

Friskare tänder – till rimliga kostnader

*Slutbetänkande
av Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna*

Stockholm 2007



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2007:19

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

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

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

Textbearbetning och layout har utförts av Regeringskansliet, FA/kommittéservice

Tryckt av Edita Sverige AB
Stockholm 2007

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

Till statsrådet och chefen för Socialdepartementet Göran Hägglund

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

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

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

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

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

Utredningsarbetet är härmed slutfört.

Stockholm i mars 2007

Curt Malmborg

/Sofia Wallström
Mårten Hultin
Lars Olsson
Roger Pettersson
Birgitta Rosengren

Innehåll

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bilagor

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

Förkortningar

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

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

Begrepp och definitioner

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

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

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

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

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

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

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

¹ I tidigare delbetänkanden har utredningen i stället använt begreppet karensperiod.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Odontologiska begrepp

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

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

Sammanfattning

Översikt

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Uppdraget

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

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

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

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

Bakgrund

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

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

Tandhälsa

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

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

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

ändrar karaktär och medför en tydligare tyngdpunkt på förebyggande insatser.

Tandvårdskonsumtion

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

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

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

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

Prisutvecklingen

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

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

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

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

Marknaden för tandvård

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

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

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

konkurrensneutralitet behöver transparensen i redovisningen av folktandvården öka.

Modeller för ersättning av tandvård

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

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

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

Garantier inom tandvårdsområdet

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

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

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

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

Tandvård till fast pris

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

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

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

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

Mål och principer

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

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

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

Ersättningsberättigande tandvård

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Tandvårdscheck

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

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

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

Abonnemangstandvård

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

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

Skyddet mot höga kostnader

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

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

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

Gruppen 65 år och äldre

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

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

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

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

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

Administration, kontroll och uppföljning

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Utvecklad konkurrens

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Genomförandenaspekter och ikraftträdande

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

Ekonomiska konsekvenser

Den totala kostnaden för det statliga tandvårdsstödet beräknas i utredningens huvudalternativ till ca 5,9 miljarder kronor per år.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 även för åldersgruppen 30–74 år. Inom skyddet mot höga kostnader lämnas i sidoalternativet ersättning med 50 procent av kostnader mellan 3 000 och 25 000 kronor och med 85 procent av kostnader som överstiger 25 000 kronor.

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

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

Konsekvensbeskrivning

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

¹ Kostnaderna är beräknade i 2006 års priser.

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

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

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

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

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

särskilda behov av omfattande utredning för att kunna fatta beslut.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Summary

Overview

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

The assignment

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

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

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

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

Background

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

Dental health

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

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

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

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

Dental care consumption

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

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

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

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

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

Price trends

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

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

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

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

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

The dental care market

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

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

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

Models of dental care compensation

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

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

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

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

Dental care guarantees

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

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

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

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

Fixed price dental care

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

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

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

Objectives and principles

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

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

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

Reimbursable dental care

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dental care vouchers

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

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

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

Subscription dental care

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

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

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

High-cost protection

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

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

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

The 65+ age group

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

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

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

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

Administration, control and follow-up

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Improved competition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Implementation aspects and entry into force

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

Financial consequences

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

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

¹ The costs are calculated based on 2006 prices.

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

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

Impact analysis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Författningsförslag

1 Förslag till lag om statligt tandvårdsstöd

1 kap. Inledande bestämmelser

Lagens syfte och omfattning m.m.

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

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

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

2 § Statligt tandvårdsstöd lämnas i form av

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

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

Tandvårdsstödet betalas ut till vårdgivaren av Försäkringskassan.

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

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

Allmänna bestämmelser för rätt till statligt tandvårdsstöd

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

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

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

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

2 kap. Tandvårdscheck, abonnemangstandvård och tandvårdsersättning*Tandvårdscheck*

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

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

Abonnemangstandvård

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

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

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

Tandvårdsersättning

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

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

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

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

Gemensamma ersättningsbestämmelser

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

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

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

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

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

3 kap. Vårdgivare

Förutsättningar för statligt tandvårdsstöd

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

Vårdgivarens ansvar m.m.

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

Akuta fall skall behandlas med förtur.

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

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

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

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

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

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

4 kap. Övriga bestämmelser

Försäkringskassans uppgiftsskyldighet

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

Återbetalningsskyldighet m.m.

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

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

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

Utbetalning av statligt tandvårdsstöd

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

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

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

Överklagande m. m.

5 § Beslut om statligt tandvårdsstöd får överklagas av patienten.

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

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

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

Bemyndiganden

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

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

Verkställighetsföreskrifter

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

2 Förslag till förordning om statligt tandvårdsstöd

Inledning

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

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

Ersättningsberättigande tandvård och referensprislista

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

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

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

Tandvårdscheck

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

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

Abonnemang på tandvård

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

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

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

Tandvårdsersättning

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

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

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

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

Behandlingsplan

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

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

Uppgifter om utförd behandling och priser m.m.

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

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

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

Av underlaget skall framgå

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

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

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

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

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

Anslutningen till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd

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

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

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

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

Bemyndiganden

14 § Försäkringskassan får meddela föreskrifter om

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

Ytterligare föreskrifter

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

Övergångsbestämmelser

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

3 Förslag till förordning om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen

Inledning

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

Personuppgiftsansvarig

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

Ändamål för behandling av personuppgifter

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

Personuppgifter som får behandlas

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

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

Uppgiftsskyldighet

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

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

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

Information

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

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

Socialstyrelsen skall på lämpligt sätt informera allmänheten om registret.

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.

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

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

dels att 12 § skall ha följande lydelse,

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

Nämnden för statligt tandvårdsstöd

7 a §

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

12 §¹

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

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

¹ Senaste lydelse 2006:1565.

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

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

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.

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

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

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

1 §¹

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

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

¹ Senaste lydelse 1995:1478.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §¹

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

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

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

¹ Senaste lydelse 2004:814.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap.

2 §¹

Den som är bosatt i Sverige omfattas även av

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

Den som är bosatt i Sverige omfattas även av

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

¹ Senaste lydelse 2001:856.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

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

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

Nuvarande lydelse

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

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

Föreslagen lydelse

7 §¹

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

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

¹ Senaste lydelse 2004:792.

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §¹

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

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

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

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

4. i samband med tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappad,

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

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

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

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

4. i samband med tillhandahållande av hjälpmedel åt handikappad,

¹ Senaste lydelse 1995:1489.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

3 kap. 9 §¹

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

¹ Senaste lydelse 1998:556.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

7 kap.

7 §¹

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

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

¹ Senaste lydelse 2004:1246.

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

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

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

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

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

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2008.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §¹

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

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

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

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

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.

¹ Senaste lydelse 2003:621.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 §

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

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

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

6 kap.

2 §¹

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

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

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

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.

¹ Senaste lydelse 1998:1339.

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

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

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §¹

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

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

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

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

¹ Senaste lydelse 2004:914.

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

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

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

21. leverantörer av produkter och tjänster inom rehabiliteringsområdet,

22. vårdgivare,

23. remisser,

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

25. diagnoser,

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

27. bevakningsanledningar,

28. frågor om återbetalningsskyldighet har uppkommit,

29. anledningen till att ett ärende har avslutats,

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

31. beslut i ärenden,

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

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

21. leverantörer av produkter och tjänster inom rehabiliteringsområdet,

22. vårdgivare,

23. remisser,

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

25. diagnoser,

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

27. bevakningsanledningar,

28. frågor om återbetalningsskyldighet har uppkommit,

29. anledningen till att ett ärende har avslutats,

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

31. beslut i ärenden,

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

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

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

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

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

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

38. att godmanskap eller förvaltarskap är anordnat enligt föräldrabalken,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

38. att godmanskap eller förvaltarskap är anordnat enligt föräldrabalken,

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

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

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

5 a §

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

Denna förordning träder i kraft den 1 juli 2008.

1 Uppdraget och utredningens arbete

1.1 Utredningens uppdrag

Enligt utredningens ursprungliga direktiv¹ skulle utredaren föreslå ett nytt tandvårdsstöd för vuxna. Stödet skulle vara utformat så att det främjade förebyggande insatser och gav ett tillfredsställande skydd mot höga kostnader. Stödet skulle bestå av ett grundstöd som skulle täcka större delen av kostnaden för det grundläggande behovet av undersökningar och förebyggande åtgärder, samt ett skydd mot höga kostnader som skulle innebära att en viss andel av behandlingskostnader som överstiger ett karensbelopp ersätts genom tandvårdsstödet. En översyn av de regler som gäller om återkrav av tandvårdsersättning vid omgörning av fast och avtagbar protetik skulle också göras.

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

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

Efter regeringskiftet hösten 2006 beslutade den nya regeringen den 16 november 2006 om tilläggsdirektiv² för det fortsatta utredningsarbetet. Dessa ersätter de ursprungliga direktiven. Enligt tilläggsdirektiven skall utredaren föreslå ett nytt tandvårdsstöd för

¹ Dir. 2005:136.

² Dir. 2006:112.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Arbetets bedrivande

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Två delbetänkanden

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

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

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

1.4 Betänkandets disposition

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

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

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

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

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

2 Dagens tandvårdsstöd

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

2.1 Framväxten av det offentliga tandvårdsstödet

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

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

bastandvård tillgodosett under en tvåårsperiod till en fast avgift som vårdgivaren fastställer.¹

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

2.2 Det offentliga tandvårdsstödet

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

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

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

¹ Prop. 1997/98:112.

² SOU 2002:53.

³ SOU 2001:36.

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

Det statliga tandvårdsstödet

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

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

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

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

⁶ 12 § förordningen om tandvårdstaxa.

⁷ 13 a § förordningen om tandvårdstaxa.

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

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

Tandvård inom EU

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

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

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

⁸ 9 och 13 § förordningen om tandvårdstaxa.

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

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

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

Administrationen av det statliga tandvårdsstödet

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

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

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

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

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

Myndigheternas roll

Socialstyrelsen

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

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

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

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

Försäkringskassan

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

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

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

Konsumentverket

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

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

Konkurrensverket

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

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

Statens beredning för medicinsk utvärdering

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

Läkemedelsverket

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

¹¹ Konkurrensverket (2004).

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

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

2.3 Tandvårdens totala kostnader

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

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

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

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

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

¹³ Preliminära uppgifter.

3 Tandhälsa

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

3.1 Inledning

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

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

¹ Wörnberg-Gerdin (2006).

3.2 Att mäta tandhälsa

Tandhälsa² kan definieras som ”en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av sjukdom”.³ Det finns därmed både objektiva och subjektiva perspektiv på tandhälsa. Bedömningen av tandhälsotillståndet bör ske som en syntes av en odontologisk bedömning grundad på undersökning och diagnostik samt individens bedömning av sin egen tandhälsa.

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

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

3.2.1 Befintligt underlag

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

² I detta betänkande används begreppet tandhälsa synonymt med begreppen oral hälsa och munhälsa.

³ Hugoson et al (2003).

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

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

Det finns endast ett fåtal riksomfattande epidemiologiska undersökningar angående tandstatus bland den vuxna befolkningen. Den senaste undersökningen av detta slag genomfördes 1985 och publicerades år 1991.⁴ Därutöver finns flera regionala undersökningar avseende tandhälsa och tandvårdsvanor. Undersökningarna omfattar både objektiva data från kliniska undersökningar och subjektiva data från enkät- eller intervjuundersökningar.

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

3.3 Tandhälsans utveckling

3.3.1 Tandhälsan hos ungdomar

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

⁴ Håkansson (1991).

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

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

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

Stockholms läns landsting har låtit genomföra en uppföljning av ungdomstandvården och i augusti 2005 redovisat resultaten i en rapport⁷. I denna undersökning uppgav 30 procent av de tillfrågade att de inte avser att besöka tandvården igen förrän de får ont eller får andra akuta besvär. Profylaxframgångarna kan därmed vara i farozonen.

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

3.3.2 Tandhälsan hos äldre

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

⁵ Socialstyrelsen (2006b).

⁶ Abrahamsson et al (2006).

⁷ Stockholms läns landsting (2005).

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

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

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

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

3.3.3 Antal kvarvarande tänder, löständer och implantat

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

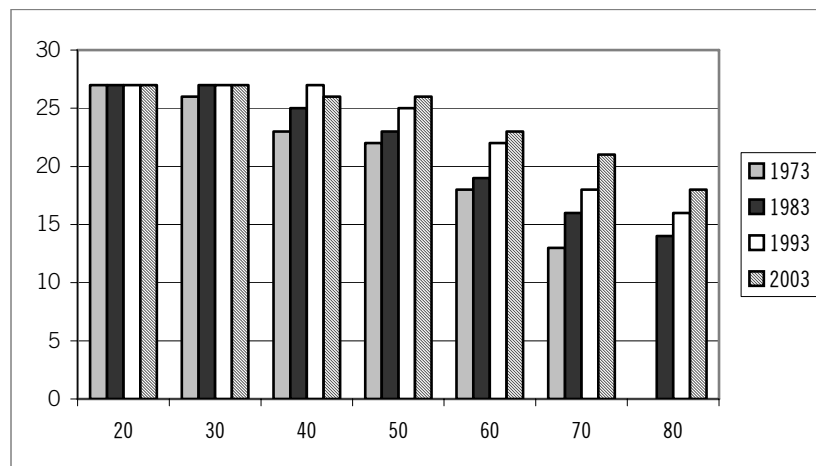
Av SCB:s ULF-undersökning från 2004/05 framgår att tandhälsan, mätt som antalet kvarvarande tänder, genomgått stora förändringar under senare decennier. Allmänt sett är tandförluster sällsynta bland yngre vuxna. Andelen personer som helt saknar egna tänder har minskat kraftigt, från 19,3 procent till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

⁸ Socialstyrelsen (2006a).

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

Av de regionala studierna i Jönköping⁹, Dalarna¹⁰ och Västerbotten¹¹ framgår att antalet kvarvarande tänder hos personer i de olika åldrarna ökat över tiden. Personer i åldrarna under 50 år har i genomsnitt fler än 26 tänder kvar i samtliga dessa studier och i åldrarna 65–70 har man i genomsnitt fler än 19 tänder kvar. I klinisk odontologi brukar anges att 20 tänder är tillräckligt för acceptabel tuggfunktion.

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



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

Vad gäller förekomst av löständer och implantat finns endast begränsad statistik att tillgå. Frågan följdes fram till mitten av 1980-talet. Förekomsten av personer med enbart löständer i åldrarna 20–60 år har minskade från 16,5 procent år 1965 till 9,1 procent år 1975 och 3,9 procent år 1985.¹² ULF-undersökningen från 1996/97 visar att förekomst av implantat är sällsynt i de lägre åldersgrupperna t.o.m. 44 år. I åldersgruppen 45–64 år uppger drygt två procent att de har någon typ av implantat medan före-

⁹ Hugoson et al (2005).

¹⁰ Uhrbom, Bjerner (2003).

¹¹ Wänman et al (2004).

¹² Håkansson (1991).

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

3.3.4 Karies

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

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

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

3.3.5 Tandlossning (parodontit)

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

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

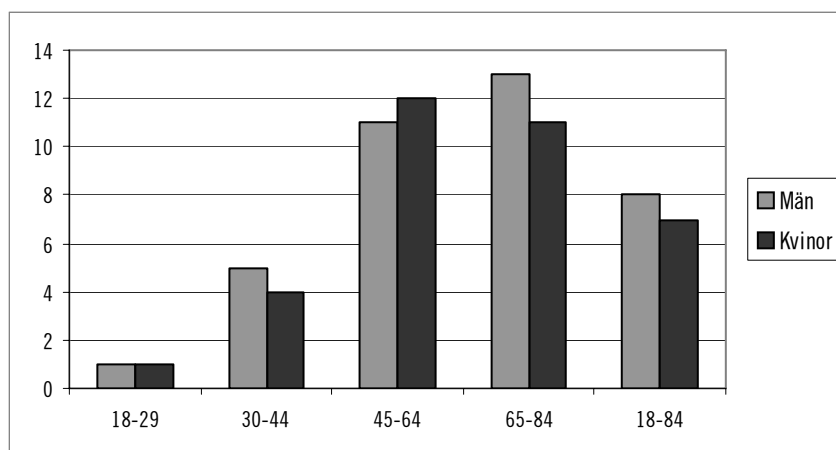
förekomsten mer än halverats under den undersökta 30-årsperioden. Då det gäller antalet personer med tandköttsfickor överstigande 4 millimeter har det skett en viss förbättring. I åldersgrupperna upp till 40 år har dock förbättringstakten avtagit under de senaste 10 åren.

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

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

Folkhälsoinstitutets rapport från 2004¹³ visar att cirka 8 procent av de tillfrågade upplevde att de hade problem med tandlossning. De upplevda besvären var betydligt vanligare bland äldre än bland yngre. Resultatet visade inga större skillnader mellan olika socioekonomiska grupper.

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



Källa: Folkhälsoinstitutet (2004).

¹³ Folkhälsoinstitutet (2004).

