungera parallellt med det nya tandvårdsstödet. Utredaren skall överväga hur tandvårdsersättningen för abonnemangstandvård kan utformas så att ersättningsnivåerna blir likvärdiga med dem som föreslås i det nya tandvårdsstödet samt lägga fram förslag till de författningsändringar som utredaren finner lämpliga.

Garantier samt återkrav när en behandling måste göras om

Utredaren skall kartlägga i vilken mån vårdgivarna lämnar garantier för utförd behandling och analysera situationen ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Vid behov skall utredaren föreslå ändringar i regelverket.

Utredaren skall vidare göra en analys av de regler som gäller för återkrav av tandvårdsersättning när behandlingar med fast eller avtagbar protetik måste göras om och bedöma hur denna fråga skall regleras i det nya tandvårdsstödet. Förslag till författningsändringar skall läggas fram.

Det särskilda stödet vid sjukdom och funktionshinder

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

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

Administration, genomförande och uppföljning

Det nya tandvårdsstödet skall administreras av Försäkringskassan. Utredaren skall belysa förslagets administrativa konsekvenser och lägga fram förslag till de författningsändringar som behövs.

Utredaren skall överväga om det finns behov av övergångsbestämmelser eller andra åtgärder för att underlätta övergången till det nya stödet.

Utredaren skall vidare redovisa utförliga kostnadsberäkningar för de förslag som lämnas. I beräkningarna skall även de sannolika effekterna på patienternas och vårdgivarnas beteende beaktas. Känslighetsberäkningar skall göras. En förutsättning för kostnadsberäkningarna skall vara att de materialkostnader som i dag inte omfattas av tandvårdsersättningen, nämligen kostnader för ädel- och gjutmetaller, även i fortsättningen skall bäras av patienten.

Det är viktigt att tandvårdsstödet kommer patienterna till godo även i ett längre perspektiv och utredaren skall därför lämna förslag på hur prisutvecklingen skall följas upp.

Samråd

Utredaren skall samråda med berörda myndigheter och organisationer, däribland företrädare för vårdgivarna, tandvårdens yrkesgrupper och patienterna.

Övriga frågor

Utredaren skall i sin konsekvensanalys belysa förslagets effekter för små och medelstora företag. Utredaren skall vidare belysa hur förslagen påverkar konkurrensen på tandvårdsmarknaden.

Utredarens uppdrag innefattar att ta fram förslag som leder till utbetalningar av stöd. Utredaren skall därför säkerställa att risken för felaktigt utnyttjande minimeras och att de uppgifter som ligger till grund för utbetalningarna kan kontrolleras. Utredaren skall vidare redovisa förslagets konsekvenser ur ett kontrollperspektiv och redogöra för hur detta perspektiv har beaktats vid framtagandet av förslagen. Utredaren skall slutligen lämna förslag som möjliggör informationsutbyte för de fall detta behövs för att säkerställa att utbetalningarna kan kontrolleras.

Redovisning av uppdraget

Utredaren skall senast den 1 mars 2006 redovisa den första delen av uppdraget, avseende ett grundläggande ekonomiskt stöd till undersökning och förebyggande åtgärder. Redovisningen skall innehålla förslag till utformning av stödet, kostnadsberäkningar och förslag till ersättningsnivåer.

Utredarens förslag till konstruktion av ett nytt tandvårdsstöd, inklusive ett skydd mot höga kostnader, skall redovisas senast den 30 juni 2006. Denna redovisning skall bl.a. innehålla förslag till de författningsändringar som krävs för att införa grundstödet. Övriga författningsändringar behöver inte redovisas vid detta tillfälle, men det skall framgå hur stödet avses vara konstruerat samt vilka nivåer på karensbelopp och ersättningsgrad som föreslås för åldersgruppen 20–64 år.

Utredaren skall senast den 1 december 2006 redovisa förslag till samtliga författningsändringar som krävs för att införa det nya tandvårdsstödet, inklusive förslag till eventuella ändringar i fråga om återkrav vid omgörning av protetiska åtgärder, en utförlig redogörelse för hur stödet skall administreras samt utredarens analys och eventuella förslag i fråga om garantier för tandvårdsbehandling. Karensbeloppets storlek och ersättningsnivåer skall föreslås för åldersgruppen 65 år eller äldre.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv



Tilläggsdirektiv till utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna (S 2005:08)

**Dir.
2006:112**

Beslut vid regeringssammanträde den 16 november 2006

Inledning

Med stöd av den förra regeringens bemyndigande den 1 december 2005 tillkallade dåvarande statsrådet Ylva Johansson samma dag en särskild utredare. Enligt direktiven (dir. 2005:136) skall utredaren lägga fram förslag till ett nytt tandvårdsstöd för vuxna.

Dessa tilläggsdirektiv gäller för det fortsatta utredningsarbetet och ersätter de direktiv som beslutades den 1 december 2005.

Sammanfattning av uppdraget

Utredaren skall lägga fram ett förslag till ett nytt tandvårdsstöd för personer i åldrarna 20 år och uppåt. En särskild analys skall göras av hur det nya stödet skall förhålla sig till personer i åldersgruppen 65 år och äldre. Stödet omfattar ett skydd mot höga kostnader samt en tandvårdscheck som kan användas för delbetalning för abonnemangstandvård eller regelbundna förebyggande besök hos tandläkare eller tandhygienist. En översyn av reglerna om återkrav av tandvårdsersättning när fast och avtagbar protetik görs om skall också genomföras. Utredaren skall lägga fram de förslag till författningsändringar som krävs för att införa det nya tandvårdsstödet och som i övrigt följer av uppdraget. Utredaren skall föreslå hur företagens administrativa börda till följd av reglerna kan minskas.

Bakgrund

Nuvarande tandvårdsstöd

Det nuvarande tandvårdsstödet som infördes den 1 januari 1999 har en hälsofrämjande inriktning samtidigt som det innehåller ett visst stöd till dem som drabbas av höga kostnader. Försäkringskassan betalar i regel ut ett fast ersättningsbelopp per åtgärd till vårdgivaren. Av 4 § första stycket tandvårdslagen (1985:125) framgår att en vårdgivare får ta ut ersättning av patienten för undersökning och tandbehandling. Ersättningen skall vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt.

Som ett alternativ finns också möjligheten att patienten och vårdgivaren sluter ett avtal om s.k. abonnemangstandvård. Detta innebär att patienten betalar en fast årlig avgift för att få sitt behov av bastandvård tillgodosett under en tvåårsperiod. För varje sådant abonnemang betalar Försäkringskassan ut ett fast ersättningsbelopp om 200 kronor per år.

Den 1 juli 2002 kompletterades tandvårdsstödet med ett särskilt stöd som gäller fr.o.m. det år patienten fyller 65 år. Stödet utgörs av ett högkostnadsskydd för protetisk tandvård samt en högre ersättning för bastandvård än den som övriga åldersgrupper får. Högkostnadsskyddet innebär att Försäkringskassan ersätter patientens kostnad för protetik utöver ett karensbelopp om 7 700 kronor. Vissa materialkostnader får dock patienten själv stå för.

För vissa patientgrupper finns det ett särskilt stöd som administreras av landstingen. Landstingen ansvarar enligt tandvårdslagen (1985:125) för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade med stort behov av vård och omsorg samt för tandvård som utgör ett led i en sjukdomsbehandling. Patienten betalar i dessa fall en avgift enligt de bestämmelser som gäller för öppen hälso- och sjukvård. Närmare bestämmelser om detta finns i tandvårdsförordningen (1998:1338).

Prisutvecklingen och enskildas tandvårdskostnader

Den 1 januari 1999 upphörde den statliga regleringen av tandvårdspriserna. De första åren därefter präglades av kraftiga prisökningar på tandvård. Prisökningarna tycks på senare tid ha dämpats något, vilket bl.a. framgår av Försäkringskassans rapport om prisutveck-

lingen under perioden april 2004 till maj 2005, men de överstiger fortfarande i stor utsträckning den allmänna prisutvecklingen enligt konsumentprisindex. Då ersättningssystemet, med undantag för högkostnadsskyddet för personer som är 65 år och äldre, bygger på fasta grundbelopp som inte har räknats upp sedan år 1999 har prisökningarna direkt drabbat patienterna. Trots prisökningarna har dock flertalet patienter måttliga tandvårdskostnader. I en undersökning som Socialstyrelsen och Försäkringskassan lät genomföra under år 2005 uppgav drygt 17 procent att de hade haft en tandvårdskostnad på 2 000 kronor eller mer under den senaste 12-månadersperioden. Tandvårdskostnader på 10 000 kronor eller mer uppgavs av ca 2 procent av de svarande, men var betydligt vanligare för personer i åldrarna 50 år och uppåt än bland 20–49-åringarna. De som enligt denna och andra intervjuundersökningar har riktigt höga kostnader är alltså relativt få. Den som har behov av omfattande tandvård, särskilt protetik, kan dock drabbas av tandvårdskostnader på tiotusentals kronor enbart under ett år.

En majoritet av befolkningen besöker regelbundet tandvården, men det finns också en andel som uppger att de, trots behov av tandvård, inte har sökt tandvård av det skälet att de inte haft råd. De yngre vuxna har en förhållandevis låg besöksfrekvens, men undersökningarna uppvisar också stora skillnader mellan olika socioekonomiska grupper. I Socialstyrelsens och Försäkringskassans undersökning år 2005 framkom att var fjärde svarande enligt egen uppgift hade tvingats avstå från tandvård av ekonomiska orsaker under de senaste tolv månaderna. Ensamstående kvinnor med barn, personer med socialbidrag och arbetslösa är några av de grupper där man finner den största andelen personer som avstått från tandvård av ekonomiska skäl. I Försäkringskassans rapport Tandvårdsförsäkring, tandvårdskonsumtion och tandhälsa (2006) redovisas att det finns samband mellan att besöka tandvården minst vartannat år och att ha en god tandhälsa. Det finns likaså ett samband mellan att kunna klara en oväntad tandvårdsutgift och att ha god tandhälsa.

Stödet för personer som är 65 år eller äldre

Högkostnadsskyddet för protetik som gäller fr.o.m. det år man fyller 65 år har gjort det möjligt för många äldre att få behandlingar som de annars hade tvingats avstå ifrån. Ett problem har dock varit att genomströmningstiderna för förhandsprövningsärenden hos

Försäkringskassan tidvis har varit oacceptabelt långa. Det har vidare framförts kritik från patienter och vårdgivare mot att patientens kostnad ibland har blivit mycket högre än karensbeloppet på 7 700 kronor, till stor del beroende på de dyra material som ofta används vid protetisk behandling. Det finns också indikationer på att vårdgivare debiterar patienterna för materialkostnader på ett sätt som inte var avsett när stödet infördes.

Den 1 januari 2004 infördes en bestämmelse i 4 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, som reglerar hur stor tandvårdersättning som kan utgå från Försäkringskassan till vårdgivaren för åtgärder som denne har utfört. Innebörden av bestämmelsen är att ersättningen från Försäkringskassan högst får motsvara folktandvårdens pris i det landsting där vården utförs. Till följd av de stora prisskillnader som förekommer mellan landstingen kan därför även ersättningen till privata vårdgivare i olika delar av landet variera. Denna bestämmelse tar dock inte sikte på förhållandet mellan vårdgivare och patient. Detta förhållande regleras i 4 § tandvårdslagen (1985:125).

Konkurrensverket ansåg i rapporten *Tandvård och konkurrens* (Konkurrensverkets rapportserie 2004:1) bland annat att en konkurrensneutral förhandsprövning borde införas och att det borde skapas incitament för patienter och vårdgivare att begränsa kostnaderna för vården.

Riksrevisionen har i rapporten *Tandvårdsstöd för äldre* (RiR 2006:9) riktat kritik mot konstruktionen av högkostnadsskyddet, som bl.a. anses ha försvårat kostnadskontrollen. Riksrevisionen ansåg att blandningen av reglering och en ofullständigt fungerande marknad hade lett till en som helhet mycket svårkontrollerad utveckling.

Tidigare utredningar

I slutet av år 2000 tillsatte regeringen en utredning med uppdrag att göra en samlad utvärdering av tandvårdsreformen år 1999 (*Tandvårdsöversyn 2000*). Uppdraget redovisades i delbetänkandet *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre* (SOU 2001:36) samt i slutbetänkandet *Tandvården till 2010* (SOU 2002:53). I slutbetänkandet föreslogs bl.a. ändringar i ersättningsnivåerna för bastandvård samt att ett högkostnadsskydd enligt samma modell som för åldersgruppen 65 år och äldre skulle införas för alla åldersgrupper med stora pro-

tetiska vårdbehov så snart som statsfinanser och vårdresurser tillät detta. Utredningens uppdrag var formulerat så att dess förslag i princip skulle utgå ifrån det existerande systemet. De förslag som gäller ersättningen för bastandvård och ett högkostnadsskydd för protetik har inte genomförts.

Pågående utredning

Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna (S 2005:08) har hittills redovisat analyser och förslag i två delbetänkanden, Stöd till hälsobefrämjande tandvård (SOU 2006:27) och Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2 (SOU 2006:71). Delbetänkandena har remissbehandlats.

Återkrav av ersättning när en protetisk behandling görs om

Enligt 16 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa har en vårdgivare som huvudregel inte rätt till tandvårdsersättning från Försäkringskassan när en protetisk behandling måste göras om inom en viss tid (ett år för avtagbar protetik och två år för fast protetik). Patienten har också möjlighet att vända sig till en annan tandläkare för den nya behandlingen. Försäkringskassan kan då återkräva den tandvårdsersättning som lämnats för den nya behandlingen från den vårdgivare som utförde den första behandlingen eller dra av beloppet vid senare utbetalning av tandvårdsersättning till denne.

Riksförsäkringsverket (numera Försäkringskassan) föreslog i en skrivelse till Socialdepartementet i maj 2004 att den aktuella bestämmelsen skulle ändras så att Försäkringskassan inte får återkräva ett högre belopp av den vårdgivare som utförde den ursprungliga vården än vad denne fick i ersättning från tandvårdsförsäkringen för behandlingen. Riksförsäkringsverket ansåg att den nuvarande lydelsen kan innebära risker för patienten ur flera perspektiv, t.ex. att vårdgivaren inte vågar göra enklare protetiska behandlingar eftersom han eller hon riskerar högre kostnader om behandlingen behöver göras om. Kostnaderna kan då öka för försäkringen eftersom vårdgivarna i allt större utsträckning väljer att göra mer omfattande behandlingar i första skedet. En annan risk är att tandläkarnas privata försäkringar för omgörning ändras och pati-

entskyddet försämras, eftersom nuvarande försäkringar är utformade utifrån förutsättningen att tandläkaren inte kan krävas på mer än ersättningen för den ursprungliga behandlingen. Även Sveriges Privattandläkarförening har begärt att reglerna ändras så att Försäkringskassan inte kan återkräva mer från den ursprunglige vårdgivaren än vad denne fick i tandvårdsersättning.

Personer med ett ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder

När det gäller de personer som i dag har rätt till förhöjd ersättning från Försäkringskassan på grund av ett långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder gör regeringen följande bedömning: Det nya skyddet mot höga kostnader som utredningen får i uppdrag att 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. Den mest angelägna reformen enligt regeringens bedömning är dock ett rimligt skydd mot höga kostnader för alla vuxna som i dag saknar ett sådant skydd. Särskilda insatser kommer dock att övervägas för personer som på grund av funktionshinder eller sjukdom har svårt att påverka sin tandstatus och som därför har särskilt stora tandvårdsbehov. Denna fråga omfattas emellertid 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 en sjukdomsbehandling enligt bestämmelserna i 8 a § tandvårdslagen (1985:125) och i tandvårdsförordningen (1998:1338) berörs inte av utredningsuppdraget.