3.3.6 Käkbensinflammation

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

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

3.3.7 Käkledsbesvär (bettfysiologiska besvär)

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

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

3.3.8 Tillfredsställelse med tänderna

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

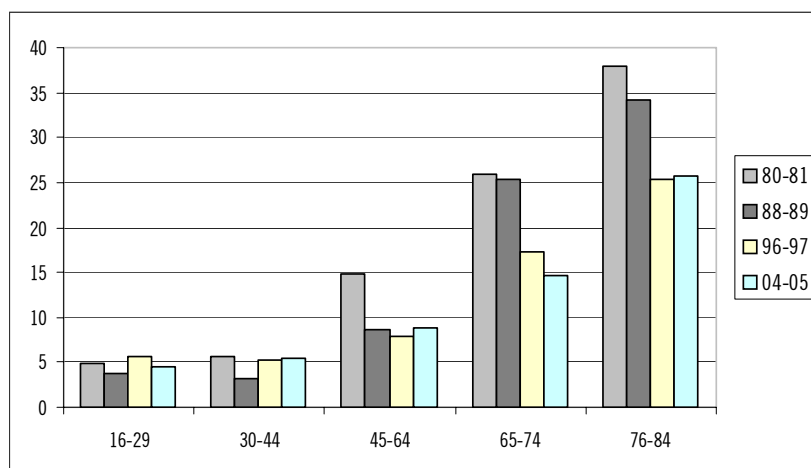
Hur vi tror att de egna tänderna uppfattas i umgänget med andra människor är en fråga som har betydelse för de flesta personer. Missnöjet med de egna tändernas utseende är, enligt ULF-undersökningen,

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

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

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

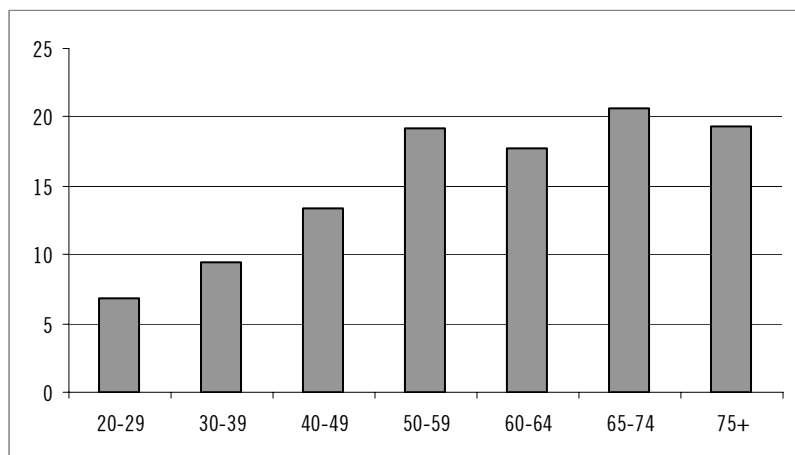
Figur 3.3 Andel personer som uppger sig ha nedsatt tuggförmåga



Källa: Statistiska Centralbyrån (2006).

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

Figur 3.4 Andel personer som anger att man har synlig tandlucka



Källa: Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006c).

3.3.9 Snedfördelning av tandhälsan

Folkhälsoinstitutet presenterade i oktober 2005 en rapport¹⁴ som dokumenterar Sveriges folkhälsopolitik. En rikstäckande enkätundersökning genomfördes för första gången 2004 och har därefter genomförts årligen. I rapporten anges att tandhälsa är en viktig bestämningssfaktor för god folkhälsa. Dålig tandhälsa minskar livskvaliteten, försämrar sociala relationer och är ett hinder för goda matvanor samt en god allmän hälsa.

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

¹⁴ Folkhälsoinstitutet (2005b).

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

Försäkringskassans och Socialstyrelsens studie¹⁵ visar att det finns samband mellan att besöka tandvården minst vartannat år och att ha en god tandhälsa. De som besöker tandvården minst vartannat år har betydligt större sannolikhet att kunna tugga hårda saker och att ha egna tänder. Det finns också ett samband mellan att kunna klara en oväntad tandvårdsutgift och att ha god tandhälsa.

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

3.4 Summering och slutsatser

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

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

¹⁵ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006c).

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

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

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

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

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

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

4 Tandvårdskonsumtion och tandvårdskostnader

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

4.1 Tandvårdsstödet kostnadsutveckling 2000–2005

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

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

Tabell 4.1 Utgifter i det statliga tandvårdsstödet, år 2005

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

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

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

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

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

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

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

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

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

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

4.2 Hur många besöker tandvården?

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

² Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006b).

4.2.1 Avtagande besöksfrekvens under 2000-talet

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

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

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

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

³ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006b).

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

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

Källa: SCB, ULF-undersökningen.

4.2.2 Hur ofta besöker patienter tandvården?

Den årliga besöksfrekvensen hos tandvården var enligt Försäkringskassans undersökning⁴ 68,2 procent, vilket skall jämföras med ULF-undersökningens 67,8 procent. Ur Försäkringskassans undersökning kan även utläsas hur många som besöker tandvården vartannat år respektive mer sällan än vartannat år. Resultaten visar att omkring 84,9 procent besöker tandvården vartannat år eller oftare. Fördelat på åldersgrupper är besöksfrekvensen under en tvåårsperiod lägst i åldersgruppen 20–29 där ca 77 procent besöker tandvården under en tvåårsperiod. I åldersgrupperna 30–39 år och 40–49 år är besöksfrekvensen drygt 80 procent medan närmare 90 procent av patienterna mellan 50–74 besöker tandvården vartannat år eller oftare. För patienter äldre än 75 år sjunker besöksfrekvensen till 80 procent.

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

⁴ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006b).

⁵ SOU 2006:27.

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

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

Källa: Försäkringskassan.

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

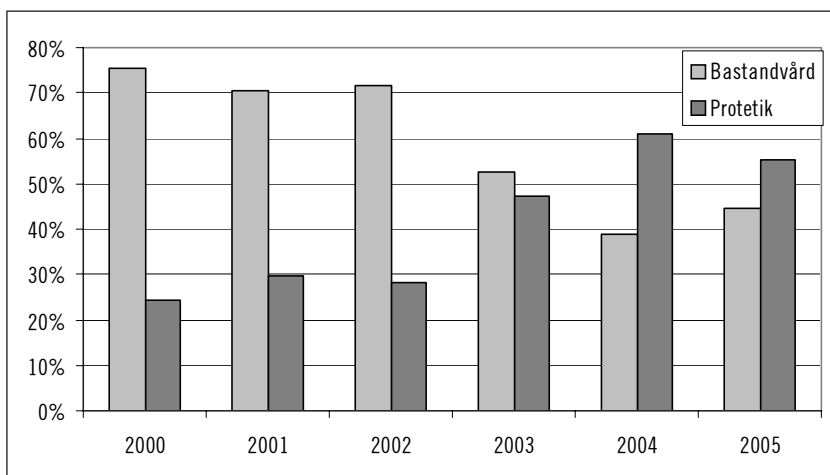
4.3 Tandvårdskonsumtion inom det statliga tandvårdsstödet

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

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

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

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



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

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

4.3.1 Vilken vård utförs av folktandvården respektive privata vårdgivare?

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

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

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

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

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

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

4.3.2 De vanligaste åtgärderna

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

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

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

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

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

Anm. Förklaring till åtgärdskoderna finns i bilaga 4.

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

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

4.3.3 Några specifika behandlingars utveckling 2000–2005

Implantatbehandlingar

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

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

Tabell 4.7 Antal implantat år 2002–2005

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

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

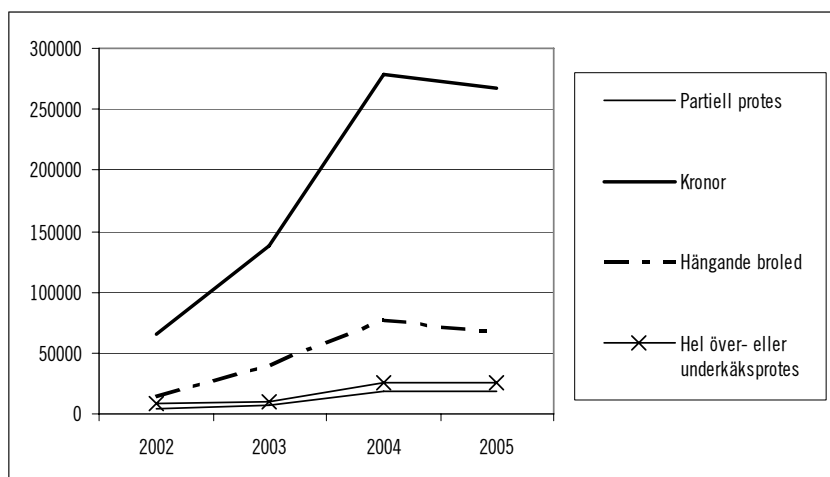
Andra protetiska åtgärders utveckling 2002–2005

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

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

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

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



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

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

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

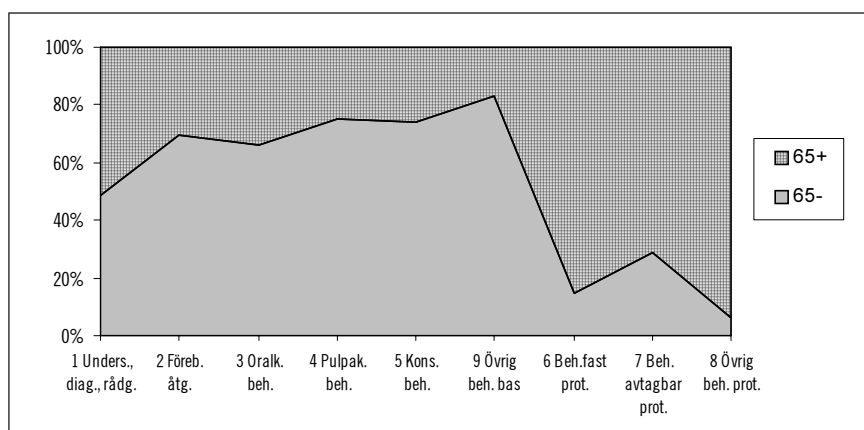
ella proteser sätts in på patienter i åldersgruppen 50–59 år. Därefter avtar antalet partiella proteser med stigande ålder.

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

4.3.4 Vilka åtgärder kostar mest för tandvårdsstödet?

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

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



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

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

Åtgärdernas andel av tandvårdsstödet

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

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

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

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

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

Anm. Förklaring till åtgärdskoderna finns i bilaga 4.

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

4.4 Tandvårdskostnader

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

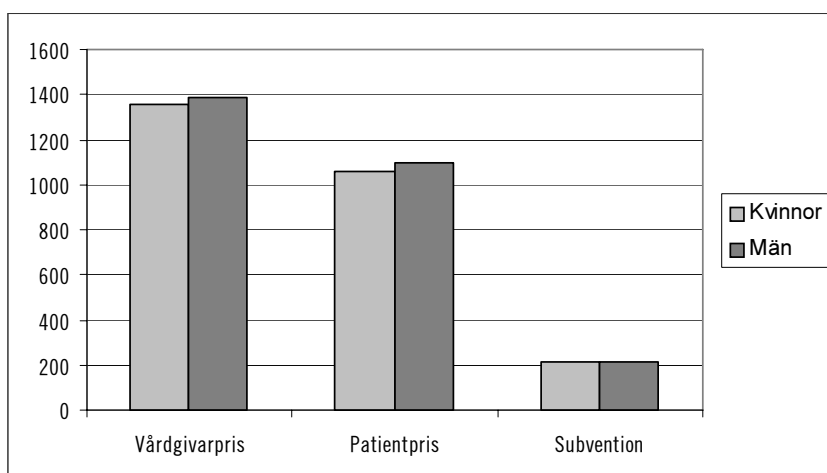
4.4.1 Vårdgivarpriser och patientpriser

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

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

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

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



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

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

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

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

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

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

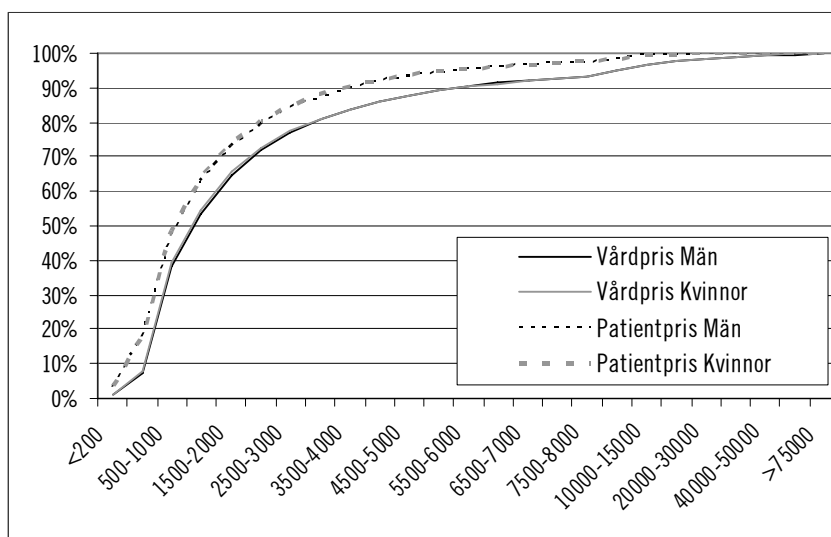
Patienten betalar dock inte hela tandvårdskostnaden, utan vårdgivarens priser subventioneras genom tandvårdsstödet. Av figur 4.5 framgår hur stor den genomsnittliga subventionen är för tandvård i olika kostnadsintervall. En slutsats av figuren är att skillnaden mellan vårdgivarpriset och patientpriset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

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

¹⁰ SOU 2006:71.

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

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



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

Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

4.4.2 Hur har tandvårdskonsumtionen förändrats?

Kostnaden för tandvård varierar kraftigt med åldern. Av figur 4.6 framgår den genomsnittliga kostnaden för patienter 20 år och äldre under åren 2002–2005.¹² För patienter i åldern 20–64 år stiger den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen från ca 1 500 kronor per år för patienter som är 20 år till ca 3 500 kronor per år för patienter som är 60 år. Skillnaden i tandvårdskonsumtion mellan de olika åren är förhållandevis små.

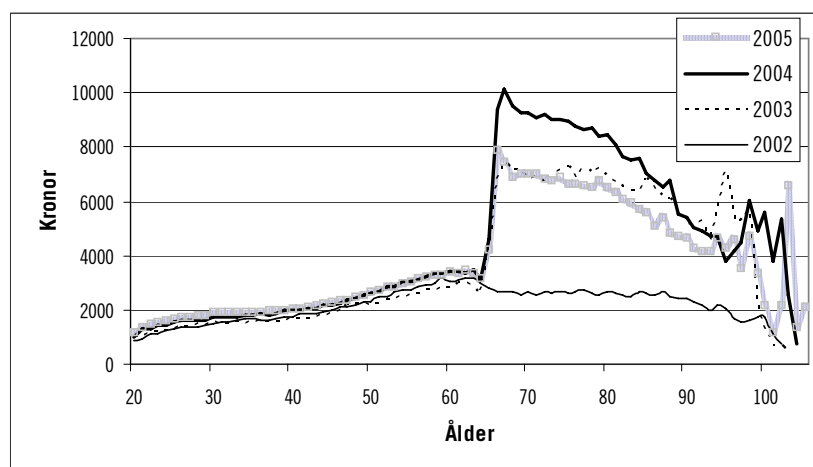
För patienter 65 år och äldre är dock skillnaderna mellan åren markant. År 2002 avtog tandvårdskonsumtionen för åldersgrupper över 65 år, medan utvecklingen under åren 2003–2005 har inneburit en kraftig ökning av tandvårdskonsumtionen för denna grupp. Den största tandvårdskonsumtionen har patienter i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

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

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

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

Figur 4.6 Genomsnittlig tandvårdskonsumtion för patienter äldre än 20 år



Källa: Försäkringskassan, egna beräkningar.

4.5 Sammanfattning och slutsatser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5 Prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden

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

5.1 Prisutvecklingen i stort

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

5.1.1 Vårdgivarnas pris

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

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har i ett antal undersökningar undersökt prisutvecklingen inom folktandvården. Enligt SKL var den totala prisökningen 71 procent från januari 1998 till januari 2006.¹ Priserna steg, enligt denna källa, med 16 procent under 1999. För perioden januari 2005 till januari 2006 uppges prisökningen till 3,1 procent, vilket är betydligt lägre än genom-

¹ Sveriges Kommuner och Landsting (2006a, 2006b).

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

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

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

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

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

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

² Åtgärdsfördelningen (casemixen) för 2002 används för alla år i SKL:s undersökningar.

³ RFV (2004).

Priserna för privata vårdgivare har generellt ökat mer än för folktandvården. Fram till år 2004 visade RFV:s prisundersökningar inga tecken på avtagande ökningstakt. Försäkringskassans undersökning från 2005 visar dock på en tendens till avtagande prisökningstakt.

Prisskillnaden mellan folktandvården i olika landsting är stor. Skillnaden mellan det dyraste och det billigaste landstinget för olika åtgärder var, år 2004, i genomsnitt 25 procent.⁴ Vilken folktandvård som är dyrast respektive billigast varierar mellan olika behandlingar. RFV menade därför att det inte går att förklara skillnaden med exempelvis högre löner eller lokalkostnader. För privattandläkarna är priserna generellt högre i storstäderna, vilket av RFV anses kunna förklaras av högre omkostnader.

RFV finner inget tydligt samband mellan folktandvårdens och de privata vårdgivarnas prissättning i respektive län, men i de flesta fall ligger de privata vårdgivarna över landstingens prisnivå.⁵ Enligt RFV finns det tendenser till att landstingen skulle vara prisledande, men RFV menar att det inte säkert går att klarlägga om det är så eller inte.

Enligt Konkurrensverket var korrelationen mellan folktandvårdens och privattandvårdens priser i hela landet, år 2002, relativt svag men signifikant positiv för sju av de tio undersökta behandlingspaketerna.⁶ Korrelationen var större för storstadslänen men framförallt för mellersta och övre Norrland än i riket. Konkurrensverket menar att RFV:s undersökningar visar att det finns en viss priskonkurrens på marknaden eftersom de privata vårdgivarna inte kan agera helt oberoende av folktandvården.

5.1.2 Patientpriser

För tandvård avgörs patienternas priser dels av vårdgivarens pris, dels av den ersättning inom tandvårdsstödet som staten betalar. Den statliga subventionsgraden minskade under början av 1980-talet men framförallt i början av 1990-talet. Från slutet av 1990-talet har de statliga subventionerna av patienternas tandvårdskostnader ökat i varierande grad för olika grupper.

⁴ RFV (2004).

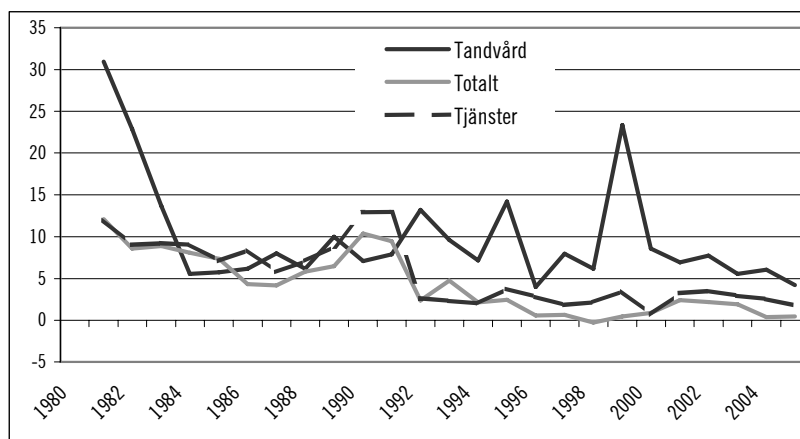
⁵ *ibid.*

⁶ Konkurrensverket (2004).