Uppdraget

Ett nytt tandvårdsstöd

Priserna för tandvården har ökat kraftigt sedan år 1999 samtidigt som den offentliga subventionen har urholkats, både på grund av prisuppgången och som en följd av politiska beslut. Patienterna har därmed fått betala allt mer för sin tandvård. Mot den bakgrunden har regeringen konstaterat att tandvårdsstödet behöver reformeras.

De största behoven bör ges den högsta prioriteten och den viktigaste åtgärden är att skapa ett rimligt högkostnadsskydd. Samtidigt bör det skapas rimliga villkor för den förebyggande tandvården på ett sätt som främjar kontinuitet, valfrihet och konkurrens.

I samband med att tandvårdsstödet reformeras är det viktigt att intensifiera insatserna för att stärka konkurrens och prispress inom tandvården. Detta förutsätter bl.a. åtgärder för att stärka patientens ställning, t.ex. olika insatser för att förbättra informationen om priser, behandlingsalternativ och tandhälsa. Det förutsätter vidare en konkurrens på lika villkor mellan privata och offentliga vårdgivare.

Tandvårdsstödet bör få en ny konstruktion enligt de principer som anges nedan under rubriken *Stödets konstruktion*. Regeringen bedömer 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).

Referenspriser

Utredaren skall föreslå hur referenspriser skall tas fram för de behandlingsåtgärder som skall omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Referenspriserna skall ligga till grund för beräkningen av den ersättning som skall betalas ut från tandvårdsstödet. Utredaren skall föreslå hur listan över referenspriser skall revideras med hänsyn tagen till den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården och produktivitetsutvecklingen i form av bl.a. utvecklingen av nya behandlingsmetoder och material.

Stödets konstruktion

Den nya modellen för tandvårdsstödet skall bygga på följande:

- Ett stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder i form av en tandvårdscheck, som även kan användas som delbetalning för abonnemangstandvård.
- Ett karensbelopp som patienten betalar, vilket läggs på en sådan nivå att den enskilde visserligen får ta ett eget ansvar, men normalt inte riskerar att behöva avstå från nödvändig vård.
- För tandvårdskostnader däröver ersätts en procentuell andel av summan av referenspriserna för de aktuella åtgärderna genom tandvårdsstödet. Patienten skall dock alltid betala en viss andel

själv, så att ett val av en dyrare behandling också innebär en högre kostnad för patienten, oavsett slutpris för behandlingen.

Det nya tandvårdsstödet bör så långt som möjligt konstrueras på ett sådant sätt att kostnaderna för staten och patienterna kan förutses. Stödet skall gälla fr.o.m. det år individen fyller 20 år. Utredaren skall analysera hur det nya tandvårdsstödet skall förhålla sig till personer som är 65 år eller äldre och lägga fram förslag till hur denna åldersgrupp skall behandlas inom ramen för det nya tandvårdsstödet.

Tandvårdscheck

En tandvårdscheck skall kunna användas som delbetalning för abonnemangstandvård eller ett förebyggande tandvårdsbesök hos valfri tandläkare eller tandhygienist. Utredaren skall analysera och kostnadsberäkna ett alternativ med en check på 300 kronor som patienten får del av vartannat år samt alternativ där checkens värde är högre. Inriktningen bör i första hand vara att checken skall användas som betalning för undersökning och förebyggande vård, men utredaren skall belysa för- och nackdelar med att ge patienten möjlighet att använda checken som betalning även för annan tandvård. Utredaren skall ta ställning till den närmare utformningen av checken och hur den skall administreras.

Utredaren skall överväga om det finns skäl att konstruera det ekonomiska stödet på ett sådant sätt att en urholkning på grund av kostnadsutvecklingen kan förhindras.

Skydd mot höga kostnader

Utredaren skall utforma ett förslag till skydd mot höga kostnader. Skyddet skall innebära att en viss andel av den sammanräknade kostnaden enligt referensprislistan ersätts av Försäkringskassan sedan patienten betalat ett karensbelopp. Utredaren skall analysera och kostnadsberäkna ett alternativ som innebär att patienten betalar ett karensbelopp på 3 000 kronor och att Försäkringskassan därefter ersätter 50 procent av tandvårdskostnader mellan 3 000 kronor och 15 000 kronor och 85 procent av kostnader som överstiger 15 000 kronor. Utredaren får emellertid analysera och be-

räkna även andra nivåer på stödet. Utredaren skall bland annat överväga om skyddet mot höga kostnader skall beräknas för en tolv månadersperiod som är individuell och inte baserad på kalenderår. Utredaren skall vidare överväga om det bör ske en fortlöpande anpassning av stödet till kostnadsutvecklingen, till exempel genom förändringar av karensbeloppet.

Generellt

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

För att statens kostnader skall hålla sig inom de givna ekonomiska ramarna och kostnadsutvecklingen kunna kontrolleras måste det finnas begränsningar när det gäller vilken tandvård som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. I det nuvarande tandvårdsstödet gäller generellt att vården skall vara nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Denna bestämmelse ger inte tillräckligt stöd för Försäkringskassans bedömning av vilken vård som skall ersättas. I det nya tandvårdsstödet behövs en tydligare reglering av vad som ingår i stödet. Utredaren skall därför lämna förslag som syftar till att säkerställa att resurserna används till vård som 1) är förenlig med kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet och 2) bör ersättas av samhället ur ett prioriteringsperspektiv. Målsättningen skall 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. En vägledande princip bör vara att de insatser som görs inom tandvården så långt som möjligt skall vara evidensbaserade. Detta innebär att de skall baseras på medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag ("evidens"), tillsammans med klinisk erfarenhet och patientens preferenser.

Regeringen vill minska de svenska företagens administrativa kostnader för samtliga statliga regelverk med 25 procent under en period av fyra år. Utredaren skall därför beakta detta mål när förslagen utformas och utforma förslagen så att regelbördan för företagen minskar.

Tandvårdsstödet för personer som är 65 år eller äldre

Utredaren skall analysera hur det nya tandvårdsstödet skall förhålla sig till personer som är 65 år eller äldre och lägga fram förslag till hur denna åldersgrupp skall behandlas inom ramen för det nya tandvårdsstödet. Detta skall ske med utgångspunkt i dels att de äldre skall tillförsäkras ett tillfredsställande skydd mot höga tandvårdskostnader, dels att tandvårdsstödet så långt möjligt bör utgöra en sammanhållen modell. Utredaren skall noggrant beskriva konsekvenserna av olika alternativ, särskilt när det gäller effekterna på de äldres tandvårdskostnader jämfört med det nuvarande tandvårdsstödet. Utgångspunkten är att den grundläggande konstruktionen av stödet skall vara densamma för alla åldersgrupper, medan belopp och procentsatser kan skilja sig åt. Utredaren skall vidare bedöma om särskilda övergångsbestämmelser kan vara ett lämpligt sätt att underlätta övergången till ett nytt system för dem som är 65 år eller äldre.

Abonnemangstandvård

Flertalet landsting erbjuder i dag abonnemangstandvård i någon form och det är viktigt att möjliggöra en fortsatt utveckling av denna tandvårdsmodell som en del av det framtida tandvårdsstödet. En utgångspunkt bör därför 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.

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

Garantier samt återkrav när en behandling måste göras om

Utredaren skall kartlägga i vilken mån vårdgivarna lämnar garantier för utförd behandling och analysera situationen ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Vid behov skall utredaren föreslå ändringar i regelverket.

Utredaren skall vidare göra en analys av de regler som gäller för återkrav av tandvårdsersättning när behandlingar med fast eller avtagbar protetik måste göras om och bedöma hur denna fråga skall regleras i det nya tandvårdsstödet.

Vissa förutsättningar

Det nya tandvårdsstödet skall administreras av Försäkringskassan. Utredaren skall ta hänsyn till de administrativa konsekvenserna när förslagen utformas och i sin redovisning av utredningsuppdraget redogöra för hur stödet skall administreras, så att exempelvis handläggningstiderna hos Försäkringskassan kan hållas nere. Utredaren skall vidare föreslå hur tandvården skall följas upp och utvärderas. Uppföljningen skall bl.a. avse tandvårdskonsumtion, priser och tandhälsa.

Utredaren skall vidare redovisa utförliga kostnadsberäkningar för de förslag som lämnas. I beräkningarna skall de sannolika effekterna på patienternas och vårdgivarnas beteende beaktas. Känslighetsberäkningar skall göras.

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

Kostnader

Regeringen har i budgetpropositionen för år 2007 (prop. 2006/07:1) aviserat att tandvårdsstödet från och med år 2008 skall tillföras ytterligare tre miljarder kronor. Utredarens förslag skall finansieras inom tandvårdsstödet kostnadsram inklusive detta tillskott, sammanlagt drygt 6 miljarder kronor.

Författningsändringar

På de områden där utredaren, efter en analys av gällande regler, finner skäl till förändringar skall utredaren föreslå de författningsändringar som krävs. Utredaren skall överväga om det finns behov av övergångsbestämmelser eller andra åtgärder för att underlätta övergången till det nya stödet.

Samråd

Utredaren skall samråda med berörda myndigheter och organisationer, däribland företrädare för vårdgivarna, tandvårdens yrkesgrupper och patienterna.

Övriga frågor

Förslagets konsekvenser skall redovisas i enlighet med vad som anges i 14 och 15 §§ kommittéförordningen (1998:1474).

Utredaren skall i sin konsekvensanalys belysa förslagets effekter för företag och samråda om effekterna med Näringslivets regel-nämnd. Utredaren skall vidare belysa hur förslagen påverkar konkurrensen på tandvårdsmarknaden. När det gäller konkurrensfrågorna skall utredaren samråda med Konkurrensverket.

Utredarens uppdrag innefattar att ta fram förslag som leder till utbetalningar av stöd. Utredaren skall därför säkerställa att risken för felaktigt utnyttjande minimeras och att de uppgifter som ligger till grund för utbetalningarna kan kontrolleras. Utredaren skall vidare redovisa förslagets konsekvenser ur ett kontrollperspektiv och redogöra för hur detta perspektiv har beaktats vid framtagandet av förslagen. Utredaren skall slutligen lämna förslag som möjliggör informationsutbyte för de fall detta behövs för att säkerställa att utbetalningarna kan kontrolleras.

Redovisning av uppdraget

Utredaren skall redovisa samtliga frågor som behandlas i dessa direktiv i ett slutbetänkande senast den 15 mars 2007.

(Socialdepartementet)

Sammanställning av svar i enkätundersökning om förekomsten av garantier inom tandvården

Enligt tilläggsdirektiven skall utredningen kartlägga i vilken mån vårdgivarna lämnar garantier för utförd behandling och analysera situationen ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Vid behov skall förslag till ändringar i regelverket lämnas. Utredningen har i detta syfte låtit genomföra en enkätundersökning bland vårdgivarna under december 2006. I denna bilaga redovisas enkätsvaren från undersökningen.

Tillvägagångssätt

En postal enkät har skickats ut till 1 000 vårdgivare¹ varav 700 privata vårdgivare och 300 folktandvårdskliniker. Enkäten skickades ut i december 2006. Tre påminnelser har skickats ut, den första med vykort och de två följande i form av en ny enkät.

Den totala svarsfrekvensen var 70,1 procent. Svarsfrekvens hos de privata vårdgivarna var 71 procent och hos folktandvården 68 procent.

Enkäten innehöll elva frågor. Utformning och utskick av enkäten gjordes av företaget ARS Research AB.

¹ I detta sammanhang har varje Praktikertjänstansluten mottagning och varje folktandvårdsklinik med eget leverantörsnummer hos Försäkringskassan räknats som egen vårdgivare.

Fråga 1. Utför ni tandvård inom följande behandlingsområden?

Folktandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	170	85	30	15	200
Konserverande behandling	171	86	29	14	200
Behandling med avtagbar protetik	175	87	27	13	202
Behandling med fast protetik	176	87	26	13	202
Fixturförankrad fast protetik	95	53	84	47	179
Tandreglering	114	62	69	38	183

Privat tandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	412	85	70	15	482
Konserverande behandling	430	89	52	11	482
Behandling med avtagbar protetik	430	89	53	11	483
Behandling med fast protetik	427	89	52	11	479
Fixturförankrad fast protetik	280	60	188	40	468
Tandreglering	60	13	395	87	455

Fråga 2. Ger ni patienterna några garantier för utfört tandvårdsarbete och behandlingar?

Folktandvård

Ja		Nej		Antal
Antal	Andel	Antal	Andel	svar
168	87	26	13	194

Privat tandvård

Ja		Nej		Antal
Antal	Andel	Antal	Andel	svar
438	92	40	8	478

Fråga 3. Vilka av följande behandlingar omfattas av era garantier?

Folktandvård

Behandlingsområde	Ja, skriftligt		Ja, muntligt		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	8	5	47	32	91	62	146
Konserverande behandling	10	7	74	50	64	43	148
Behandling med avtagbar protetik	48	47	53	52	1	1	102
Behandling med fast protetik	118	69	51	30	1	1	170
Fixturförankrad fast protetik	69	64	33	31	5	5	107
Tandreglering	3	3	14	16	72	81	89

Privat tandvård

Behandlingsområde	Ja, skriftligt		Ja, muntligt		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	9	2	165	42	223	56	397
Konserverande behandling	18	4	256	63	132	33	406
Behandling med avtagbar protetik	117	38	185	60	8	3	310
Behandling med fast protetik	249	57	178	41	7	2	434
Fixturförankrad fast protetik	170	57	112	37	17	6	299
Tandreglering	6	5	12	10	98	84	116

Fråga 4. Hur långa garantier ger ni inom följande behandlingsområden? Ange svaren i antal månader.

Folktandvård

Behandlingsområde	Median	Lägsta värde	Högsta värde	Antal svar
Pulpakirurgisk behandling	12	1	24	50
Konserverande behandling	12	1	24	80
Behandling med avtagbar protetik	12	2	24	80
Behandling med fast protetik	24	12	24	80
Fixturförankrad fast protetik	24	24	24	80
Tandreglering	12	6	18	4

Privat tandvård

Behandlingsområde	Median	Lägsta värde	Högsta värde	Antal svar
Pulpakirurgisk behandling	12	1	60	165
Konserverande behandling	12	1	72	267
Behandling med avtagbar protetik	12	1	24	260
Behandling med fast protetik	24	2	72	264
Fixturförankrad fast protetik	24	1	60	153
Tandreglering	24	12	24	6

Fråga 5. Behöver patienten betala en del av kostnaden om en behandling som omfattas av er garanti måste göras om och behandlingen görs om hos er?

Folktandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	17	22	60	78	77
Konserverande behandling	15	16	81	84	96
Behandling med avtagbar protetik	0	0	153	100	153
Behandling med fast protetik	0	0	154	100	154
Fixturförankrad fast protetik	3	3	87	97	90
Tandreglering	11	41	16	59	27

Privat tandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	52	20	212	80	264
Konserverande behandling	31	9	300	91	331
Behandling med avtagbar protetik	7	2	404	98	411
Behandling med fast protetik	9	2	403	98	412
Fixturförankrad fast protetik	10	4	266	96	276
Tandreglering	8	16	43	84	51

Fråga 6. Gäller era garantier också, om en behandling som ni ger garanti för måste göras om och behandlingen görs om hos annan vårdgivare?