Konsumentprisindex (KPI) mäter de priser som konsumenterna möter. Som framgår av figur 5.1 har tandvård under de flesta år sedan 1981 haft en högre prisökningstakt jämfört med den genomsnittliga prisökningstakten. Den höga prisökningstakten 1981 och 1982 förklaras av en uppskrivning av taxan 1981 och minskade subventioner 1981–1982.

När ökningstakten i KPI totalt och för tjänster under 1990-talet växlade ner i och med det nya inflationsmålet tycks KPI för tandvård inte ha följt med i samma utsträckning. Under början av 1990-talet minskade statens subventioner av tandvård och därmed ökade priserna för patienterna. Efter att den statliga prisregleringen för tandvårdsmarknaden avskaffades från den 1 januari 1999 steg patientpriserna kraftigt det första året. Under 1999 steg de, enligt SCB, med 23 procent. Prisökningstakten har därefter fortsatt att ligga över KPI totalt och även KPI för tjänster, men har minskat. För hela perioden 1998-2005 har prisökningen för tandvård varit 80 procent medan den för totala KPI varit 9 procent och KPI för tjänster 20 procent. Efter den mycket höga ökningstakten 1999 finns en trend mot lägre prisökningstakt för tandvård mätt enligt KPI.

Figur 5.1 Årlig förändring av KPI för tandvård, totalt och för tjänster, procent, 1981–2005



Källor: Riksbanken, SCB samt egna beräkningar.

5.2 Analys av prisutvecklingen

I detta avsnitt analyseras vårdgivarnas pris. När man studerar prisutvecklingen på en marknad så är enligt den enklaste modellen:

Förändring i pris = Förändring i pris på produktionsfaktorer – Förändring i produktivitet + Förändring av vinst

Med hjälp av denna enkla uppställning går det att analysera utvecklingen av vårdgivarnas pris på tandvård. Huvudfrågan är om vårdgivarna använt sin starka ställning gentemot patienten för att tillskansa sig orimligt höga ersättningar. Om det förekommer orimligt höga ersättningar kan dessa tas ut antingen i form av pengar eller i form av minskad arbetsbelastning, exempelvis färre patienter per arbetsvecka.

5.2.1 Produktionsfaktorer

För tandvård är den huvudsakliga insatsvaran arbete, 75 procent av kostnaden för tandvård uppges vara personalkostnader.⁷ Lönerna för en yrkesgrupp bestäms i huvudsak av utbudet och efterfrågan på denna. Socialstyrelsen bedömer att arbetsmarknaden för tandläkare är i obalans i och med att efterfrågan överstiger utbudet.⁸ För tandhygienister anser Socialstyrelsen att marknaden är i balans. Arbetslösheten bland tandläkare är mycket låg, enligt Socialstyrelsens undersökning under 1 procent. Den är något högre bland tandhygienister men fortfarande låg jämfört med de flesta andra yrken. Eftersom såväl tandläkare som tandhygienister är legitimationsyrken är det svårt att snabbt öka det inhemska arbetsutbudet.

Enligt SCB:s strukturlönestatistik har lönerna för dem som är utbildade till tandläkare och tandhygienister under perioden 1995 till 2004 ökat med totalt 56 respektive 47 procent (figur 5.2).⁹ Denna ökning är ungefär lika stor som för många andra yrkesgrupper, exempelvis dem som är utbildade till läkare. Enligt SKL har lönerna för tandläkare och tandhygienister i landstingen ökat med 50–60 respektive 50 procent mellan 1995 och 2004. Den totala ökningen av lönerna för tjänstemän i privat sektor har mellan åren 1995 och 2004 varit 48 procent.¹⁰ Tandläkare har under denna

⁷ Sveriges Kommuner och Landsting (2006a).

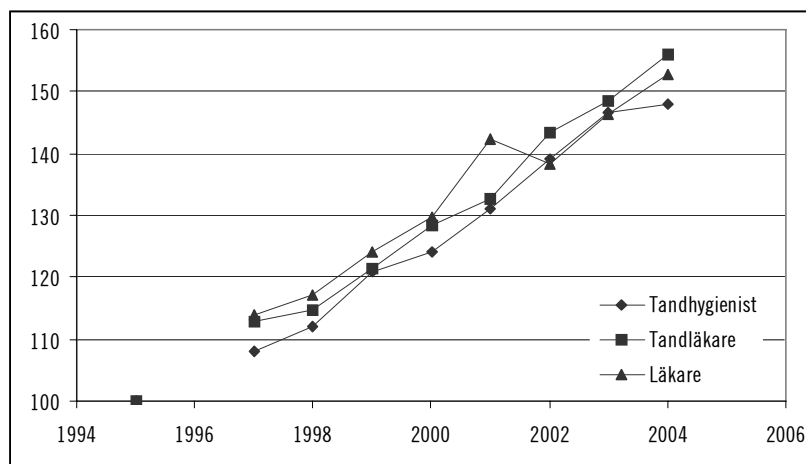
⁸ Socialstyrelsen (2006d).

⁹ Det går att få denna statistik från 1995 men inte för 1996.

¹⁰ Denna statistik är inte strukturrensad, vilket innebär att sammansättningsförändringar kan påverka förändringstakten.

period således, enligt SCB:s strukturlönestatistik, haft en löneökningstakt per år som legat cirka en halv procentenhet högre än genomsnittet för tjänstemän i privat sektor.

Figur 5.2 Utvecklingen av medellönen för de som är utbildade till tandhygienist, tandläkare respektive läkare 1995–2004. Index 1995=100¹¹



Källor: SCB:s lönestatistisk årsbok, 1995–2003, SCB samt egna beräkningar.

På den svenska arbetsmarknaden steg under 1980-talet lönerna snabbt i nominella tal men för de flesta mycket lite i reala termer. Efter övergången till låg inflation i mitten av 1990-talet har reallönerna ökat kraftigt för de flesta grupper, särskilt för vissa tjänstemannagrupper. Löneökningar innebär ökade kostnader i produktionen som antingen måste finansieras av höjda konsumentpriser, sänkta vinster eller ökad produktivitet. Det har under 1990-talet skett ett skifte uppåt i produktivitetstillväxten, vilket har möjliggjort stigande reallöner kombinerat med låg prisökningstakt totalt sett.

Löneökningstakten för tandvårdspersonal i Sverige påverkas av den internationella rörligheten av arbetskraft. Svenska tandläkare har under 1990-talet uppvisat en relativt hög internationell rörlighet. Det har framförallt handlat om migration till Storbritannien

¹¹ Det är viktigt att påpeka att figuren visar lönen för dem som är utbildade till tandläkare och inte för dem som arbetar som tandläkare. Egna företagare finns med i statistiken. Deltidslöner har räknats upp till heltidslöner och endast de mellan 18 och 65 år finns med i statistiken. Bara de med känd arbetstid finns med. År 2003 fanns 5 600 personer med utbildning till tandläkare mellan 18 och 65 år enligt denna statistik.

och Norge. Den svenska tandläkarsammanslutningen i England, Swedish Dental Society of England, uppgav för maj 2002 att 847 svenska tandläkare var yrkesverksamma där.¹² Migrationen av svenska tandläkare har dock minskat de senaste åren i och med att arbetsmarknaden för tandläkare förbättrats i Sverige. Istället har migrationen av tandläkare in i Sverige ökat, framförallt från Polen och Tyskland. Nettomigrationen var under mitten av 1990-talet negativ men den har därefter gått mot noll eller överskott under de första åren på 2000-talet.

5.2.2 Produktivitet

Det finns inga, av utredningen, kända undersökningar av produktivitetsutvecklingen i tandvårdssektorn. Enligt Nationalräkenskaperna har den bransch privat tandvård ingår i, Utbildnings-, hälso- och sjukvårdsföretag¹³, haft en oförändrad produktivitet åren 1996 till 2004. Tandvård utgör dock endast omkring en tiondel av omsättningen i denna bransch.

Det finns många likheter i produktionen av tandvård och sjukvård. SKL har genomfört ett omfattande arbete för att mäta produktiviteten inom sjukvården. Detta görs genom att använda data som klassificerar olika sjukdomar beroende på hur resurskrävande de är. SKL:s mätningar med denna metod liksom studier för andra länder visar på en låg eller sjunkande produktivitetstillväxt för sjukvård.¹⁴ Utredningen anser att erfarenheterna för sjukvård tyder på att det är rimligt att anta en relativ låg eller sjunkande produktivitetstillväxt även för tandvård.

Utredningen anser att prisskillnaderna mellan olika vårdgivare tyder på att det finns ett utrymme för att effektivisera många verksamheter och därigenom minska kostnaderna.

¹² SOU 2002:53.

¹³ SNI-kod 80–95.

¹⁴ Sveriges Kommuner och Landsting (2005) samt Atkinson review (2005).

5.2.3 Vinster

Om vårdgivarna kunnat använda sin starka ställning gentemot patienten för att ta ut onormalt höga ersättningar borde detta synas i antingen högre löner eller högre vinster. Som visats ovan har tandvårdspersonalen inte haft uppseendeväckande höga löneökningar mellan 1995 och 2004. Enligt SCB:s företagsstatistik så hade företagen inom näringsgrenen för tandvård en högre rörelsemarginal¹⁵ än näringslivet i stort (tabell 5.2). Rörelsemarginalen tycks ha ökat efter 1999 men var även 1997 och 1998 på en högre nivå än i övriga näringslivet. Rörelsemarginalen är starkt beroende av vilken typ av produktion det handlar om. Det är därför viktigt att vara försiktig i jämförelser av rörelsemarginalen mellan sektorer. Då det är stora variationer mellan åren är det svårt att se en tydlig trend.

Tabell 5.2 Rörelsemarginal, procent, 1997–2003

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	1997–2003	1999–2003
Tandvård	5,9	9,5	11,0	8,6	6,5	7,0	13,2	8,8	9,2
Näringslivet	6,5	6,3	5,9	6,5	4,7	4,7	5,6	5,7	5,5

Källa: SCB samt egna beräkningar.

En tänkbar förklaring till de ökade vinsterna inom tandvårdssektorn är att de tidigare var allt för låga. När marknaden prisreglerades 1974 sattes de reglerade priserna på en relativt hög nivå, dvs. de flesta vårdgivare fick till följd av prisregleringen möjlighet att höja sina priser.¹⁶ Uppskrivningen av de reglerade priserna skulle vara baserad på kostnadsökningarna i produktionen av tandvård. Vårdgivarna menade dock att priserna skrevs upp i en allt för långsam takt och därmed innebar en låg lönsamhet.

Såväl Privattandläkarna som SKL menar att 1998 års prisnivå inte avspeglade kostnaderna för att producera tandvård. Om vårdgivarna inte kunde få en rimlig vinstnivå så var priserna för låga. Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 menade att arvodesnivån innan avregleringen inte avspeglade de verkliga kostnaderna för väl anpassade lokaler, välutbildad personal och god arbetsmiljö.¹⁷ Konkurrensverket anser dock inte att den kraftiga prisökningen

¹⁵ Rörelsemarginalen visar rörelseresultatet som andel av omsättningen.

¹⁶ Brinck (2004).

¹⁷ SOU 2002:53.

åren närmast efter slopandet av prisregleringen kan förklaras av att det fanns ett uppdämt behov av investeringar och kompetensutveckling.¹⁸ Dessa utgör nämligen en relativt liten del av kostnaderna inom tandvården, exempelvis cirka 6 procent av Praktiker-tjänsts omsättning år 2002.

5.2.4 Orsakerna till prisökningen

Informationen om prisutvecklingen efter att prissättningen släpptes fri 1999 är bristfällig. Ökningen i vårdgivarnas priser har varit kraftig men det är svårt att säga exakt hur stor. Enligt SKL ökade folktandvårdens priser med 71 procent mellan januari 1998 och januari 2006. Patientpriserna har ökat mindre till följd av att det 1999 och 2002 infördes ökade statliga subventioner för vissa åtgärder.

De stora prisökningarna behöver inte nödvändigtvis innebära att vårdgivarnas priser ökat för mycket. Priset på en vara skall avspegla kostnaden för att producera denna. Det finns tre tänkbara huvudförklaringar till utvecklingen av vårdgivarnas priser från 1999:

1. De reglerade priserna var på en allt för låg nivå – när prissättningen släpptes fri så anpassades priserna till de verkliga kostnaderna.
2. Kostnaderna för att producera tandvård har ökat kraftigt.
3. Vårdgivarna har använt sin starka ställning gentemot patienten till att ta ut orimligt höga ersättningar.

Utredningen menar att det inte är klarlagt huruvida det fanns ett uppdämt behov av prisökningar vid avregleringen 1999. De kraftiga ökningarna av priserna de första två åren tyder på detta men det är svårt att belägga i siffror hur stort detta uppdämnda behov skulle ha varit. Att priserna därefter har ökat snabbare än i totala ekonomin kan i huvudsak förklaras av att lönekostnadsökningarna för tandvård slagit igenom på priset. Löneökningarna i tandvårdssektorn, är med tanke på arbetsmarknadsläget för tandläkare och tandhygienister, inte anmärkningsvärda. Det är svårt att med tillgänglig information dra några klara slutsatser om vinstnivåerna i tandvårdsbranschen.

¹⁸ Konkurrensverket (2004).

En tolkning av prisutvecklingen på tandvård är att det fanns ett högt effektiviseringsstryck på tandvårdssektorn så länge det fanns en prisreglering som inte medgav kostnadsökningar. När prisregleringen försvann kunde vårdgivarna övervältra kostnaderna på patienterna istället för att fortlöpande effektivisera verksamheten. En annan tänkbar förklaring till prisökningarna efter 1998 är att landstingens subvention av folktandvårdens vuxentandvård minskade – en övergång till självfinansiering gav högre priser. Att folktandvården inte längre kompenseras för ingående moms är en form av subvention som minskat.

Utredningen anser att det är svårt att säkert avgöra orsakerna till de kraftigt ökade priserna mellan åren 1998 och 2005. Utredningen menar dock att huvuddelen av prisökningen kan förklaras av att kostnaderna för att producera tandvård har ökat men också att det skedde en nödvändig anpassning från de tidigare reglerade priserna. Det är dock ännu inte säkerställt om detta kan förklara hela prisökningen eller om vårdgivarna kunnat använda sin starka ställning gentemot patienten för att ta ut orimligt höga ersättningar.

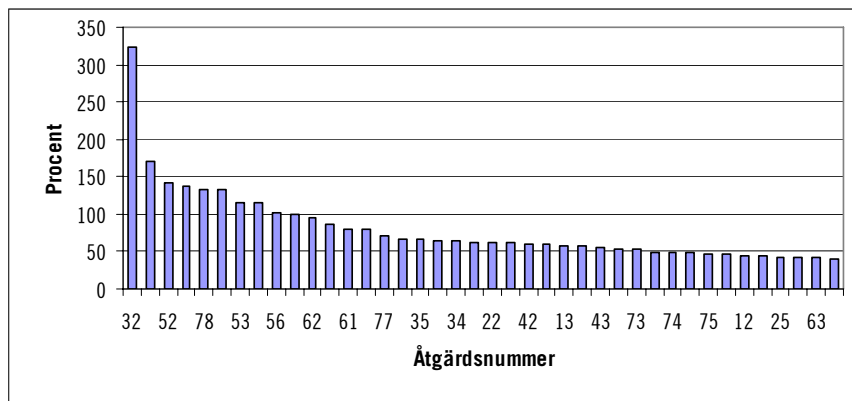
Prisökningstakten på tandvård har minskat betydligt de senaste åren. På grund av att tandvård är en personalintensiv verksamhet är det emellertid troligt att ökningstakten även i framtiden kommer att vara högre än i många andra sektorer. Därtill kan en brist på tandläkare pressa upp löneökningstakten för denna grupp, ett ökat utbud av tandhygienister kan dock motverka en sådan utveckling. En ökad internationell konkurrens på tandvårdsmarknaden kommer troligtvis att verka dämpande på prisutvecklingen, detta förutsatt att omfattningen av patient- och personalrörlighet över gränserna ökar.

5.3 Prisutvecklingen för olika åtgärder

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

Skillnaden i ökningstakt mellan olika åtgärder är stor, som visas i figur 5.3. Den klart högsta prisökningstakten har åtgärd 32 (tanduttagning, varje ytterligare inom samma kvadrant och vid samma behandlingstillfälle) haft medan åtgärd 11 (undersökning) haft den lägsta prisökningen under perioden 1998 till 2006. Åtgärderna inom grupp 3 (Oralkirurgi) och 5 (Konserverande behandling) har haft de generellt högsta prisökningarna medan grupperna 1 (Undersökningar), 2 (Förebyggande åtgärder) och 4 (Pulpakirurgi) haft de generellt lägsta prisökningarna.

Figur 5.3 Prisökning per åtgärd 1998–2006, procent



Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2006a), egna beräkningar.

5.3.1 Orsaker till prisskillnaderna per åtgärd

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

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

Priserna i den reglerade tandvårdstaxan härrörde från en tidsstudie som gjordes i början av 1970-talet. Även om vissa förändringar gjorts över tiden så gjordes det inga större förändringar av relationerna mellan olika åtgärder från mitten av 1980-talet. Den tekniska och odontologiska utvecklingen kan därför ha inneburit att de

relativa kostnaderna för att utföra olika åtgärder förändrats över tiden. Med den fria prissättningen kan det därmed ha skett en anpassning till mer rimliga relationer.

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

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

Försäkringskassan har undersökt skillnaderna i materialpriser inom privattandvården 2005.¹⁹ Man fann stora skillnader i såväl vårdgivarpriserna för gjut- och ädelmetaller samt titankomponenter. Försäkringskassan har föreslagit sänkta ersättningar för titankomponenter i implantatbehandlingar eftersom man menar att priserna på den internationella marknaden sjunkit.²⁰ Bland de åtgärder som ökat mest i pris finns relativt få åtgärder där inslaget av material är relativt stort. Det förefaller därmed som eventuella prisökningarna på material inte kan förklara de skilda prisökningarna på olika åtgärder.