Folktandvård

Behandlingsområde	Ja, helt		Ja, delvis		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	13	15	31	36	42	49	86
Konserverande behandling	10	11	42	45	42	45	94
Behandling med avtagbar protetik	87	58	48	32	15	10	150
Behandling med fast protetik	91	61	45	30	14	9	150
Fixturförankrad fast protetik	37	47	28	35	14	18	79
Tandreglering	0	0	10	27	27	73	37

Privat tandvård

Behandlingsområde	Ja, helt		Ja, delvis		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	34	12	104	38	137	50	275
Konserverande behandling	39	12	105	33	179	55	323
Behandling med avtagbar protetik	204	50	157	38	48	12	409
Behandling med fast protetik	213	52	155	38	41	10	409
Fixturförankrad fast protetik	134	48	115	41	32	11	281
Tandreglering	4	6	24	36	38	58	66

Fråga 7. Behöver patienten betala en del av kostnaden om en behandling som omfattas av er garanti måste göras om och behandlingen görs om hos en annan vårdgivare?

Folktandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	41	55	33	45	74
Konserverande behandling	46	56	36	44	82
Behandling med avtagbar protetik	33	23	108	77	141
Behandling med fast protetik	33	23	110	77	143
Fixturförankrad fast protetik	24	29	60	71	84
Tandreglering	16	52	15	48	31

Privat tandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	140	61	89	39	229
Konserverande behandling	165	63	98	37	263
Behandling med avtagbar protetik	114	32	244	68	358
Behandling med fast protetik	111	31	249	69	360
Fixturförankrad fast protetik	78	32	165	68	243
Tandreglering	29	53	26	47	55

Fråga 8. Har ni garantiförsäkring för era kostnader i samband med garantiåtaganden inom följande behandlingsområden?

Folktandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	6	5	108	95	114
Konserverande behandling	6	5	114	95	120
Behandling med avtagbar protetik	30	20	119	80	149
Behandling med fast protetik	30	20	120	80	150
Fixturförankrad fast protetik	15	15	84	85	99
Tandreglering	6	8	65	92	71

Privat tandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	32	11	264	89	296
Konserverande behandling	28	9	293	91	321
Behandling med avtagbar protetik	312	76	98	24	410
Behandling med fast protetik	340	81	78	19	418
Fixturförankrad fast protetik	227	78	64	22	291
Tandreglering	8	8	93	92	101

Fråga 9. Har någon av era patienter önskat få en behandling omgjord under de senaste 12 månaderna på grund av att behandlingen inte motsvarade den kvalitet som patienten förväntade sig?

Folktandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	33	20	129	80	162
Konserverande behandling	91	54	76	46	167
Behandling med avtagbar protetik	58	32	123	68	181
Behandling med fast protetik	44	24	136	76	180
Fixturförankrad fast protetik	10	8	111	92	121
Tandreglering	7	7	96	93	103

Privat tandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	43	10	372	90	415
Konserverande behandling	133	31	301	69	434
Behandling med avtagbar protetik	42	9	408	91	450
Behandling med fast protetik	66	15	384	85	450
Fixturförankrad fast protetik	31	10	288	90	319
Tandreglering	2	1	137	99	139

Fråga 10. Har ni under de senaste 12 månaderna gjort om någon av era behandlingar inom nedanstående behandlingsområden på grund av att behandlingen inte motsvarade förväntad kvalitet?

Folktandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	57	38	95	62	152
Konserverande behandling	114	71	46	29	160
Behandling med avtagbar protetik	53	32	114	68	167
Behandling med fast protetik	44	26	124	74	168
Fixturförankrad fast protetik	11	10	97	90	108
Tandreglering	8	9	81	91	89

Privat tandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	117	29	280	71	397
Konserverande behandling	258	59	176	41	434
Behandling med avtagbar protetik	48	11	387	89	435
Behandling med fast protetik	112	25	334	75	446
Fixturförankrad fast protetik	36	12	273	88	309
Tandreglering	1	1	136	99	137

Fråga 11. Fick patienten betala en del av kostnaden för den behandling ni gjorde om, på grund av att behandlingen inte motsvarade förväntad kvalitet?

Folktandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	4	4	100	96	104
Konserverande behandling	7	5	133	95	140
Behandling med avtagbar protetik	2	2	116	98	118
Behandling med fast protetik	4	4	100	96	104
Fixturförankrad fast protetik	1	2	59	98	60
Tandreglering	1	2	44	2	45

Privat tandvård

Behandlingsområde	Ja		Nej		Antal svar
	Antal	Andel	Antal	Andel	
Pulpakirurgisk behandling	8	3	268	97	276
Konserverande behandling	6	2	354	98	360
Behandling med avtagbar protetik	0	0	258	100	258
Behandling med fast protetik	2	1	291	99	293
Fixturförankrad fast protetik	0	0	200	100	200
Tandreglering	0	0	94	100	94

Förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa

Bilaga

Avdelning A. Bastandvård

Åtgärd	Grundbelopp kr	Ett och ett halvt grund- belopp kr	Dubbelt grund- belopp kr
<i>1. Undersökning, diagnostik, rådgivning</i>			
11 Undersökning	106		212
12 Undersökning och diagnostik utförd inom tandhygienistens kompetensområde	106		212
13 Röntgenundersökning, intraoral, per bild	7	11	14
14 Panoramaröntgen	79	119	158
15 Röntgenundersökning, komplett för munhålan	122	183	244
16 Röntgenundersökning, extraoral, per bild	20	30	40
18 Laboratoriekostnader vid mikrobiologisk undersökning	60	90	120
19 Laboratorieundersökning (PAD)	80	120	160
<i>2. Förebyggande åtgärder</i>			
22 Förebyggande åtgärder och avlägsnande av beläggning, tandsten och överskott samt puts och polering. Behandling av patient med omfattande behandlingsbehov	106	159	212
24 Förebyggande åtgärder av mindre omfattning	53	80	106
25 Profylaxskena, per skena	122	183	244
<i>3. Oralkirurgisk behandling</i>			
31 Tanduttagning, en tand	83	125	166
32 Tanduttagning, varje ytterligare inom samma kvadrant och vid samma behandlingstillfälle	23	35	46
33 Kirurgisk behandling av tandlossnings-sjukdom, per operationstillfälle	297	446	594
34 Operativt avlägsnande av en eller flera tänder, rotspetsoperation, per operationstillfälle	297	446	594

35 Övrig kirurgi, biopsi, plastik, enklare parodontalkirurgi vid enstaka tand, per operationstillfälle	107	161	214
--	-----	-----	-----

4. Pulpakirurgisk behandling

41 Upprensning och rotfyllning, en rotkanal	317	476	634
42 Upprensning och rotfyllning, två rotkanaler	373	560	746
43 Upprensning och rotfyllning, tre eller fler rotkanaler	552	828	1 104

5. Konserverande behandling

54 Enytsfyllning	91	137	182
55 Flerytsfyllning eller flera ytor på samma tand	130	195	260
56 Kompositkrona, klinikframställd	181	272	362

9. Övrig behandling inom bastandvården

91 Undersökning och behandling av akutpatient	106		212
92 Rådgivning och diagnostik av till specialist remitterad patient (ej protetik och tandreglering)	217		434
93 Mjukplastskena för bettfysiologisk behandling, per skena	122		244
97 Abonnemang på bastandvård för vuxna under 30 år, per år	200		400
98 Abonnemang på bastandvård för vuxna från 30 år, per år	200		400
99 Hjälpmedel 60 % av patientkostnaden			

Avdelning B. Protetik och tandreglering

6. Behandling med fast protes

61 Guldinlägg, laboratoriefremställt kompositinlägg och maskinfremställt porslinsinlägg (CAD-CAM), flera ytor. Radikulärförankring vid overdenture			1 097
62 Laboratoriefremställt inlägg, flera ytor, eller krona			1 430
63 Gjuten pelare			687
64 Klinikframställd pelare			218
65 Hängande broled, per led			608
66 Emaljretinerad konstruktion, per stöd			462
67 Fastsättning av lossnad krona			112
68 Titankomponenter, material			1 380