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

En hypotes är att priserna höjts mest där det känns minst, dvs. på åtgärder med ett relativt lågt pris. Figur 5.4 visar att det inte finns någon tydlig samvariation mellan prisnivån 1998 och ökningstakten fram till 2006.²¹ Intressant är dock att det är åtgärder med relativt lågt pris som haft prisökningar över 80 procent, men det finns även åtgärder med relativt lågt pris som haft en relativt låg prisökningstakt. Utredningen menar därmed att vårdgivarna inte kan sägas ha höjt priserna mest varken för relativt billiga eller för relativt dyra åtgärder. Här är det viktigt att beakta att vissa

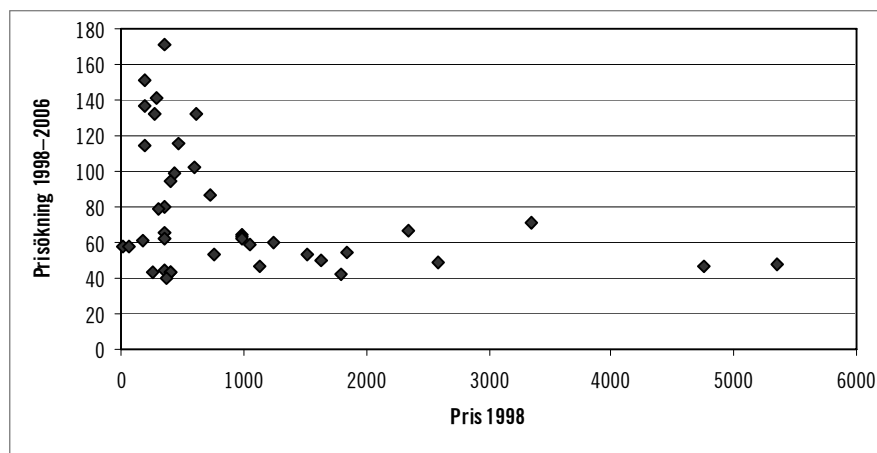
¹⁹ Försäkringskassan (2005b).

²⁰ Försäkringskassan (2006a).

²¹ Åtgärd 32 har i figuren exkluderats eftersom prisökningstakten varit väldigt hög.

implantatbehandlingar som är relativt dyra inte finns med i SKL:s statistik.

Figur 5.4 Prisökning i landstingen 1998–2006 samt priset 1998, per åtgärd

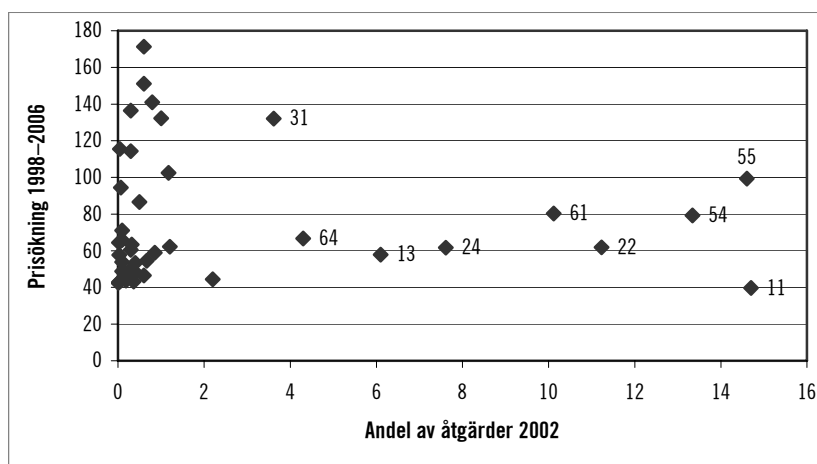


Källa: SKL (2006a) samt egna beräkningar.

En annan tänkbar hypotes är att landstingen höjt priserna mest på de åtgärder som patienterna sällan har behov av att få utförda. Figur 5.5 visar samvariationen mellan hur vanligt förekommande en åtgärd är och prisökningen.²² Inte heller här finns det något tydligt mönster. De högsta prisökningarna har skett för relativt sällan förekommande åtgärder men i denna grupp finns även åtgärder som haft en relativt låg prisökningstakt. Det är här viktigt att komma ihåg att en relativt liten prisökning på en åtgärd som utförs ofta kan ge en större intäktsökning än en relativt stor prisökning på en åtgärd som utförs sällan.

²² Åtgärd 32 har i figuren exkluderats eftersom prisökningstakten varit väldigt hög.

Figur 5.5 Prisökning i landstingen 1998-2006 samt andel av åtgärder 2002, per åtgärd



Källa: SKL (2006a) samt egna beräkningar.

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

5.3.2 Prisutveckling hos olika vårdgivare

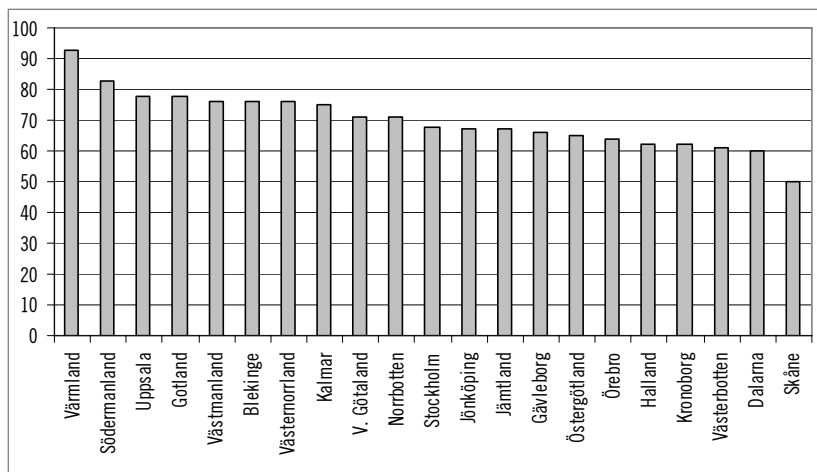
Detta avsnitt behandlar främst prisutvecklingen i olika landsting men också landstingens påverkan på de privata vårdgivarnas priser.

Fram till 1999 hade landstingen samma priser men efter prissättningen släpptes fri har priserna ökat olika mycket i landstingen. Om samma vikter används för de enskilda landstingen som används för landstingen totalt så skiljer sig prisökningen mellan olika landsting sig åt mellan 50 och drygt 90 procent (figur 5.6). I 16 av 21 landsting ligger prisökningen mellan 60 och 75 procent.

SKL anser att de angivna värdena är ett uttryck för den ungefärliga, men inte exakta, nivån på prisökningarna inom respektive landsting. De pekar på att det finns en viss osäkerhet i beräk-

ningarna. Detta eftersom det används samma vikter, svårigheten att ta hänsyn till latituder och att alla landsting inte uppnår kostnads-täckning under enskilda år.

Figur 5.6 Total prisökning i landstingen 1998–2006, procent

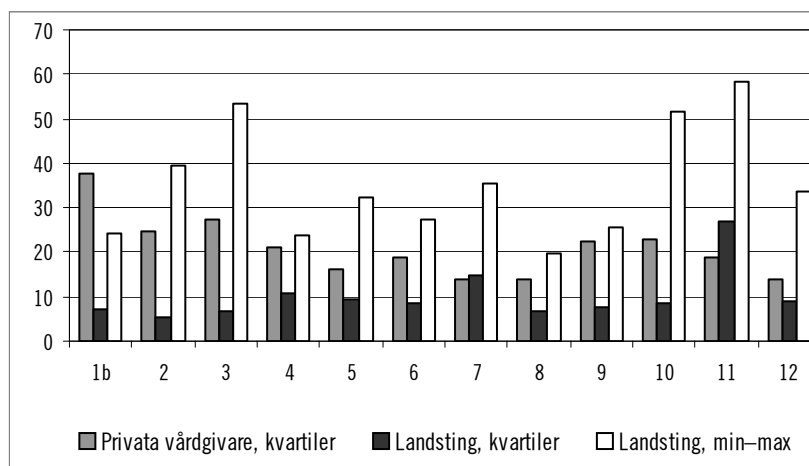


Källa: Sveriges Kommuner och Landsting (2006b).

Försäkringskassan redovisar prisskillnader mellan olika vårdgivare i både privat och offentlig regi.²³ Med hjälp av redovisningen av priset för olika behandlingspaket går det att ge en grov bild av prisskillnaderna. Figur 5.7 visar att skillnaden mellan första och tredje kvartilen är högre för de privata vårdgivarna än för landstingen. Till viss del är denna skillnad en följd av att det bara finns 21 landsting. Om man istället tittar på ytterfallen av landstingen så är skillnaden betydande. Försäkringskassans slutsats är att prisskillnaden mellan merparten av vårdgivarna är relativt liten.

²³ Försäkringskassan (2005a).

Figur 5.7 Procentuell skillnad mellan högsta och lägsta patientpris för olika behandlingspaket för åldrarna 30–64 år, maj 2005



Källa: Försäkringskassan (2005a) samt egna beräkningar.

RFV och Försäkringskassan har undersökt prisutvecklingen för olika vårdgivare och finner att de privata vårdgivarnas priser generellt ökat mer än landstingens priser. RFV fann inget tydligt samband mellan landstingens och de privata vårdgivarnas prissättning i respektive län men i de flesta fall ligger de privata vårdgivarna över landstingens prisnivå.²⁴ Det finns tendenser till att landstingen skulle vara prisledande men det går inte att klargöra. Eriksson finner däremot i en studie att landstingens prissättning för olika behandlingspaket påverkar de privata vårdgivarnas priser och att landstingen därmed är prisstyrande.²⁵

Korrelationen mellan folktandvårdens och privattandvårdens priser i hela landet var 2003 relativt svag men signifikant positiv för sju av de tio undersökta behandlingspaketen.²⁶ Den var högre än i riket i storstadslänen men framförallt i mellersta- och övre Norrland. Konkurrensverket menar att RFV:s undersökningar visar att det finns en viss priskonkurrens på marknaden eftersom de privata vårdgivarna inte kan agera helt oberoende av folktandvården.

²⁴ RFV (2004).

²⁵ Eriksson (2004).

²⁶ Konkurrensverket (2004).

5.3.3 Orsaker till prisskillnaderna mellan olika vårdgivare

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

Utredningen bedömer dock att dessa faktorer knappast kan förklara de stora skillnaderna i prisökningstakt över en så pass lång tidsperiod som åtta år. Investeringarna utgjorde under perioden 1999 till 2004, enligt SKL:s statistik, 4–5 procent av nettokostnaderna för tandvård.²⁷ Utgifterna för kompetensutveckling kan knappast vara så höga att de på lång sikt kan skapa så stora prisskillnader mellan olika landsting.

RFV har analyserat prisskillnaderna mellan olika åtgärder hos landstingen år 2004.²⁸ Skillnaden mellan det dyraste och det billigaste landstinget var för olika åtgärder i genomsnitt 25 procent. Vilket landsting som är dyrast respektive billigast varierar mellan olika åtgärder. RFV (2004) menade därför att det inte går att förklara skillnaden med exempelvis högre löner eller lokalkostnader.

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

Grönqvist har undersökt förekomsten av utbudsstyrd efterfrågan inom högkostnadsskyddet för äldre.²⁹ Hans resultat visar på förekomst av utbudsstyrd efterfrågan på ett av tre undersökta fall. Det går därmed inte att utifrån hans undersökning dra några tydliga slutsatser om utbudsstyrd efterfrågan inom 65+.

²⁷ Statistik om hälso- och sjukvård, olika år.

²⁸ RFV (2004).

²⁹ Grönqvist (2006).

Grönqvist har också undersökt om län med ett relativt stort antal tandläkare har högre priser än län med ett relativt litet antal tandläkare. Hans resultat ger ett visst stöd för denna hypotes. Tidigare studier visar på liknande resultat när det gäller sannolikheten att besöka tandläkare och tandvårdskonsumtionen.³⁰

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

5.4 Prisutvecklingen i Sverige relativt i omvärlden

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

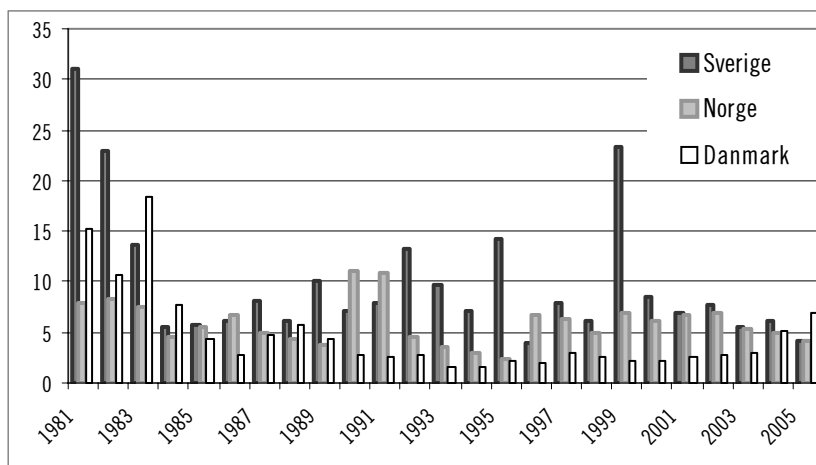
I detta avsnitt jämförs prisutvecklingen framförallt med Danmark och Norge men även med övriga EU-länder. Det finns i dessa länder stora skillnader rörande hur tandvårdsmarknaden är organiserad. Förändringar av den offentliga subventionsnivån får stort genomslag på KPI för tandvård.

Figur 5.8 visar den årliga prisökningstakten för tandvård för Danmark, Norge och Sverige för åren 1981 till 2005. Sett till hela denna tidsperiod har Sverige haft betydligt högre prisökningstakt än de övriga länderna, 930 procent mot 321 procent för Norge och 215 procent för Danmark. Detta beror framförallt på att prisökningarna under vissa år (1981-1983, 1992, 1995 och 1999) varit väldigt höga i Sverige.

³⁰ Olsson (1999).

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

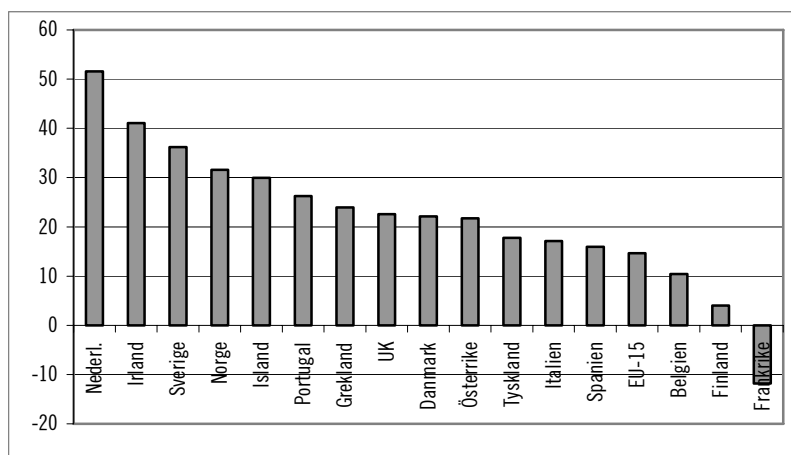
Figur 5.8 Årlig prisökning enligt KPI, tandvård, 1981–2005



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

För EU-15 finns data för en betydligt kortare period, från 2000. Figur 5.9 visar att Sverige under denna period varit ett av de länder som haft den högsta ökningen av KPI för tandvård. På grund av Frankrikes negativa prisökning samt Tysklands och Italiens relativa låga ökningstakter så hamnar EU-snittet lågt.

Figur 5.9 Ökning av KPI för tandvård 2000–2005, procent



Källa: Eurostat samt egna beräkningar.

5.5 Summering

Vårdgivarnas priser på tandvård ökade kraftigt efter att prissättningen släpptes fri 1999. Prisökningstakten har dock minskat betydligt de senaste åren. Utredningen anser att det är svårt att säkert avgöra orsakerna till de kraftigt ökade priserna mellan åren 1998 och 2005. Utredningen menar dock att huvuddelen av prisökningen kan förklaras av att kostnaderna för att producera tandvård har ökat men också att de tidigare reglerade priserna var på en för låg nivå. Det är dock ännu inte säkerställt om vårdgivarna också har kunnat använda sin starka ställning gentemot patienten för att ta ut höga ersättningar.

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

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

6 Marknaden för tandvård

I detta avsnitt redovisas en övergripande bild av hur marknaden för tandvård fungerar samt en teoretisk bakgrund och analys som grund för arbetet med utformning av det nya tandvårdsstödet. Därefter diskuteras vad som krävs för att tandvårdsmarknaden skall kunna fungera bättre. Vidare ges privata respektive offentliga vårdgivares syn på konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden.

6.1 Marknadsmislyckanden

En grundläggande idé inom ekonomiskt tänkande är att marknader med perfekt konkurrens är effektiva. Perfekt konkurrens skall ses som en teoretisk utgångspunkt och inte som ett mål som kan uppnås. Vid perfekt konkurrens på en marknad är det omöjligt att använda tillgängliga resurser mer effektivt. Mycket få, om några, marknader kan sägas ha perfekt konkurrens. Tandvårdsmarknaden är definitivt inte en av dem.

Marknader fungerar inte perfekt på grund av marknadsmislyckanden. Dessa kan t.ex. leda till lägre produktion och högre priser än vid en perfekt fungerande marknad. Marknadsmislyckanden innebär inte att marknaden inte har levererat effektivitet utan att den bästa tänkbara lösningen inte har åstadkommit. Det finns tre typer av marknadsmislyckanden: Externa effekter, asymmetrisk information och marknadsmakt.¹ De två senare är intressanta på tandvårdsmarknaden.

¹ Bergman (2002).

6.1.1 Ojämnt fördelad information

Om producenterna och konsumenterna inte har samma information om varan är informationen ojämnt (asymmetriskt) fördelad, vilket innebär att en part får ett övertag på marknaden. Det är tänkbart att köpare respektive säljare har mer eller mindre information om olika förhållanden på marknaden och att det därmed inte är uppenbart vem som har ett informationsövertag som helhet.

Tandvård är en marknad som karaktäriseras av förekomsten av asymmetrisk information. Patienten har betydligt mer information om sin upplevda hälsa och sina levnadsvanor medan producenten av tandvård har betydligt mer information om medicinsk diagnos och vilken som är den lämpliga behandlingen för olika besvär.

Patienten har generellt otillräcklig information om:

- priset och kvaliteten hos olika vårdgivare,
- vad det offentliga tandvårdsstödet täcker,
- vilken behandling patienten behöver och vilka behandlingsalternativ som finns,
- det förväntade priset och kvaliteten hos en specifik behandlingsmetod och
- kvaliteten på den vård som patienten får.

Även efter det att patienterna har fått en behandling är det svårt för dem att bedöma kvaliteten på det som utförts och huruvida lämpligt material använts. Bara avsaknad av smärta är inte nödvändigtvis ett tecken på en bra kvalitet. Å andra sidan kan patienten vara missnöjd med en behandling trots att den givit förväntat resultat ur medicinsk synpunkt.

Det är ofta svårt att definiera vilken som är den bästa behandlingen för en patient. Bland vårdgivarna skiljer sig synen på vilken som är den lämpliga behandlingen vid en viss diagnos åt. Det finns sällan bara en behandling som kan sägas vara objektivt rätt för en patient.

Enligt en undersökning från Forskningsgruppen för samhälls- och informationsstudier (FSI) är patienternas kunskaper kring sakförhållanden på marknaden dåliga.² Exempelvis känner knappt hälften av de tillfrågade till att det råder fri prissättning inom tandvården och ungefär lika många uppger att tandvård är ungefär lika dyrt oavsett vilken tandläkare man väljer.

² FSI (2005).

Oklarheter kring prisbilden på tandvårdsmarknaden härrör delvis från bristen på transparent information. Försäkringskassan har i en undersökning för 2005 visat att efterlevnaden hos vårdgivarna när det gäller bestämmelserna om prislistor var relativt låg.³ På bara 40 procent av de undersökta mottagningarna fanns prislistor på väl synlig plats.

Konsumenter har som regel kostnader för att hitta information om pris och kvalitet för de produkter och tjänster som olika producenter kan leverera, dessa kostnader kallas för transaktionskostnader. Ofta kan också kunden behöva spendera tid och kanske pengar på att ta reda på vilka faktiska behov hon eller han har. Det är i praktiken sällan möjligt eller åtminstone ekonomiskt rimligt att skaffa perfekt information om alla alternativ.

För en produkt som är så komplicerad som tandvård är det självklart att patienterna inte kan ha perfekt information om alla typer av tandproblem eller möjliga behandlingar. För att kunna agera som konsumenter behöver dock patienterna ett visst mått av information. Det finns idag stora brister när det gäller patienternas kunskaper om hur tandvårdsmarknaden fungerar och prisbilden på marknaden.

6.1.2 Marknadsmakt

En producent har marknadsmakt när det är möjligt att sätta ett högre pris än vid perfekt konkurrens. Ett pris högre än marginalkostnaden innebär att det på marknaden inte kommer att produceras den samhällsekonomiskt optimala kvantiteten. Det är inte givet att företag använder sin marknadsmakt för att tillskansa sig fördelar men om de vill maximera sin vinst så kommer de att göra det.

Graden av marknadsmakt för företagen på en marknad avgörs av hur känslig efterfrågan är för prisförändringar, marknadskoncentrationen och graden av samarbete.⁴ Den önskvärda nivån på konkurrensen är den som innebär att företag inte har någon marknadsmakt. I praktiken kommer dock detta vara omöjligt att uppnå. Frågan blir därför då hur mycket marknadsmakt som är acceptabel.

Vårdgivarna har av flera skäl betydande marknadsmakt på tandvårdsmarknaden. Även om det numera råder etableringsfrihet

³ Försäkringskassan (2006b).

⁴ Cabral (2000).

så länge behörighetskrav uppfylls så spelar detta mindre roll så länge patienterna är ovilliga att byta vårdgivare. Marknaden för tandvård karaktäriseras av låg patientörslighet mellan olika vårdgivare. Enligt en enkätundersökning från FSI så uppger cirka 80 procent av de som svarat att de brukar gå till samma tandläkare.⁵ Denna andel är högre bland dem som uppger att de går till tandläkaren minst en gång om året. Den absolut främsta orsaken till att man går till samma tandläkare uppges vara förtroendet för sin tandläkare (73 procent). Endast 2 procent av respondenterna uppger att de valt tandläkare efter pris. I och med att de flesta verkar välja vårdgivare baserat på förtroende snarare än pris har vårdgivarna marknadsstyrka när de väl har skapat ett förtroende.

Som beskrivits ovan har vårdgivarna ett informationsövertag på flera områden. Detta ger betydande marknadsstyrka på tandvårdsmarknaden. Det innebär att vårdgivarna kan styra patienternas efterfrågan på tandvårdsmarknaden och utgör därmed en betydande risk för överbehandling. På tandvårdsmarknaden träffar patienten emellertid ofta återkommande samma vårdgivare. Detta innebär att vårdgivaren måste beakta den framtida relationen vid sina möten med patienten. Därigenom ökar incitamenten att erbjuda en god behandling till ett rimligt pris. I samma riktning verkar givetvis att tandvårdspersonal har starka professionella normer.

Det är för en välfungerande marknad inte nödvändigt att alla konsumenter är välinformerade och aktiva utan det kan räcka om en minoritet är det.⁶ Därigenom blir det svårare för producenterna att utöva marknadsstyrka. Detta förutsatt att producenterna inte kan skilja ut de som inte är välinformerade och aktiva och prisdiskriminera dessa.

Enligt ovan nämnda undersökning från FSI så skulle bara ungefär hälften av respondenterna byta vårdgivare om det fanns en annan inom rimligt avstånd som tog ett lägre pris.⁷ Detta även om priset skulle vara mindre än hälften så högt. Detta kan återspegla att patienterna tillmäter förtroende ett högt värde och således är beredda att betala relativt mycket för att behålla samma vårdgivare.

⁵ FSI (2005).

⁶ Konkurrensverket (2004).

⁷ FSI (2005).

Den ökade rörligheten över gränserna

Tandvård har historiskt sett varit en marknad som varit skyddad från internationell konkurrens. För att kunna utföra tandvård så måste vårdgivare och patient träffas. Utländsk konkurrens inom tandvårdssektorn kan komma både från rörlighet av producenter och konsumenter. När det gäller påverkan på marknaden är det ingen skillnad på om patienten åker utomlands för att få vård eller om företag med utländsk personal etablerar sig i Sverige.

Eftersom Sverige är ett land med relativt höga löner finns tandläkare i andra länder med lägre löneläge. Det är därmed möjligt att både få tandvårdsbehandling billigare i ett annat land och att utländsk personal skulle kunna producera tandvård till ett lägre pris i Sverige.

På senare tid har vårdgivare med utländsk personal startat verksamhet i Sverige och svenskarnas benägenhet att konsumera tandvård utomlands ökat. Detta innebär att tandvård kunnat tillhandahållas billigare och därmed har utövat ett konkurrenstryck på de svenska vårdgivarna. Omfattningen av svenskarnas rörlighet för tandvård utomlands är hittills relativt liten och det finns få företag med utländsk personal som har en lägre lönekostnad än genomsnittet. Det är dock troligt att denna form av konkurrens kommer att öka i framtiden.

År 2006 var det enligt Försäkringskassan 1 109 personer som sökte ersättning för planerad tandvård utomlands. Detta utgör troligtvis inte samtliga som söker tandvård utomlands eftersom alla inte begär ersättning från Försäkringskassan.

Den mest omskrivna etableringen i Sverige år 2005 var CityDental som öppnade en mottagning i Stockholm. Företaget har priser som för många åtgärder ligger ungefär på halva nivån jämfört med Folktandvården i Stockholms län. De anställda tandläkarna är utländska och har lägre lönekostnad än genomsnittet i Sverige. CityDental uppger dock att företaget kan hålla låga priser även via stordriftsfördelar. Flera företag har planer på att öppna mottagningar med samma koncept på olika orter i Sverige.

6.2 Offentliga regleringar

Det offentliga använder olika typer av regleringar för att hantera problem som uppstår till följd av marknadsmisslyckanden. Om det offentliga skall försöka korrigera ett marknadsmisslyckande eller inte beror dels på marknadsmisslyckandets storlek, dels på ingripandets kostnader. Det finns ingen bransch i Sverige som helt saknar offentliga regleringar, exempelvis omfattar konkurrensrätten alla sektorer. Graden av reglering varierar dock från bransch till bransch. En stark form av reglering är olika typer av prisregleringar.

Det är oftast svårt att reglera marknadsförhållanden eftersom det finns ett antal problem med offentliga regleringar.⁸ Det främsta problemet är att det är svårt att utforma optimala regleringar, eftersom den som reglerar mycket sällan har lika god information som producenter och konsumenter.

Kostnaderna för en reglering kan delas upp i direkta och indirekta. De direkta kostnaderna är kostnader för formulering av regler, tillämpning av regler, övervakning och informationsinhämtning. Finansieringen av de direkta kostnaderna för en reglering kan, om det sker via beskattning, skapa effektivitetsförluster. De indirekta kostnaderna är betydligt svårare att beräkna men är antagligen större än de direkta kostnaderna. Det handlar främst om olika anpassningskostnader för producenter och konsumenter samt om effekterna på företagsamhet och teknisk utveckling.

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

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

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

⁸ SOU 2005:4, kapitel 11.

skall väljas. Om man utgår från dagens priser på olika åtgärder försvårar denna metod strukturella förändringar av priserna så länge inte olika delar räknas upp med olika index.

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

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

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

Om man prisreglerar en del av ett företags produktion kan det uppstå problem med korssubventionering, dvs. att en producent låter intäkter från en delmarknad gå till att täcka kostnaderna på en annan delmarknad. Vid en prisreglering kan det ske en subventionering av den prisreglerade eller den icke prisreglerade delmarknaderna beroende på konkurrenssituationen på de två delmarknaderna. Oavsett vilket stör det marknadens funktionssätt eftersom priset på ingen av delmarknaderna kommer att avspegla kostnaden. Därigenom snedvrids konkurrensen och konsumtionen.

6.3 Konkurrens mellan offentlig och privat tandvård

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

Folktandvårdens marknadsandel på den samlade tandvårdsmarknaden är ungefär 50 procent. För vuxentandvård var marknadsandelen 2002, beräknad utifrån patientavgifter respektive försäkringsavgifter, 31 respektive 34 procent.⁹ För barn och ungdomar svarade folktandvården för 91 procent av landstingens kostnader. Marknadsandelarna varierar dock geografiskt. Privata tandläkare finns främst i de större orterna medan folktandvården i andra områden har i det närmaste monopol på den lokala tandvårdsmarknaden.

Landstingen skall planera tandvården och erbjuda en god tandvård åt alla som är bosatta eller stadigvarande vistas inom respektive landsting, det så kallade befolkningsansvaret.¹⁰ De skall svara för den avgiftsfria tandvården för barn och ungdomar, specialisttandvård, övrig tandvård för den vuxna befolkningen i den omfattning som de bedömer som lämpligt och tandvård för särskilda grupper. Landstingen måste ta emot alla patienter, även de som är extremt kostnadskrävande. Det finns också krav på tillgänglighet avseende lokalisering, öppettider och lokalernas utformning.

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

Tandvården för barn och ungdomar skall vara avgiftsfri för patienten.¹¹ Landstingen skall svara för att avgiftsfri uppsökande verksamhet bedrivs på särskilda boenden för äldre och funktionshindrade personer m.m., samt att dessa personer erbjuds nödvändig tandvård mot vårdavgifter som motsvarar dem som gäller för den öppna hälso- och sjukvård.

⁹ Konkurrensverket (2004).

¹⁰ Tandvårdslagen (1985:125).

¹¹ Landstingen kan dock ta ut en avgift om patienten på begäran ges en behandling som inte anses nödvändig.

Enligt kommunallagen¹² skall självkostnadsprincipen råda när det gäller folktandvårdens tandvårdstaxa. Denna innebär att avgiften skall svara mot kostnaden för den tjänst som folktandvården tillhandahåller. Landstingen har dock olika principer för sin prissättning av olika åtgärder. Vissa korssubventionerar mellan olika typer av åtgärder medan andra har kostnadsbaserade priser för varje åtgärd. I Konkurrensverkets enkät för 2003 uppgav de flesta landstingen att de tillämpade principen om full kostnadstäckning för varje åtgärd i allmäntandvården för vuxna.

Såväl SKL som Privattandläkarna har fått möjlighet att till utredningen inkomma med synpunkter på konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden mellan den offentliga och privata sektorn. Nedan återges deras synpunkter. Utredningen har inte gjort någon bedömning av rimligheten i dessa. Konkurrensfrågorna behandlas dock utförligt i avsnitt 17 och 20.

SKL har uppgett följande:

- Folktandvården kan missgynnas av att vara en del av landstingen eftersom verksamheten inordnas under förutsättningar som kan vara optimala totalt sett men inte för folktandvården. Det handlar om allt från allt för stora lokaler till att planeringsprocessen kräver tid och resurser. Därtill måste folktandvården följa landstingens generella personal- och lönepolitik, vilket begränsar möjligheterna att anpassa dessa efter folktandvårdens behov och efter vad en eventuell konkurrenssituation föranleder.
- Folktandvården måste, till skillnad från den privata tandvården, uppfylla andra krav på tillgänglighet. I detta ligger att man måste svara för tandvård i t.ex. glesbygd där kundunderlaget inte är tillräckligt för att kostnader och intäkter skall gå ihop. Vidare måste man svara för öppethållande året runt och att det finns jourtandvård. Folktandvården måste även se till att lokalerna är anpassade för funktionshindrade.
- Folktandvården rekryterar och utbildar i normalfallet övervägande delen av tandvårdspersonalen. Det gäller tandläkare inklusive specialister, tandhygienister och tandsköterskor. De privata vårdgivarna rekryterar i sin tur normalt sin personal ur folktandvårdens personalstyrka. Detta innebär att folktandvården på ett annat sätt måste bedriva ett kontinuerligt

¹² Kommunallagen (1991:900).

rekryteringsarbete, inklusive introduktion och utbildning av nyutbildad personal som saknar tillräcklig klinisk erfarenhet.

- De privata vårdgivarna kan till skillnad från folktandvården välja bort vissa patienter eller viss tandvård.
- Det finns en konkurrensnackdel i att man inom ett landsting inte kan ha olika priser på olika orter, vilket privattandläkarna kan.
- Privattandläkarna har en fördel i att de friare kan disponera överskott mellan verksamhetsår.
- Att vara stor kan ge fördelar när det gäller att få bättre priser av leverantörer men kan också skapa problem när det gäller att hitta leverantörer som klarar så stora volymer. Det kan också finnas stordriftsfördelar vad gäller lokalutnyttjande och utveckling.
- I viss utsträckning kan folktandvården ha en fördel av att vara dominerande vad gäller barn- och ungdomstandvården. Det kan innebära att många väljer att vara kvar som patienter även efter att man lämnat den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården.
- Landstingen kan till skillnad från privata vårdgivare få tillbaka ett schablonmässigt belopp från kommunkontosystemet motsvarande ingående moms. Samtliga landsting uppger att man nu hanterar återbetalningen på ett konkurrensneutralt sätt. Detta innebär att folktandvården inte skall tillgodogöras den återbetalade mervärdesskatten.

Privattandläkarna har uppgett följande:

- Än i dag finns det anledning att tro att det inom vissa landsting återförs moms som har koppling till konkurrensutsatt verksamhet. Grundproblematiken med olika regler för mervärdesskatt. Om momsfrågan skulle få en formell lösning skulle varje misstanke om snedvridning kopplat till moms kunna avskrivas. Innan denna lösning är på plats är momsfrågan att betrakta som något som snedvrider konkurrensen.
- Det finns stora brister i särredovisningen av folktandvården och transparensen i den tillgängliga redovisningen. Landstingen kan eller vill inte särredovisa kostnader och intäkter för respektive verksamhetsområde inom tandvården, dvs. barn- och ungdomstandvård, abonnemangstandvård, vuxentandvård och specialisttandvård. Detta skapar problem vid en jämförelse mellan offentlig och privat tandvård och skapar också problem

vid prissättning. Förklaringarna till bristerna i särredovisning är sannolikt flera. En huvudförklaring är att folktandvården har en verksamhet som är blandad. Å ena sidan bedrivs folktandvården i klassisk förvaltningsform, dvs. med fastställd budget, anpassning till landstings ekonomisystem etc. Å andra sidan skall folktandvården agera som en aktör på en konkurrensutsatt marknad. Att kombinera dessa två ”roller” kan naturligtvis vara svårt men ursäktar inte grundläggande krav på särredovisning och marknadsmässighet i den ekonomiska hanteringen.

- Landstingsersättningen till folktandvården för folktandvårdsspecifika kostnader handlar om mångmiljonbelopp och är därför ett, ur konkurrenssynpunkt, intressant område. Privattandläkarnas uppfattning är att det förekommer subventioner i inte obetydlig omfattning.
- Ett landsting kan för folktandvården välja att avskrika ett uppkommet underskott efter ett verksamhetsår eller att låta folktandvården medföra uppkomna underskott in i nästkommande verksamhetsår. Det kan därmed vara möjligt för ett landsting att på andra sätt hämta in ett av folktandvården orsakat underskott inom andra verksamheter eller via intäktsökningar, exempelvis skattehöjningar. Omvänt kan ett överskott inom folktandvården intecknas för annan verksamhet inom ett landsting och därmed ”förlorar” folktandvården möjlighet att medföra överskott.
- Förutom, att i första hand vara ett system för friska patienter, bidrar abonnemangstandvården till att komplicera särredovisningen. Också denna del av tandvården bör särredovisas för att utröna om systemet är självbärande. Risken finns att vanlig vuxentandvård (per åtgärd) finansierar abonnemangstandvården eller vice versa, dvs. korssubventionering mellan två ”system”. Enligt de uppgifter Privattandläkarna har tas prissättningen fram genom s.k. skuggdebitering. Det betyder att premierna är satta efter den vanliga prislistan. Om den prislistan inte har en tillräckligt hållbar grund, dvs. en bra särredovisning och kostnadstäckning, överförs felaktigheter också till nivån på premierna.