681 Titankomponenter, enstegsbehandling vid tillämpning av 13 a §	2 900
682 Titankomponenter, tvåstegsbehandling vid tillämpning av 13 a §	3 200

7. Behandling med avtagbar protes

70 Prefabricerade tänder, per styck, material debiteras inte i kombination med åtgärd 75	24
71 Partiell protes, enkel, för temporärt bruk, en till tre tänder	925
72 Partiell protes, enkel, för temporärt bruk, fyra eller fler tänder	1 582
73 Partiell protes med gjutet skelett, klammerföranckrad	2 903
74 Komplicerad partiell protes och alveolarbar-konstruktion eller protes med stöd av urtagskrona eller attachments	3 271
75 Hel över- eller underkäksprotes, per käke inklusive erforderligt antal prefabricerade tänder	2 336
76 Rebasering och/eller komplicerad lagning av protes	578
77 Bettskena i hård akrylat, utförd på bett-fysiologisk indikation	998
78 Tillsättning av lossnad protestand	112
79 Attachments, per styck, material	600

8. Övriga behandlingar inom protetik

81 Övriga behandlingar, förhandsprövad vård, per timme	434
83 Rådgivning och diagnostik av till specialist remitterad patient (protetik och tandreglering)	434
Kirurgisk behandling i samband med implantat	
84 Operation avseende käkbensföranckrade implantat, högst tre fixturer	3 688
85 Operation avseende käkbensföranckrade implantat, fler än tre fixturer	5 255
Protetikbehandling i samband med implantat	
86 Bro, underkäke	12 547
87 Bro, överkäke	13 445
88 Tillägg per fixtur vid delimplantat där krona eller broled utförs i ädelmetall eller titan	284
89 Overdenture vid implantat	5 850

Tandreglering

Apparaturbehandling	Beräknad behandlings- tid	
881 Avtagbar apparatur	½ år	2 591
882 Avtagbar apparatur	1 år	3 702
883 Avtagbar apparatur	2 år	4 219
884 Fast apparat i en käke	½ år	2 884
885 Fast apparat i en käke	1 år	4 443
886 Fast apparat i en käke	1 ½ år	5 152
887 Fast apparat i en käke	2 år	5 886
891 Apparaturbehandling omfattande bägge käkarna med fast apparat i minst en käke	1 ½ år	6 792
892 Apparaturbehandling omfattande bägge käkarna med fast apparat i minst en käke	2 år	7 521
893 Apparaturbehandling omfattande bägge käkarna med fast apparat i minst en käke	3 år	9 158
894 Fast apparatur i bägge käkarna	2 år	8 960

Förslag till bilaga A till förordningen om statligt tandvårdsstöd

Ersättningsberättigande tandvård inom det statliga tandvårdsstödet

I Undersökningar och utredningar

Syfte: Ställa diagnos och göra riskbedömningar.

	<i>Ersättningsberättigande åtgärder</i>
1) Undersökning	101/102/105/106/107
2) Undersökning av mindre omfattning t.ex. enstaka tand, enskilt problem.	103
3) Utredningar av specifika svårbedömda problem t.ex. bettfysiologiska besvär.	104/105/106/107/108/109. Utförlig dokumentation krävs för att åtgärderna skall berättiga till ersättning.

II Hälsöfrämjande insatser

Syfte: Förhindra sjukdomsangrepp i munhålan och omgivande vävnader.

<i>Åtgärder vidtas när påtaglig risk för sjukdomsutveckling föreligger</i>	<i>Ersättningsberättigande åtgärder</i>
Behandling av patienter som visar tecken på förhöjd risk för karies eller parodontit.	201/202/203. Adekvat och dokumenterad riskbedömning krävs för att åtgärderna skall berättiga till ersättning.

III Behandling av sjukdoms- och smärttillstånd

Syfte: Lindra smärta, stoppa sjukdomsangrepp och förhindra fortsatt sjukdomsutveckling i munhålan och omgivande vävnader.

<i>Diagnos</i>	<i>Ersättningsberättigande åtgärder</i>
1) Initialkaries	203/204
2) Sjukdomar i tandkötet och de parodontala vävnaderna (K05 enligt ICD-10)	204/205 301/302/303 401/402
3) Sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna (K04 enligt ICD-10)	301/302/303 501/502/503/504/505
4) Käkfunktionsstörning	601/602

IV Reparativ vård

Syfte: Återställa en enskild tands funktion.

<i>Diagnos</i>	<i>Ersättningsberättigande åtgärder</i>
1) Substansförlust i tand på grund av t.ex. manifest karies, trauma eller erosion	701/702/703/704/705/706
2) Förlust av fyllningsmaterial, fyllningsfraktur	701/702/703/704/705/706
3) Omfattande förlust av tandsubstans eller fyllningsmaterial motsvarande 2/3 av tandkronan	703/706/707/801/802/803. Dokumentation med foto eller modell krävs för att åtgärderna skall berättiga till ersättning.

V Rehabiliterande och habiliterande vård

Syfte: Återställa eller skapa funktioner i munnen

<i>Diagnos</i>	<i>Ersättningsberättigande åtgärder</i>
1) Helt tandlös underkäke	Orsaken till tandförlust måste finnas väl dokumenterad för att åtgärderna skall berättiga till ersättning. 1) 816 2) 823/824/826

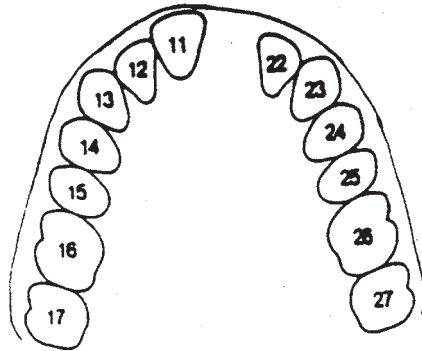
- 2) Helt tandlös överkäke
Orsaken till tandförlust måste finnas väl dokumenterad för att åtgärderna skall berättiga till ersättning.
1) 817
2) 823/824/827
- 3) Partiell tandlöshet. En eller flera tänder saknas.
Dokumentation med foto eller modell krävs för att åtgärderna skall berättiga till ersättning.
Inga åtgärder alls ersätts om tandlöshet enbart bakom tand 6.
1) Konventionell protetik
801/802/803/804/805/811/812/813/814/815/819
Brokonstruktion ersätts inte vid parodontalt gravt skadat bett och/eller då enstaka tänder i en planerad brokonstruktion har olika rörlighet.
Om en tand saknas är 3-ledsbro ersättningsberättigande, om två tänder saknas är 4-ledsbro ersättningsberättigande.
2) Implantatförankrad protetik
(821/822/823/824/825) ersätts enbart i följande fem situationer :
I) Singeltandimplantat framför premolarerna om omgivande tänder är intakta (bild 1)
II) Singeltandimplantat framför premolarerna om det finns stort mellanrum mellan tanden som skall ersättas och tanden intill (bild 2)
III) Delkäksimplantat då tänder helt saknas på en sida bakom första framtanden (bild 3)
IV) Delkäksimplantat när tänder helt saknas i fronten mellan premolarerna (bild 4)
V) Delkäksimplantat då tänder helt saknas bakom hörntänderna på båda sidorna (bild 5)
3) Tandreglering
901/902/903/904/905/906/907/908
- 4) Skadad avtagbar protes
Reparation om protesen är mer än ett år gammal
818
- 5) Skadad fast protes
Reparation om protesen är mer än två år gammal
818