Möjligheterna att närmare analysera konkurrensförhållandena mellan privata och offentliga aktörer på tandvårdsmarknaden försvåras av att transparensen i landstingens redovisning av folktandvårdens intäkter och kostnader är för låg. Innan redovisningen blir tydligare

är det mycket svårt att uttala sig om konkurrensförhållandena. Utredningen anser därför att tydligheten i landstingens bokföring bör öka. Även Konkurrensverket har fört fram detta förslag.¹³

6.4 Summering

Tandvårdsmarknaden är långt ifrån en perfekt fungerande marknad. Det finns betydande marknadsmisslyckanden till följd av marknadsmakt och ojämnt fördelad information. Dessutom skulle staten vid en tandvårdsreform ytterligare öka sin finansieringsandel av de totala tandvårdskostnaderna. Båda dessa faktorer talar för offentliga regleringar i syfte att förbättra tandvårdsmarknadens funktionssätt och för det offentliga att noga övervaka marknaden.

Utredningen anser att ökade subventioner av tandvårdskostnaderna bör bli subventioner av patienternas priser och inte av producenterna. Subventionen skall innebära ett lägre pris för patienten än det varit utan en subvention. Utan en mer välfungerande marknad finns en risk för att en ökad offentlig subvention istället blir kostnadsdrivande.

Att huvuddelen av prisutvecklingen kan förklaras av ökade kostnader och ett uppdämt behov av prisökningar innebär att prisutvecklingen inte självklart kan tas som intäkt för behov av ökad reglering. Tandvårdsmarknaden fungerar inte perfekt men det är få marknader som gör det. Som beskrivits ovan är det svårt att reglera en marknad till effektivitet. Regleringar är ett substitut för väl fungerande konkurrens. Ambitionen bör så långt som möjligt vara att stimulera en naturlig utveckling av marknadens funktionsätt. Mot en sådan bakgrund finns det starka argument mot att använda någon form av prisreglering för att hantera marknadsmisslyckandena. Huvudalternativet bör istället vara att skapa mer välfungerande marknader.

Mer aktiva och medvetna patienter är en stor potential för en bättre fungerande marknad. Studier visar att patienterna på tandvårdsmarknaden är inaktiva och saknar information om förhållandena på marknaden. Därför behövs det åtgärder för att förbättra patienternas kunskaper om tandvårdsmarknaden. Det kan räcka om en minoritet av patienterna är aktiva, förutsatt att deras rörlighet utövar ett tillräckligt tryck på vårdgivarna.¹⁴

¹³ Konkurrensverket (2004).

¹⁴ Konkurrensverket (2004).

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

7 Modeller för ersättning av tandvård

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

7.1 Inledning

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

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

Incitamenten för såväl patienter som vårdgivare påverkas av hur ersättningssystemet ser ut. Det finns ett antal problem som kan uppstå i olika ersättningssystem. De angivna problemen uppstår i olika grad i de skilda ersättningssystemen, vilket beskrivs närmare i de följande avsnitten.

- Moralisk hasard – Om patienterna inte själva betalar den fulla kostnaden för sin tandvård skapas incitament för patienterna att överkonsumera vård. Ju mindre de betalar själva desto mindre måste patienterna känna konsekvenserna av sina handlingar och deras beteende kan därmed förändras. Hur stort

detta problem är avgörs av hur mycket efterfrågan påverkas av ett förändrat pris.

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

7.2 Fast lön

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

7.3 Styckeprisersättning

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

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

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

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

¹ Grytten (2005).

² Robinson m.fl. (2004).

genom exempelvis bättre tillgång på opartisk information. Ett tänkbart alternativ för att hantera vårdgivarnas makt över prissättningen är någon form av prisreglering, se avsnitt 6.

7.4 Ersättning per patient (capitation)

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

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

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

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

En enskild vårdgivare har idag i genomsnitt 1 000–1 500 patienter. Detta innebär att förekomsten av större vårdbehov kan slå hårt mot en vårdgivares ekonomi om denne endast får ett enhetligt fast belopp per patient. En liten andel av befolkningen har mycket höga kostnader, 0,7 procent har en vårdkostnad över

³ Grytten (2005).

⁴ Johansson m.fl. (2006).

40 000 kronor, genomsnittskostnaden är i denna grupp ca 70 000 kronor. En enskild vårdgivare skulle därmed påverkas mycket ekonomiskt av att få ett fåtal fler högkostnadspatienter. Om en enskild vårdgivare har tio istället för sju sådana högkostnadspatienter skulle det innebära en ökad kostnad på 200 000 kronor.

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

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

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

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

⁵ Grytten (2005).

Tabell 7.1 Olika former av capitation

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

7.5 Olika ersättningssystem i praktiken

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

7.5.1 Ersättningssystem i olika länder

Olika länder har olika system när det gäller att via försäkringslösningar minska osäkerheten i invånarnas tandvårdsutgifter. Det kan sägas finnas två huvudmodeller, de som är baserade på det offentliga och de som är baserade på obligatoriska försäkringar i icke-offentliga institutioner (tabell 7.2). En annan skiljelinje mellan olika ersättningssystem går mellan universella och selektiva tandvårdsstöd.

Tabell 7.2 Ersättningssystem i olika länder

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

Källa: Dental Liaison Committee (2004).

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

Brittiska Denplan och NHS⁶

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

Denplan har 1,3 miljoner patienter hos över 6 000 vårdgivare (1/3 av vårdgivarna). Det som erbjuds är inte försäkringar utan avtal med vårdgivarna. Innan en patient kan teckna ett avtal inom Denplan måste patientens tandläkare bedöma tandhälsan. Avgiften sätts efter dennes nuvarande tandhälsa och revideras på årlig basis. Vårdgivarna använder 5 olika riskgrupper. Denplan erbjuder olika

⁶ Detta avsnitt bygger på uppgifter från brittiska Department of health och BDA.

produkter med varierande täckningsgrad, patienterna kan välja att teckna avtal som endast täcker akuttandvård eller avtal som omfattar all bastandvård.

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

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

1. £15,50 (207 SEK) för något som liknar behandlingspaket 2 i dagens tandvårdsstöd, dvs. en undersökning och en förebyggande åtgärd.
2. £42,40 (568 SEK) för tandhälsobesök samt sådant som lagningar, fyllningar och utdragningar.
3. £189 (2523 SEK) för allt som ingår i ovan samt mer komplexa åtgärder som kronor och bryggor. Implantat ingår dock inte.

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

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

Den brittiska tandläkarorganisationen (BDA) menar emellertid att det nya avgiftssystemet kommer att göra det mindre lönsamt att

ansluta sig till NHS. De ser ökade problem med köer till NHS med det nya ersättningssystemet. BDA pekar på att vissa åtgärder kommer att vara förlustgivande eftersom det bara finns tre avgiftsklasser. Dessutom menas att skillnaden när det gäller de vårdstyrande egenskaperna inte är särskilt stora mellan det nya och det gamla ersättningssystemet, det handlar fortfarande om en styckeprisersättning.

7.5.2 Ersättningen till vårdgivare i Sverige

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

Styckeprisersättning

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

Den 1 juli 2002 infördes ett högkostnadsskydd avseende protetik för dem som fyller minst 65 år det år då vården ges (65+reformen). Det är viktigt att dra lärdom av erfarenheterna av reformen, eftersom konstruktionen tydligt visar på kontrollsvårigheterna med ett styckeprisbaserat högkostnadsskydd.

Kostnaderna för 65+reformen blev nästan tre gånger högre än vad regeringen prognostiserade. Riksrevisionen menar i en granskningsrapport att regeringen underskattat efterfråge- och behandlingsinriktningen som följde av reformen, dvs. de dynamiska effekterna, och att kostnadsberäkningarna inte tagit tillräcklig hänsyn till konsekvenserna av utökningen av gruppen inom högkostnadsskyddet från 75 år och äldre till 65 år och äldre.⁷

Riksrevisionen anser att konstruktionen av 65+reformen inneburit en mycket svårkontrollerad utveckling genom sin blandning av svag reglering och ofullständigt fungerande marknad. Myndig-

⁷ Riksrevisionen (2006).

heten pekar på ett antal bristande förutsättningar för kostnads-kontroll:

1. Avsaknaden av egenavgifter över karensbeloppet har givit svaga incitament för patienten att hålla tillbaka efterfrågan när patienten kommit över karensbeloppet.
2. Ofullständig konkurrens mellan vårdgivare och mellan leverantörer av material – Detta leder till högre priser än vid bättre fungerande konkurrens.
3. Vid fri prissättning fungerar inte prisreglering av behandlingen så att tandvårdsersättningen också motsvarar det pris patienten betalar – Genom att endast ersättningen från staten regleras har patienternas priser varierat.
4. Förhandsprövningen har begränsad betydelse som kontroll av vilken behandling som är nödvändig – Riksrevisionen anser att Försäkringskassans normering av vad som skall räknas som nödvändig tandvård inte är tillräckligt tydlig.
5. Förhandsprövningen avgör inte om priset är skäligt utan det gör landstingsfullmäktige i respektive landsting – Variationerna i landstingens priser för olika åtgärder är stor.

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

Ersättning per patient (capitation)

Vid sidan av den dominerande styckeprisbaserade ersättningen inom dagens tandvårdsstöd finns även en capitationsbaserad ersättningsform, ersättning till abonnemangstandvård.

Försäkringskassan ersätter abonnemangstandvård enligt två åtgärder. Åtgärd 97 som avser avtal för de under 30 år och åtgärd 98 som avser avtal för de över 30 år. Båda dessa ersätts med 200 kr per

patient och år. För att få denna ersättning krävs att avtalen skall omfatta all bastandvård och löpa över två år. All tandvård ingår således inte nödvändigtvis i abonnemangstandvården.

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

År 2007 finns, sett till hela landet, drygt 5 procent av befolkningen i åldrarna 20 till 29 år i någon form av abonnemangstandvård. Andelen skiljer sig dock kraftigt åt mellan olika län. Såsom visas i tabell 7.3 finns det stora skillnader i hur abonnemangen i olika landsting är konstruerade. Det gäller framförallt antalet riskgrupper och vilka åldrar som erbjuds teckna abonnemang.

Tabell 7.3 Antal patienter i abonnemangstandvården år 2007, antal riskgrupper, årlig patientavgift samt tillåten ålder

	Antal totalt	Varav 20–29 år	Antal risk- grupper	Årlig patientavgift (jan 2007)	Tillåten ålder
Stockholms läns landsting	2 300	2 300	3	510–1 300	20–29
Västerbottens läns landsting	5 605	4 674	8	456–4 980	20–64
Norrbottnens läns landsting	4 499	2 861	5	400–5 100	20–64
Uppsala läns landsting	6 620	3 473	13	600–9 240	20–62
Sörmlands läns landsting	13 123	3 604	11	480–9 980	20–63
Östergötlands läns landsting	6 328	2 613	7	495–8 635	20– ⁸
Landstinget Kronoberg	1 876	1 534	6	480–10 200	20–39
Kalmar läns landsting	6 118	4 074	4	420–9 600	20–41
Blekinge läns landsting	2 381	1 670	4	516–14 124	20–41
Region Skåne	39 093	25 911	4	420–13 200	20–44
Västra Götalandsregionen	5 650	2 520	5	420–4 788	20–65
Landstinget i Värmland	15 281	4 044	16	516–16 320	20–63
Landstinget Dalarna	762	190	6	480–9 000	20–49
Landstinget i Gävleborg	10 056	4 000	4	537–5 382	20–49
Landstinget Västernorrland	73	69	8	468–4 932	20–49
Jämtlands läns landsting	1 990	1 990	6	280–6 000	20–29
<i>Totalt</i>	<i>121 755</i>	<i>65 527</i>			

Källa: Sveriges Folktandvårdsförening.

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

⁸ I Östergötland finns det ingen övre åldersgräns men abonnemang erbjuds inte till patienter med hög risk.

8 Garantier inom tandvårdsområdet

I detta avsnitt redogörs för det skydd som patienter inom tandvården har samt redovisas en kartläggning av förekomsten av garantier m.m. inom tandvården. Slutligen analyseras situationen när det gäller garantier inom tandvårdsområdet ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

8.1 Dagens regler

Det finns ett flertal författningar som innehåller bestämmelser om vårdgivarens skyldigheter och patientens rättigheter när det gäller tandvård, bl.a. tandvårdslagen (1985:125), lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, patientjournallagen (1985:562) och lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. Även förordningen om tandvårdstaxa innehåller bestämmelser angående detta.

Patientskadelagen (1996:779) innehåller bestämmelser om rätt till patientskadeersättning och skyldighet för vårdgivaren att ha en försäkring som täcker sådan ersättning. Förutsättningen för att ersättning skall kunna ges är att skadan som uppkommit varit möjlig att undvika, att det varit fel på tandvårdsutrustningen, att diagnosen varit felaktig, att infektion tillförts behandlingen, eller att ett olycksfall inträffat i samband med tandvården eller medicin ordinerats felaktigt.

Om skadan har skett vid behandling inom folktandvården anmäler patienten skadan till Personskadereglering AB. Om vården skett hos en privat vårdgivare anmäler patienten skadan till det försäkringsbolag där vårdgivaren är försäkrad. Vårdgivaren är skyldig att upplysa patienten om i vilket försäkringsbolag vårdgivaren har sin patientförsäkring. Om patienten inte är nöjd med bedömningen hos respektive försäkringsbolag kan hon eller han vända sig till

patientskadenämnden som har rätt att pröva ärenden från alla försäkringsbolag.¹

En viktig konsumentaspekt vid köp av tjänster är kunskapen om hur man kan reklamera köpet. I Konsumentverkets rapport Konsumenten och tandvårdsmarknaden² uppges att bara cirka en fjärdedel av alla tandvårdskonsumenter vet hur de skall reklamera en tandvårdstjänst som de anser är felaktig.

Konsumenttjänstlagen (1985:716) omfattar arbete på lösa saker, dock ej behandling av levande djur, arbete på fast egendom och förvaring av lösa saker. Tandvård och annan hälso- och sjukvård omfattas inte av lagen. För tjänster som omfattas av konsumenttjänstlagen gäller att tjänsten skall anses felaktig om resultatet avviker från vad konsumenten kan förvänta sig om tjänsten utförts fackmässigt. Detta gäller även om avvikelser beror på olyckshändelse eller motsvarande, sådana föreskrifter eller myndighetsbeslut som väsentligen syftar till att säkerställa att föremålet för tjänsten är tillförlitligt från säkerhetssynpunkt eller vad som därutöver är avtalat.

Enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. skall det i varje landsting finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom den tandvård som enligt tandvårdslagen (1985:125) bedrivs av landstingen. En patient hos folk-tandvården som inte är nöjd med den behandling hon eller han fått vänder sig direkt till den behandlande tandläkaren. Om frågan inte kan lösas direkt med tandläkaren kan patienten vända sig till landstingets patientnämnd. Patientnämnden försöker lösa tvisten och kan lämna rekommendationer på hur den skall kunna lösas.

Lagen om patientnämndsverksamhet m.m. omfattar inte den privata tandvården. Privattandläkarna har dock byggt upp en organisation med förtroendenämnder som liknar patientsäkerhetsnämnderna på den offentliga sidan. Om frågan inte kan lösas direkt med tandläkaren kan patienten vända sig till Privattandvårdsupplýsningen som förmedlar kontakt med någon av Privattandläkarnas lokala förtroendenämnder. Förtroendenämnden försöker lösa tvisten och kan lämna rekommendationer till parterna. Om en fråga inte kan lösas av den lokala förtroendenämnden kan ärendet överlämnas till Privattandläkarnas centrala förtroendenämnd.

Socialstyrelsen har ett tillsynsansvar över tandvården. Om Socialstyrelsen anser att det bör utdelas någon disciplinpåföljd till

¹ Stockholms läns landsting (2007).

² Konsumentverket (2003).

vårdpersonal inom tandvårdsområdet kan myndigheten anmäla detta till hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd, HSAN. HSAN är en statlig myndighet, som prövar om en yrkesutövare inom hälso- och sjukvården gjort sig skyldig till fel i sin yrkesutövning. Nämnden kan i sådana fall ålägga yrkesutövaren en disciplinär påföljd. Även den som är eller varit patient kan göra en anmälan till HSAN. Om patienten inte själv kan göra anmälan, får anmälan i stället göras av en närstående.

Garantier

Fram till år 1999 innehöll tandvårdsförsäkringen en garanti gällande protetiska arbeten. Den innebar att en tandläkare inte fick ta ut arvode när vissa protetiska arbeten behövdes göras om inom viss tid. Såväl försäkringen som patienten garanterades alltså ett skydd mot kostnader som uppkom när protetiska arbeten behövdes göras om inom tiden för garantin.

Efter det att prissättningen släpptes fri år 1999 reglerar förordningen om tandvårdstaxa enbart förhållandet mellan vårdgivare och Försäkringskassa. Förhållandet mellan vårdgivare och patient regleras av vanliga civilrättsliga regler. Det innebär att alla bindande regler om vårdgivarens pris, inklusive reglerna om vårdgivarens pris för behandlingar som måste göras om, togs bort ut tandvårdstaxan. Dock anges i 26 § förordningen om tandvårdstaxa att det av prislistan skall framgå om vårdgivaren har en försäkring för att göra om protetiska arbeten.

Utöver det försäkringsskydd som enligt patientskadlagen skall ges vid felbehandlingar erbjuder vårdgivarna patienterna garantier för vissa behandlingar, vanligen protetiska behandlingar. I betänkandet Tandvården till 2010 föreslås att vårdgivarna bör utforma en garanti även när det gäller vissa delar av bastandvården.³ Skälet till förslaget var att denna utredning erfarit att det ibland uppkommer missnöje hos patienter som fått betala för en åtgärd inom bastandvården som sedan inte fungerat på avsett sätt under en rimlig tid. Det kan till exempel röra sig om en fyllning som lossnat.

³ SOU 2002:53.

Omgörningar och återkrav

Om en behandling inom bastandvården måste göras om berättigar den nya behandlingen till ersättning från Försäkringskassan. Ersättningen betalas ut även om behandlingen måste göras tätt efter det att den ursprungliga behandlingen gjordes eller om vårdgivaren har lämnat en garanti på behandlingen.