- | | | |
|----|--|--|
| 6) | Omgörning av avtagbar protes | Omgörning av protesen om den är mer än ett år gammal. I följande fall är omgörning ersättningsberättigande även om protesen är mindre än ett år gammal:
1) om den utförts med immediatteknik
2) om protesen är avsedd endast för tillfälligt bruk
3) om patienten kan lastas för att behandlingen behöver göras om
4) om protesen utsatts för yttre våld |
| 7) | Omgörning av fast protes | Omgörning av protesen om den är mer än två år gammal. I följande fall är omgörning ersättningsberättigande även om protesen är mindre än två år gammal:
1) om protesen är avsedd endast för tillfälligt bruk
2) om patienten kan lastas för att behandlingen behöver göras om
3) om protesen utsatts för yttre våld |
| 8) | Bett- och tandpositionsavvikelse orsakad av parodontal sjukdom eller tandförluster. | Tandreglering
901/902/903/904/905/906/907/908 |
| 9) | Bettavvikelse i följande situationer:
– Bettavvikelse med inkompetent läppslut orsakat av avvikelsen
– Utseendemässigt/funktionellt tydligt störande överbitning (över- eller underbett)
– Funktionellt påtagligt störande tvångsförningar
– Omfattande avsaknad av tandkontakt mellan tandbågarna vid sammanbitning
– Bettavvikelse som tydligt orsakar tand- eller mjukvävnadsskada | Tandreglering
901/902/903/904/905/906/907/908 |

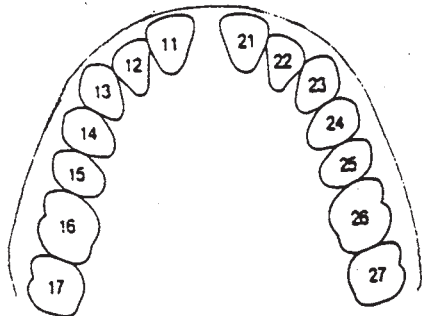
- | | | |
|-----|---|---------------------------------|
| 10) | Tandpositionsavvikelse | Tandreglering |
| | Utseendemässigt tydligt störande | 901/902/903/904/905/906/907/908 |
| | – Tandretention pga. felaktigt läge eller eruptionsriktning | |
| | – Avvikande frambrott eller frambrottsriktning | |
| 11) | Tandutvecklingsstörning | Tandreglering |
| | – Övertal av tänder | 901/902/903/904/905/906/907/908 |
| | – Undertal av tänder | |
-

Bild 1

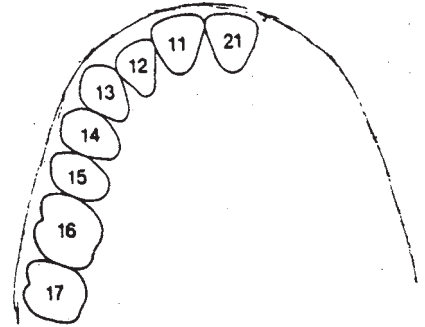
Singelimplantat berättigar till ersättning vid enstaka tandförlust framför premolarerna endast om tänderna på vardera sida om tandluckan är helt intakta.

**Bild 2**

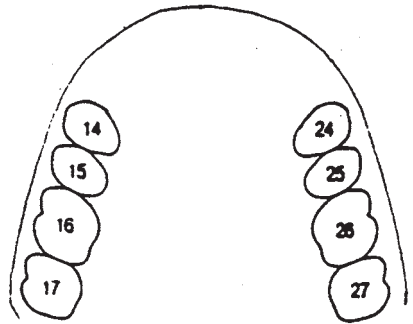
Singelimplantat berättigar också till ersättning vid enstaka tandförlust framför premolarerna om patienten har ett så stort mellanrum mellan den förlorade framtanden och den kvarvarande framtanden att en brokonstruktion skulle synas i mellanrummet. Tand 11 eller 21 i bilden nedan skall i detta fall saknas.

**Bild 3**

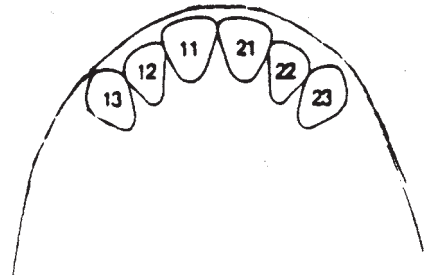
Vid enkelsidig tandförlust dvs. när patienten helt saknar tänder bakom första framtanden berättigar delimplantat till ersättning.

**Bild 4**

Delimplantat berättigar till ersättning när patienten saknar tänder i fronten från kindtand till kindtand.

**Bild 5**

Vid total tandlöshet bakom båda hörntänderna berättigar delimplantat till ersättning



Förslag till bilaga B till förordningen om statligt tandvårdsstöd

Referensprislista

Kod	Åtgärd	Referenspris (anges ej)
101	Fullständig undersökning och diagnostik utförd inom tandläkarens kompetensområde	
102	Fullständig undersökning och diagnostik utförd inom tandhygienistens kompetensområde	
103	Undersökning av enstaka problem/tand	
104	Utredning av komplicerade och omfattande problem	
105	Panoramaröntgen (ersätts ej tillsammans med 106)	
106	Röntgenundersökning, komplett för munhålan (ersätts ej tillsammans med 105)	
107	Röntgenundersökning, tomografi, per bild	
108	Laboratoriekostnader vid mikrobiologisk undersökning	
109	Laboratorieundersökning (oral patolog anatomisk diagnostik)	
201	Hälsofrämjande åtgärder av mindre omfattning (ersätts ej tillsammans med 202, 204 eller 205)	
202	Hälsofrämjande åtgärder. Behandling av patient med omfattande behandlingsbehov (ersätts ej tillsammans med 201, 204 eller 205)	
203	Profylaxskena, per skena	

- 204 Sjukdomsbehandlande åtgärder av mindre omfattning (ersätts ej tillsammans med 201, 202 eller 205)
- 205 Sjukdomsbehandlande åtgärder. Behandling av patient med omfattande behandlingsbehov (ersätts ej tillsammans med 201, 202 eller 204)

- 301 Tanduttagning, en tand
- 302 Tanduttagning, varje ytterligare inom samma kvadrant och vid samma behandlingstillfälle
- 303 Operativt avlägsnande av en eller flera tänder, per operationstillfälle

- 401 Kirurgisk behandling av tandlossnings-sjukdom, per operationstillfälle
- 402 Övrig kirurgi, plastik, parodontalkirurgi vid enstaka tand, per operationstillfälle

- 501 Upprensning och rotfyllning, en rotkanal
- 502 Upprensning och rotfyllning, två rotkanaler
- 503 Upprensning och rotfyllning, tre rotkanaler
- 504 Upprensning och rotfyllning, fyra rotkanaler
- 505 Rotspetsoperation

- 601 Mjukplastskena för bettfysiologisk behandling, per skena
- 602 Bettskena i hård akrylat, utförd på bettfysiologisk indikation

- 701 Enytsfyllning på molar eller premolar
- 702 Tvåytsfyllning på molar eller premolar
- 703 Fyllning av tre eller flera ytor på molar eller premolar
- 704 Enytsfyllning på framtand eller hörntand
- 705 Tvåytsfyllning på framtand eller hörntand

- 706 Fyllning av tre eller flera ytor på framtand eller hörntand
- 707 Kompositkrona, klinikframställd

- 801 Laboratorieframställd krona
- 802 Gjuten pelare
- 803 Klinikframställd pelare
- 804 Hängande broled, per led
- 805 Emaljretinerad konstruktion, per stöd

- 811 Prefabricerade tänder, per styck (ersätts inte i kombination med åtgärd 816, 817, 826 eller 827)
- 812 Partiell protes, enkel, för temporärt bruk, en till tre tänder
- 813 Partiell protes, enkel, för temporärt bruk, fyra eller fler tänder
- 814 Partiell protes med gjutet skelett, klammerförankrad
- 815 Komplicerad partiell protes och alveolarbar-konstruktion eller protes med stöd av urtagskrona eller attachments
- 816 Hel underkäksprotes, inklusive erforderligt antal tänder
- 817 Hel överkäksprotes, inklusive erforderligt antal tänder
- 818 Rebasering och/eller komplicerad lagning av protes
- 819 Attachments, per styck

- 821 Operation avseende käkbensförankrade implantat, en fixtur
- 822 Operation avseende käkbensförankrade implantat, två eller tre fixturer
- 823 Operation avseende käkbensförankrade implantat, fler än tre fixturer
- 824 Fixtur för implantatbehandling
- 825 Implantatkrona
- 826 Implantatbro, underkäke inkl erforderligt antal tänder

- 827 Implantatbro, överkäke inkl erforderligt antal tänder

- 901 Tandreglering, en käke, enkel behandling 6 mån–1 år
- 902 Tandreglering, en käke, okomplicerad behandling 1–1,5 år
- 903 Tandreglering, en käke, normal behandling 1,5–2 år
- 904 Tandreglering, en käke, komplicerad behandling 2–3 år
- 905 Tandreglering, två käkar, enkel behandling 6 mån–1 år
- 906 Tandreglering, två käkar, okomplicerad behandling 1–1,5 år
- 907 Tandreglering, två käkar, normal behandling 1,5–2 år
- 908 Tandreglering, två käkar, komplicerad behandling 2–3 år

Förteckning över remissinstanser

1. Riksdagens ombudsmän
2. Riksrevisionen
3. Hovrätten för Västra Sverige
4. Umeå Tingsrätt
5. Kammarrätten i Stockholm
6. Länsrätten i Skåne län
7. Försäkringskassan
8. Socialstyrelsen
9. Folkhälsoinstitutet
10. Statens beredning för medicinsk utvärdering
11. Handikappombudsmannen
12. Statskontoret
13. Karolinska Institutet
14. Malmö högskola
15. Göteborgs universitet
16. Umeå universitet
17. Konsumentverket
18. Konkurrensverket
19. Gotlands kommun
20. Stockholms läns landsting
21. Uppsala läns landsting
22. Södermanlands läns landsting
23. Östergötlands läns landsting
24. Jönköpings läns landsting
25. Kronobergs läns landsting
26. Kalmar läns landsting
27. Blekinge läns landsting
28. Skåne läns landsting
29. Hallands läns landsting
30. Västra Götalands läns landsting
31. Värmlands läns landsting

32. Örebro läns landsting
33. Västmanlands läns landsting
34. Dalarnas läns landsting
35. Gävleborgs läns landsting
36. Västernorrlands läns landsting
37. Jämtlands läns landsting
38. Västerbottens läns landsting
39. Norrbottens läns landsting
40. Handikappförbundens Samarbetsorgan
41. Sveriges Kommuner och Landsting
42. Tjänstemännens Centralorganisation, TCO
43. Sveriges Akademikers Centralorganisation, SACO
44. Landsorganisationen i Sverige, LO
45. Föreningen Svenskt Näringsliv
46. Pensionärernas Riksorganisation
47. Riksförbundet PensionärsGemenskap
48. Sveriges Pensionärsförbund
49. Sveriges Pensionärers Riksförbund
50. Svenska Kommunalpensionärernas Förbund
51. Sveriges Konsumentråd
52. Praktikertjänst AB
53. Dentallaboratoriernas Riksförening
54. Svenska Tandsköterskeförbundet
55. Sveriges Folktandvårdsförening
56. Sveriges Tandhygienistförening
57. Sveriges Privattandläkarförening
58. Sveriges Tandläkarförbund
59. Sveriges Tandteknikerförbund
60. Tandvårdsskadeförbundet
61. Tjänstetandläkarna

Statens offentliga utredningar 2007

Kronologisk förteckning

1. Telefonsäljning. Jo.
2. Från socialbidrag till arbete.
+ Bilaga. Fördjupningsstudier.
+ Lättläst. Sammanfattning. S.
3. Föräldraskap vid assisterad befruktning. Ju.
4. Trafikinspektionen
– en myndighet för säkerhet och skydd inom transportområdet. N.
5. Summa summarum – en fristående myndighet för utredning av anmälningar om brott av poliser och åklagare? Ju.
6. Målsägandebiträdet.
Ett aktivt stöd i rättsprocessen. Ju.
7. Den nya inskrivningsmyndigheten. M.
8. Nya förutsättningar för ekobrottsbekämpning. Ju.
9. Svenskan i världen. UD.
10. Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Fi.
11. Regional utveckling och regional samhällsorganisation. Fi
12. Hälso- och sjukvården. Fi.
13. Staten och kommunerna – uppgifter, struktur och relation. Fi.
14. Renovering av bostadsmarknad efterlyses!
Om ungas möjligheter till en egen bostad.
Rapport nr 1:
Om bara någon kunde säga vad jag ska göra för att få en bostad så skulle jag göra det.
Rapport nr 2:
Måste man ha tur?
Studier av yngre på bostadsmarknaden i svenska städer.
Rapport nr 3:
Effektiv bostadsservice och förmedling av bostäder – ur ett dubbelt användarperspektiv.
Rapport nr 4:
Unga vuxna på bolånemarknaden. M.
15. Stöd för framtiden – om förutsättningar för jämställdhetsintegrering.
Idébok:
Jämställd medborgarservice. Goda råd om jämställdhetsintegreringen. En idébok för chefer och strateger.
Metodbok:
JämStöd Praktika. Metodbok för jämställdhetsintegrering. IJ.
16. Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag. S.
17. Äktenskap för par med samma kön. Vigsselfrågor. Ju.
18. Arbetsmarknadsutbildning för bristyrken och insatser för arbetslösa ungdomar. N.
19. Friskare tänder – till rimliga kostnader. S.

Statens offentliga utredningar 2007

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Föräldraskap vid assisterad befruktning. [3]
Summa summarum – en fristående myndighet för utredning av anmälningar om brott av poliser och åklagare? [5]
Målsägandebiträdet.
Ett aktivt stöd i rättsprocessen. [6]
Nya förutsättningar för ekobrottsbekämpning. [8]
Äktenskap för par med samma kön.
Vigsselfrågor. [17]

Utrikesdepartementet

- Svenskan i världen. [9]

Socialdepartementet

- Från socialbidrag till arbete.
+ Bilaga. Fördjupningsstudier.
+ Lättläst. Sammanfattning. [2]
Ändrad könstillhörighet – förslag till ny lag. [16]
Friskare tänder – till rimliga kostnader. [19]

Finansdepartementet

- Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. [10]
Regional utveckling och regional samhällsorganisation. [11]
Hälso- och sjukvården. [12]
Staten och kommunerna – uppgifter, struktur och relationer. [13]

Jordbruksdepartementet

- Telefonförsäljning. [1]

Miljödepartementet

- Den nya inskrivningsmyndigheten. [7]
Renovering av bostadsmarknad efterlyses!
Om ungas möjligheter till en egen bostad.
Rapport nr 1:
Om bara någon kunde säga vad jag ska göra för att få en bostad så skulle jag göra det.

- Rapport nr 2:
Måste man ha tur?
Studier av yngre på bostadsmarknaden i svenska städer.
Rapport nr 3:
Effektiv bostadsservice och förmedling av bostäder – ur ett dubbelt användarperspektiv.
Rapport nr 4:
Unga vuxna på bolånemarknaden. [14]

Näringsdepartementet

- Trafikinspektionen
– en myndighet för säkerhet och skydd inom transportområdet. [4]
Arbetsmarknadsutbildning för bristyrken och insatser för arbetslösa ungdomar. [18]

Integrations- och jämställdhetsdepartementet

- Stöd för framtiden – om förutsättningar för jämställdhetsintegrering.
Idébok:
Jämställd medborgarservice. Goda råd om jämställdhetsintegreringen. En idébok för chefer och strateger.
Metodbok:
JämStöd Praktika. Metodbok för jämställdhetsintegrering. [15]