Under vissa förutsättningar⁴ betalar Försäkringskassan inte ut ersättning till vårdgivaren för omgörningar vid protetiska arbeten, vilket regleras av förordningen om tandvårdstaxa. I de fall omgörningen görs av en annan vårdgivare än den som gjort den ursprungliga behandlingen lämnar Försäkringskassan ersättning till den nya vårdgivaren men får samtidigt återkräva motsvarande belopp från den första vårdgivaren.

Vård i annat EU-land

En person har med stöd av EG-fördraget rätt att få ersättning i efterhand för tandvård utförd i annat EU/EES-land om tandvården hade varit ersättningsberättigad i Sverige.⁵ I dessa fall betalas ersättningen ut till patienten i efterhand. En person är bara skyldig att återbetala utbetald ersättning från Försäkringskassan om ersättningen lämnats med ett för högt belopp om någon genom att bl.a. lämna oriktiga uppgifter eller genom underlåtenhet förorsakat att det lämnats ett för högt belopp.⁶ Om Försäkringskassan har beviljat ersättning för tandvård som är utförd i annat EU/EES-land och den behandlingen måste göras om saknar Försäkringskassan således möjlighet att kräva tillbaka den tidigare betalda ersättningen från patienten. Försäkringskassan kan inte heller neka ersättning för omgörningen om den överensstämmer med kraven i 6 § förordningen om tandvårdstaxa, dvs. är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

⁴ En vårdgivare får inte tillgodoräkna sig ersättning när en behandling med avtagbar protetik helt eller delvis måste göras om inom ett år från den dag proteserna lämnades ut till patienten eller om fast protetik helt eller delvis måste göras om inom två år efter det att proteserna slutligen sattes fast. Vårdgivaren får dock tillgodoräkna sig ersättning om proteserna utförts med immediatteknik, proteserna var avsedda endast för tillfälligt bruk, patienten kan lastas för att behandlingen måste göras om eller om proteserna utsatts för yttre våld. 16 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.

⁵ RÅ 2004 Ref 41.

⁶ 20 kap 4 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

8.2 Kartläggning av förekomsten av garantier m.m.

Enligt utredningens tilläggsdirektiv skall utredningen kartlägga i vilken mån vårdgivarna lämnar garantier för utförd behandling och analysera situationen ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Utredaren skall vidare göra en analys av de regler som gäller för återkrav av tandvårdsersättning när behandlingar med fast eller avtagbar protetik måste göras om och bedöma hur denna fråga skall regleras i det nya tandvårdsstödet.

För att kartlägga förekomsten av garantier har utredningen låtit genomföra en enkätundersökning bland vårdgivarna angående vilka garantier som lämnas för utförd vård (se bilaga 3). Ur Försäkringskassans register över vårdgivare har ett slumpmässigt urval på 1 000 vårdgivare gjorts, varav 700 privata mottagningar och 300 folktandvårdskliniker.

Privattandvård

Enligt en överenskommelse mellan Privattandläkarna och Konsumentverket lämnar medlemmar i Privattandläkarna ett års garanti för avtagbar protetik samt två års garanti för fast protetik. Garantin omfattar ersättning för den ursprungliga behandlingskosten för protetik. Därutöver får patienten betala mellanskillnaden.

Den enkätundersökning som utredningen låtit genomföra visar att drygt 90 procent av alla privata vårdgivare erbjuder någon form av garanti för någon del av de behandlingar vårdgivaren utför.

Undersökningen visar att skriftliga garantier inom behandlingsområdena konserverande och pulpakirurgiska behandlingar är ovanliga. Dock lämnar cirka 40 procent av vårdgivarna någon form av muntlig garanti på pulpakirurgiska behandlingar och drygt 60 procent på konserverande behandlingar. Medianlängden på de muntliga garantierna är 12 månader. Av de muntliga garantierna gäller 10–15 procent fullt ut hos annan vårdgivare. Det innebär att 4–5 procent av vårdgivarna ger muntliga garantier som gäller fullt ut hos annan vårdgivare för dessa behandlingar. Ytterligare cirka 15 procent av vårdgivarna ger muntliga garantier som delvis gäller hos annan vårdgivare.

Vid behandlingar med protetik lämnar drygt 90 procent av vårdgivarna garanti, av dessa lämnar cirka hälften en skriftlig garanti. Det är något vanligare med skriftlig garanti vid behandlingar med

fast protetik än vid behandlingar med avtagbar protetik. Av garantierna gäller cirka 90 procent helt eller delvis hos annan vårdgivare. Cirka hälften av vårdgivarnas garantier gäller fullt ut även hos annan vårdgivare.

Inom området tandreglering är det ovanligt med garantier, såväl muntliga som skriftliga.

Att patienten inte är nöjd med behandlingen och önskar få den omgjord på grund av bristande kvalitet är vanligast när det gäller konserverande behandlingar, där cirka 30 procent av vårdgivarna uppger att de har haft någon patient som önskat få en behandling omgjord. Inom de andra behandlingsområdena har 10–15 procent av vårdgivarna haft någon patient som önskat få någon behandling omgjord på grund av bristande kvalitet.

När man tittar på hur många vårdgivare som gjort om en behandling på grund av bristande kvalitet har cirka 60 procent av vårdgivarna gjort om en konserverande behandling. Inom de andra behandlingsområdena har mellan 10 och 30 procent av vårdgivarna gjort om någon behandling. I de fall en behandling är omgjord på grund av bristande kvalitet har patienten inte behövt betala någon del av kostnaden för den nya behandlingen. Detta gäller i stort sett hos alla vårdgivare oavsett behandlingsområde och om behandlingen omfattas av en formell garanti eller inte.

Drygt 75 procent av alla tillfrågade vårdgivare har en garantiförsäkring som gäller vid protetiska arbeten. Försäkringen innebär att vårdgivaren är återförsäkrad mot kostnader som uppstår på grund av den garanti vårdgivaren ger patienten. Inom övriga behandlingsområden är det cirka 10 procent av vårdgivarna som har en garantiförsäkring.

Folktandvården

Enligt den genomförda undersökningen lämnar knappt 90 procent av alla folktandvårdskliniker någon form av garanti till patienten för någon del av de behandlingar vårdgivaren utför. Skriftliga garantier inom behandlingsområdena konserverande- och pulpakirurgiska behandlingar är ovanliga. Dock lämnar cirka 30 procent av klinikerna någon form av muntlig garanti på pulpakirurgiska behandlingar och drygt 50 procent lämnar muntliga garantier på konserverande behandlingar. Medianlängden på de muntliga garantierna är 12 månader. Av de muntliga garantierna gäller mellan

10 och 15 procent fullt ut hos annan vårdgivare. Det innebär att 4–5 procent av klinikerna ger muntliga garantier som gäller fullt ut hos en annan vårdgivare. Ytterligare cirka 15 procent av vårdgivarna ger muntliga garantier som delvis gäller hos en annan vårdgivare.

Vid protetiska behandlingar lämnar så gott som alla kliniker som utför dem garanti på arbetet. Cirka hälften lämnar muntlig garanti och cirka hälften lämnar skriftlig garanti. Cirka 85 procent av de givna garantierna gäller helt eller delvis om behandlingen utförs av annan vårdgivare. Hos cirka 60 procent av klinikerna ges garantier som gäller fullt ut hos någon annan vårdgivare.

Det behandlingsområde där det är vanligast att patienter önskar få behandlingen omgjord på grund av bristande kvalitet är konserverande behandling. Drygt 50 procent av klinikerna har haft någon patient som önskat få behandlingen inom behandlingsområdet konserverande behandling omgjord. Inom övriga behandlingsområden har 20–32 procent av klinikerna haft någon patient som velat ha en behandling omgjord på grund av bristande kvalitet.

När man tittar på de folktandvårdskliniker som gjort om behandlingar på grund av bristande kvalitet så är det vanligast inom behandlingsområdet konserverande behandling, drygt 80 procent av klinikerna har gjort om en sådan behandling. Inom de övriga behandlingsområdena har 26–38 procent av klinikerna gjort om någon behandling. I de fall en behandling har gjorts om på grund av bristande kvalitet behöver patienten inte betala något för det. Detta gäller på drygt 95 procent av alla kliniker och oavsett om behandlingen omfattades av en formell garanti eller inte.

Cirka 20 procent av folktandvårdsklinikerna har en försäkring mot kostnader i samband med garantier. I de fall klinikerna saknar en sådan försäkring belastar eventuella kostnader i samband med garantier verksamhetens totala budget.

Patienternas syn på garantier inom tandvårdsområdet

Det finns inget samlat underlag gällande patienternas syn på förekomsten av garantier inom tandvårdsområdet. Antalet tvister som blivit föremål för hantering av tandvårdsorganisationernas respektive centrala förtroendenämnd är dock relativt få, vilket kan tyda på att de flesta tvister löses lokalt eller att det är fråga om relativt få tvister. År 2005 hade Privattandläkarnas centrala förtroendenämnd tolv ärenden som avsåg ekonomiska tvister mellan

vårdgivare och patient. Dessa ärenden handlade inte uteslutande om garantier, utan avsåg även andra tvister angående priset för utförd vård. I sammanhanget kan också påpekas att både den privata tandvården och folktandvården får ett betyg över genomsnittet i Svenskt Kvalitetsindex.⁷ Privattandvården får högst kvalitetsindex av alla tjänstemarknader.

Försäkringskassans handläggning av omgörningsärenden

Antalet ärenden hos Försäkringskassan som gäller förhandsprövningar på grund av att protetiskt arbete behöver göras om av en annan vårdgivare än den som utförde den ursprungliga behandlingen, är relativt konstant och har under de senaste åren uppgått till drygt 170 ärenden per år. År 2006 fattade Försäkringskassan beslut i 176 ärenden om utbetalning av tandvårdsersättning vid omgörningar. Av dessa beviljades ersättning i 139 ärenden. Försäkringskassan avslög 23 ärenden och 14 ärenden avskrevs eller avvisades. Även om antalet omprövningsärenden varit konstant har tandvårdsförsäkringens kostnad för omgörningar ökat, då den beviljade ersättningen för omgörningarna ökat. År 2004 var medianersättningen 15 690 kronor, vilket ökat till 25 670 kronor år 2006. År 2006 betalade Försäkringskassan ut drygt 4 miljoner kronor för omgörningar.

I de ärenden där förhandsprövning beviljats och omgörningen utfördes av annan vårdgivare än den som utförde den ursprungliga behandlingen, riktade Försäkringskassan återkrav på motsvarande summa mot den ursprungliga vårdgivaren. Inte i något ärende riktade Försäkringskassan ett högre krav mot den ursprungliga vårdgivaren än vad som utbetalats till den nya vårdgivaren.

⁷ Svenskt Kvalitetsindex (2007).

Tandtekniska produkter

Fram till år 1992 var det obligatoriskt för de tandtekniska laboratorierna att ha en garanti och ett återförsäkringsansvar. Den obligatoriska garantin omfattade ett år på avtagbar protetik och två år på fast protetik.

Efter det att obligatoriet togs bort rekommenderar Sveriges Tandteknikerförbund och Dentallaboratoriernas Riksförening sina medlemmar att lämna sådan garanti som fram till 1992 var obligatorisk, dvs. ett år för avtagbar protetik och två år för fast protetik. En del av de tandtekniska arbetena inhandlas från tandtekniska laboratorier i andra länder, vilka inte omfattas av dessa rekommendationer.

8.3 Summering och slutsatser

Utredningen skall enligt tilläggsdirektiven analysera vad dagens situation gällande garantier innebär ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Frågor som är kopplade till patientens medicinska säkerhet regleras av tandvårdslagen, lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område och patientskadlagen och hanteras på samma sätt inom tandvården som inom övrig hälso- och sjukvård. Utredningen har därför valt att tolka frågan om vad garantier skulle innebära för patientsäkerheten utifrån ett ekonomiskt perspektiv.

Den genomförda enkätundersökningen visar att vårdgivarna anser att de i relativt stor utsträckning gör om behandlingar som inte motsvarar förväntad kvalitet utan att patienten behöver betala något för omgörningen. Detta gäller oavsett om behandlingen omfattats av en formell garanti eller inte.

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

Vårdgivarnas garantier omfattar inte alltid omgörningar hos annan vårdgivare. Detta kan innebära en viss otrygghet för patienten eftersom frågan om kostnaden för en omgörningen hos en annan vårdgivare delvis är oreglerad. Privattandläkarnas överenskommelse med Konsumentverket innebär dock att patienten hålls

skadeslös vid omgörning av annan vårdgivare såvitt avser protetiska behandlingar.

Utredningen anser att det är viktigt ur ett patientsäkerhetsperspektiv att patienten har möjligheten att välja att en annan vårdgivare, än den som utförde den ursprungliga tandvårdsbehandlingen, skall göra om behandlingen. En förutsättning för att patienten skall ha denna möjligheten är att frågan om den nya vårdgivarens ersättning för omgörningen är löst. Den nya vårdgivaren skall få betalt för behandlingen men patienten skall inte behöva betala något för den. Samtidigt är det rimligt att den ursprungliga vårdgivaren blir återbetalningsskyldig till patient och Försäkringskassan.

Om vårdgivaren har en garantiförsäkring hanteras frågan om regleringen av kostnaden för omgörningen av det protetiska arbetet genom att den ursprunglige vårdgivarens försäkringsbolag fastställer om ärendet omfattas av omgörningsgarantin eller inte. Försäkringsbolaget kan använda Försäkringskassans förhandsprövning gällande omgörningsbehovet som beslutsunderlag.

När försäkringsbolaget fastställt att omgörningen omfattas av försäkringen behöver patienten inte betala något för omgörningen, oavsett om behandlingen görs om av den ursprungliga vårdgivaren eller en annan vårdgivare. I det senare fallet betalar Försäkringskassan, efter förhandsprövning, ut ersättning från tandvårdsstödet till den nya vårdgivaren. Patienten betalar mellanskillnaden mellan vårdgivarens pris och Försäkringskassans ersättning, men får tillbaka det hon eller han betalat för den ursprungliga behandlingen från den ursprunglige vårdgivaren.

I de fall där vårdgivaren saknar en garantiförsäkring är osäkerheten större såvitt avser omgörning som utförs av annan vårdgivare än den som ursprungligen utförde behandlingen. I dessa fall betalar Försäkringskassan, efter förhandsprövning, ut ersättning till den nya vårdgivaren. Patienten får betala den nya vårdgivaren för mellanskillnaden mellan den nya vårdgivarens pris och ersättningen från tandvårdsstödet. Därefter får patienten kräva den ursprungliga vårdgivaren på ersättning motsvarande patientavgiften för den ursprungliga behandlingen. Om parterna inte kommer överens måste frågan lösas genom gängse civilrättsliga regler. Försäkringskassans beslut att omgörningen skall berättiga till ersättning, kan naturligtvis vara ett stöd för patienten i dessa fall.

Enligt enkätundersökningen är det relativt vanligt att patienter önskar få en behandling omgjord på grund av att den inte mot-

svarar förväntad kvalitet, främst inom behandlingsområdet konserverande behandling. Det bör dock påpekas att enkätundersökningen inte fångar upp hur många patienter som önskat få en behandling omgjord och som verkligen har fått en omgörning. När utredningen studerar i vilken utsträckning vårdgivarna anser att de gjort om behandlingar på grund av bristande kvalitet överstämmer dessa siffror relativt väl med siffrorna för när vårdgivarna anser att patienten vill ha en behandling omgjord. Noterbart är dock att en större procentuell andel vårdgivare har gjort om någon behandling än motsvarande siffra för patientens missnöje. Detta tyder på att vårdgivare även gör om behandlingar då de i senare undersökningar upptäcker att en tidigare behandling inte motsvarat förväntad kvalitet, även om patienten inte upptäckt det än.

Det som berörs i den genomförda enkätundersökningen är i vilken utsträckning vårdgivarna ger garantier på utfört arbete samt hur vårdgivarna ser på förekomsten av behandlingar som måste göras om på grund av bristande kvalitet. Någon motsvarande undersökning om hur patienterna upplever situationen finns inte. Utredningen konstaterar dock att antalet ärenden som inte löses lokalt är relativt litet. Tandvården i allmänhet och privattandvården i synnerhet får mycket höga värden i Svenskt Kvalitetsindex, vilket är ytterligare en faktor som indikerar att dagens reglering av garantier inte kan anses vara otillräcklig i någon större utsträckning.

Ur ett konsument- eller patientperspektiv är det centralt att det finns en grundtrygghet vid genomförandet av tandvårdstjänster och tillräckliga garantier. Även om konsumenttjänstlagen inte är tillämplig på tandvårdstjänster anser utredningen att den principiella utgångspunkten bör vara att regelverket gällande garantier inom tandvården inte på något avgörande sätt bör skilja sig från regelverket gällande garantier för övriga tjänster. Utredningen anser därför inte att det bör regleras om obligatoriska garantier inom tandvården, utan att garantier i stället bör vara en fråga mellan vårdgivare och patient. Konsumenttjänstlagens andemening bör gälla även inom tandvårdsområdet och patienten skall givetvis ha en möjlighet att reklamera en tjänst som han eller hon inte är nöjd med. Frågan om förekomsten av garantier på tandvårdsmarknaden bör dock följas noga och åtgärder vid behov vidtas om det skulle visa sig att patientsäkerheten inte tryggas i tillräcklig utsträckning.

9 Tandvård till fast pris

I detta avsnitt analyseras förutsättningarna för ett försäkringsliknande system inom tandvården, s.k. tandvård till fast pris. Ett antal centrala frågeställningar för utvecklingen av ett sådant system beskrivs. Avslutningsvis redogörs för utredningens bedömningar av den fortsatta utvecklingen av abonnemangstandvården.

9.1 Motiv för tandvård till fast pris

Utredningen har i ett delbetänkande¹ analyserat frågan om hur den statliga finansieringen av tandvård kan förändras för att skapa tydligare incitament för patient och vårdgivare att agera förebyggande samt att skapa en bättre förutsägbarhet och kontroll över patientens och statens utgifter.

Utredningens slutsats är att ett nationellt system med tandvård till fast pris, även kallat capitation, har ett antal egenskaper som är att föredra framför alternativet, ett styckeprisbaserat system. Ett ersättningssystem som bygger på att vårdgivaren får en viss summa per patient oavsett hur mycket behandling vårdgivaren utför på patienten innebär att vårdgivaren inte har ekonomiska incitament att överbehandla patienten. Systemet skapar tydliga ekonomiska incitament för vårdgivarna att prioritera förebyggande insatser. Dessutom innebär ett sådant system bättre förutsättningar för att få förutsägbara tandvårdskostnader för patienter och staten.

En renodlad capitationslösning skulle även, förutsatt god konkurrens, innebära bättre förutsättningar för att vårdresurserna fördelades efter var befolkningen bor. Med ett styckeprisbaserat system fördelas istället vårdresurserna efter var det är möjligt för vårdgivaren att utföra flest åtgärder. Om marknaden fungerar dåligt och vårdgivarna skapar sin egen efterfrågan så underlättar ett

¹ SOU 2006:71.

styckeprisbaserat system det för vårdgivarna att själva välja var de skall lokalisera sig. Detta riskerar försämra möjligheterna att få en tandvård på lika villkor över hela landet.

I den allra enklaste formen av ersättning per capita betalas vårdgivaren en fast summa per patient oavsett patientens tandhälsa. Om antalet patienter hos varje vårdgivare är tillräckligt stort så sker en riskspridning. Hur stort antalet patienter behöver vara beror på spridningen i patienternas vårdbehov. Ju större spridning desto fler patienter krävs för att nå riskspridning. Om vårdgivaren får lika mycket betalt för patienter med olika behandlingsbehov får vårdgivaren starka incitament att endast ta hand om patienter med litet behandlingsbehov. För att minska problemen med patientselektion och underbehandling används ofta riskberoende capitationsbelopp, dvs. att summan per individ varierar beroende på individens risk.

Förutom angivelsen av vissa grundläggande egenskaper i ett system med tandvård till fast pris har den närmare utformningen av systemet inte definierats. Utredningen angav dock i delbetänkandet att ett sådant system bör utformas på ett sätt som renodlar försäkringsmässigheten så långt som möjligt. Andra viktiga aspekter är bl.a. finansiell hållbarhet och förutsägbarhet samt en hälsobefrämjande inriktning.

I detta avsnitt beskrivs den grundläggande frågan om hur förutsättningarna för ett försäkringsliknande system ser ut inom tandvården samt identifieras ett antal centrala frågeställningar för att ett sådant system skall kunna utvecklas. Utredningen menar att ett system med tandvård till fast pris utformat enligt försäkringsmässiga principer är ett intressant alternativ till styckeprisbaserad finansiering av tandvård. Tilläggsdirektiven till utredningen anger dock att den huvudsakliga inriktningen för det nya tandvårdsstödet skall vara att ersättning lämnas per utförd åtgärd, men att möjligheterna att erbjuda abonnemangstandvård skall finnas kvar. Mot bakgrund av detta avstår utredningen från att lämna några förslag kring utvecklingen av tandvård till fast pris och koncentrerar i stället analysen på förutsättningarna för en fortsatt utveckling av den befintliga abonnemangstandvården.

Då utredningens bedömning är att frågor kring incitamentsstruktur och tandhälsoeffekter kommer att vara fortsatt aktuella även i det reformerade tandvårdsstödet görs en genomgång och analys av frågan om en försäkringsliknande utformning av det statliga tandvårdsstödet. Utredningens förhoppning är att detta under-

lag skall kunna bidra till en fortsatt utveckling av dessa frågor på längre sikt.

En generell iakttagelse är att det finns behov av att utvärdera effekterna, såväl i kostnads- som i hälsotermer, av olika sätt att finansiera tandvård. Detta gäller både styckeprisbaserade system och capitationsbaserade system. Utredningen har därför lämnat ett antal förslag som handlar om insatser för bättre uppföljning och utvärdering.

9.2 Utformning av en nationell modell

Ett försäkringssystem för tandvårdskostnader, av utredningen benämnt tandvård till fast pris, är ett sätt att hantera osäkerhet för både patienter och det offentliga. För personer som ogillar osäkerhet är tandvård till fast pris, förutsatt att premien är aktuariskt² satt, välfärdshöjande eftersom patienternas risktagande minskar.

För att tandvård till fast pris skall vara ett effektivt skydd mot höga kostnader för alla patienter måste systemet kraftigt subventionera kostnaden för avtalen för de patienter som har de största tandvårdsbehoven. Annars kommer många patienter med hög risk inte ha råd att betala sin premie. Ett system med tandvård till fast pris måste alltså konstrueras så att det kan omfatta patienter inom alla riskklasser.

Utredningen anser att ett heltäckande system med tandvård till fast pris bör utformas på ett sätt som så långt som möjligt renodlar försäkringskaraktären i tandvårdsstödet men också möjliggör att alla individer skall kunna omfattas. Ingen skall behöva avstå från tandvårdsförsäkring av ekonomiska skäl. Grundprincipen bör därför vara att de som har de största riskerna och tandvårdsbehoven skall få den största subventionen. Subventionen bör därmed vara differentierad efter vårdbehovet, för att möjliggöra att avtalen omfattar fler än dem med relativt litet vårdbehov. En differentiering av de statliga subventionerna kräver enhetliga och kontrollerbara riskgrupper.

Vidare behöver tandvård till fast pris utformas med utgångspunkten att modellen skall vara lämplig för såväl privata som offentliga vårdgivare och innehålla komponenter som underlättar

² Med aktuariskt satta premier avses att premierna sätts utifrån den sannolikhet varje försäkringsstagare har att råka ut för skada.

t.ex. riskspridning för enskilda vårdgivare. För patienter som flyttar måste möjligheten finnas att flytta sitt avtal till en ny vårdgivare.

9.3 Hur fungerar en försäkring?³

En försäkring hanterar risk, dvs. sannolikheten för att något skall inträffa. Försäkringen övertar individens risk genom att den ger försäkringstagaren en ekonomisk kompensation för den skada som uppstår.

En försäkring sprider risker. Idén med försäkringar är att många delar på risken men bara några drabbas. Det ligger en stor vinst i att inte samtliga individer behöver ha ett sparande som täcker kostnaden om exempelvis huset skulle brinna ned. Risken för detta är liten men de ekonomiska konsekvenserna om detta händer kan bli allvarliga. I stället kan ett försäkringskollektiv tillsammans betala i proportion till hur stor risken är.

Enligt försäkringsteori brukar en optimal försäkring karaktäriseras genom att den uppfyller tre kriterier. För det första antas fri konkurrens på försäkringsmarknaden vilket medför att försäkringsbolagens vinst, justerat för normal kapitalavkastning, blir noll. Alternativt finns det ett monopolföretag där premierna regleras så att den långsiktiga vinsten blir noll. Ett andra villkor är att premierna är aktuariskt satta. Det innebär att de premier som försäkringstagarna betalar skall motsvara försäkringstagarens förväntade skadekostnad. Det tredje kriteriet som en optimal försäkring skall uppfylla är att försäkringstagaren skall kunna försäkra sig mot hela risken. Det innebär att den enskilde individen får fullständig kompensation för den skada som denne lidit.

Teorin kring den optimala försäkringen vilar på två viktiga antaganden. För det första antas individen inte kunna påverka sannolikheten att drabbas av en skada, dvs. individens beteende påverkas inte av att försäkringen har tecknats. För det andra antas att försäkringsgivaren känner till den enskilde individens risk för att drabbas av en skada, åtminstone lika bra som den enskilde, och därmed kan sätta rätt premie på försäkringen. Förutsättningarna för dessa antagande diskuteras under avsnitten moral hazard ex ante och adverse selection.

³ Principresonemangen i avsnittet är hämtade från Grönqvist (2004).

Moral hazard ex ante

Den optimala försäkringen bygger på antagandet att risken för att drabbas av en skada inte kan påverkas av försäkringstagaren. I praktiken är dock detta mycket ovanligt. Det finns exempelvis en rad kunskaper om hur kost- och motionsvanor påverkar människors hälsa. Dessa kunskaper kan anses vara så välkända att i princip varje individ vet hur deras beteende påverkar hälsan. Om preventiva aktiviteter har en direkt kostnad för individer har deras beteende en viss tendens att förändras när någon annan, helt eller delvis, bekostar konsekvenserna av deras handlande. Den optimala försäkringen får därför endast ses som en teoretisk beskrivning.

Vilka blir då de försäkringsmässiga konsekvenserna av förekomsten av moral hazard? Eftersom individens agerande förändras när kostnaden för ett riskfyllt beteende minskar kommer tecknandet av en försäkring att leda till att sannolikheten för en skada ökar. Därmed ökar även försäkringspremien. De ekonomiska konsekvenserna blir en välfärd förlust eftersom onödigt mycket resurser används till försäkringen.

Problemet med moral hazard förkommer oavsett om försäkringen erbjuds på en frivillig försäkringsmarknad eller i form av en obligatorisk offentlig försäkring.

Ett faktum som gör att problemet med moral hazard inte behöver vara lika stort inom hälsoförsäkringar som sakförsäkringar är att bristande prevention har i sig självt ett pris för patienten. Individen möter således inte bara en finansiell risk utan även en hälsorisk. Om individen upplever att obehaget av en bristande prevention är tillräckligt stort behöver därför inte moral hazard vara ett så stort problem i en hälsoförsäkring. Att en patient har en sjukförsäkring eller tandvårdsförsäkring behöver därför inte leda till att dennes beteende förändras när försäkringen tecknats. Kunskapen om förekomsten av moral hazard är dock fortfarande för liten för att på ett säkert sätt kunna uttala sig om vilka effekter detta har på försäkringstagarens agerande.

Moral hazard ex post

Inom den hälsoekonomiska litteraturen skiljer man vanligtvis på moral hazard ex ante och moral hazard ex post. När individen har tecknat en försäkring innebär det att priset på vård minskar då

behov uppstår. Därmed kan individens vårdkonsumtion förväntas öka. Om försäkringsgivaren inte har strikta kriterier för vad som skall göras inom ramen för försäkringen kan den asymmetriska informationen mellan vårdgivare och patient leda till moral hazard ex post. Det innebär att individen konsumerar mer och dyrare vård än vad som var tänkt när försäkringen tecknades.

Moral hazard ex post kan enklast beskrivas genom ett exempel där en patient har en försäkring som ger fullständigt skydd. I händelse av skada är patientens pris på vård noll. Om det finns ett flertal olika behandlingar i varierande prisklass som kan vara lämpliga för patienten kommer denne att efterfråga den dyraste och bästa behandlingen för att få så stor nytta som möjligt av sin försäkring. Försäkringen undanröjer därmed patientens exponering för risk men ökar samtidigt vårdkonsumtionen. Därmed blir inte försäkringen samhällsekonomiskt effektiv eftersom mer vård än nödvändigt produceras. Vid en frivillig försäkring innebär konsumtionsökningen högre premier.

Resonemanget kring moral hazard ex post bygger på att individen själv kan bedöma värdet av sin vårdkonsumtion. Om patienten däremot underskattar värdet av sin konsumtion behöver den ökade konsumtionen inte vara ett lika stort problem.

Adverse selection

Den optimala försäkringen bygger också på antagandet att försäkringsgivaren känner till den enskilde individens risk för att drabbas av skada och därigenom kan sätta ett relevant pris på premien. Vanligtvis förekommer dock asymmetrisk information dvs. att försäkringstagaren känner till mer om den egna risken än vad försäkringsgivaren gör. Försäkringsgivaren får därmed svårt att sätta premier som är relaterade till individens risk.

Problemet med adverse selection kan enklast illustreras med ett exempel med två olika riskgrupper, där en grupp har en hög risk för att en skada skall inträffa och en grupp har en låg risk. Om försäkringsgivaren inte kan identifiera vem som hör till respektive grupp kommer denne erbjuda en försäkring där premien baseras på den genomsnittliga risken. För högriskgruppen kommer försäkringen att framstå som mycket fördelaktigt eftersom den förväntade avkastningen är större än den betalda premien. På motsvarande sätt blir en sådan försäkring ogynnsam för lågriskgruppen, som får

betala en premie som är högre än den förväntade avkastningen. På en marknad där det är frivilligt att ansluta sig till försäkringen, kan endast de med hög risk komma att teckna försäkringen, vilket gör att försäkringsgivarens intäkter blir lägre än de förväntade utgifterna då premien är för lågt satt.

På en försäkringsmarknad med frivilliga kontrakt blir konsekvensen av adverse selection att försäkringsgivaren måste försöka teckna separata kontrakt med grupper av individer som representerar samma risk. Om detta inte är möjligt tvingas försäkringsbolagen erbjuda en försäkring som inte är optimal och i sämsta fall misslyckas marknaden med att erbjuda en försäkring.

Hur kan en tandvårdsförsäkring hantera moral hazard och adverse selection?

Hur en försäkring skall utformas för att hantera problemet med moral hazard beror i stor utsträckning på vilken information försäkringsgivaren har om den enskilde individens riskbeteende. Om försäkringsgivaren har perfekt information kan en optimal försäkring som ger fullt skydd till alla erbjudas. I det fall försäkringsgivaren inte har perfekt information om försäkringstagaren, dvs. försäkringsgivaren och försäkringstagaren har olika kunskaper om individens sannolikhet för att drabbas av skada, kan försäkringen utformas så att försäkringstagaren blir mindre riskbenägen. Detta löses vanligtvis genom att låta försäkringstagaren teckna en försäkring som inte ger fullt skydd, dvs. försäkringstagaren får betala en självrisk/egenandel då en skada inträffar.

Ett viktigt komplement till självrisk är att försäkringsgivaren kontrollerar att de villkor som satts upp för försäkringen efterlevs. Är kontrollen inom försäkringen svag tenderar självrisk i försäkringen att öka. I extrema fall kan en svag kontroll leda till en mycket hög självrisk. Försäkringen urholkas då eftersom individer själva tvingas bära en del av den risk de vill undvika. Försäkringen får i detta fall mer karaktären av ett bidrag. Ett effektivt kontrollsystem möjliggör således en lägre självrisk.

Problemet med adverse selection kan hanteras på flera olika sätt. Alla sätt är dock förknippade med en kostnad. En lösning är att teckna separata kontrakt med respektive riskgrupp. Separata kontrakt kommer dock endast att fungera om hög- och lågriskgrupper går att separera. Sådana kontrakt leder därför till en

kostnad för fördjupad riskbedömning. Om hög- och lågriskgrupper är svåra att separera kan kontrakt utformas så att individerna själva avslöjar vilken riskgrupp de tillhör. Kontraktet för lågriskgruppen måste då genom en självrisk göras oattraktivt för högriskgruppen. Det kan t.ex. ske genom olika premiestructurer för de olika riskgrupperna. Självrisk innebär dock att försäkringslösningen inte blir optimal eftersom individen inte tillåts att försäkra hela risken.

Ytterligare ett sätt att hantera problemet med adverse selection är att en försäkringsgivare erbjuder en gruppförsäkring till ett specifikt försäkringskollektiv eller att staten gör försäkringen obligatorisk. Även detta medför att försäkringen inte kan betraktas som en optimal försäkring då välfärdsförluster uppkommer genom att individen inte själv kan välja vilket försäkringskydd hon eller han vill ha, utan tvingas in i den kollektiva lösningen.

9.4 Finns det en försäkringsbar risk inom tandvård?

En risk kan sägas finnas när man vet att en händelse kan inträffa men inte om och när den kommer att göra det. Det är bara sådana händelser som lämpar sig för en försäkring.

Tandvården kan grovt sägas karaktäriseras av två typer av konsumtion. Den ena avser de rutinundersökningar som alla patienter behöver genomgå. Alla behöver inte gå lika ofta, men alla behöver gå regelbundet. Denna tandvårdskonsumtion kan inte sägas vara en risk, eftersom det inte finns någon osäkerhet om denna händelse skall inträffa eller ej. Denna del av tandvård lämpar sig mot en sådan bakgrund inte för en försäkringsliknande modell.

Den andra typen av tandvårdskonsumtion avser insatser för att reparera uppkomna skador och rehabilitera funktioner i munhålan. Hur omfattande tandvårdsbehoven blir och när de kommer att uppstå är mer eller mindre svårt att förutsäga. Ett sådant tandvårdsbehov kan sägas vara en risk, dvs. risken för att drabbas av problem som kräver omfattande och därmed kostnadskrävande tandvårdsinsatser. Vi vet att vi kan drabbas av sjukdom eller annan skada i munnen, men vi vet inte om och när detta inträffar.

Det finns i huvudsak två sätt att skydda patienten mot risken att drabbas av höga tandvårdskostnader. Ett sätt är att staten finansierar en viss del av kostnaden genom ett styckeprisbaserat skydd mot höga kostnader. Ett sådant system är enkelt och väletablerat inom

tandvården. Tredjepartsfinansiering skapar dock incitamentsproblem. När två parter skall komma överens om vad som skall göras och en tredje skall betala huvuddelen av detta är risken stor att mer och dyrare vård utförs än vad som är nödvändigt. Detta problem är särskilt påtagligt inom tandvården då antalet möjliga behandlingsalternativ i samma situation kan vara flera och alternativen skilja sig kraftigt åt i kostnader.

Ett annat sätt att skydda patienten mot höga kostnader är att ha ett försäkringssystem som hanterar riskerna, av utredningen benämnt tandvård till fast pris. Fördelen med ett sådant system är att det sprider risker och, rätt utformat, undviker incitamentsproblemen som förknippas med tredjepartsfinansiering. En uppenbar nackdel är dock att något sådant system inte existerar i dag och att det finns behov av ”produktutveckling”, dvs. skapa en balans mellan marknadsmässighet och socialförsäkringsmässighet (försäringen skall vara tillgänglig för många/alla).

Utifrån det förda resonemanget kan följande slutsatser dras.

1. Det finns en risk inom tandvården, nämligen risken att drabbas av höga tandvårdskostnader. Denna risk bör patienten kunna försäkra sig mot.
2. Risken varierar kraftigt mellan patienterna. Ett objektiva kriterium är ålder, därutöver finns ett stort antal subjektiva kriterier.
3. Om tandvård till fast pris skall fungera som en försäkring skall modellen åstadkomma två centrala saker: (i) skydda mot höga kostnader och (ii) sprida riskerna.
4. En sådan försäkring behöver vara tillgänglig för många/alla. Detta gör att frågan om balansen mellan marknadsmässighet och ”socialförsäkringsmässighet” behöver vägas.

9.5 Kan tandvård till fast pris utvecklas som en försäkringslösning?

Utredningen kan konstatera att processen för att utveckla tandvård till fast pris på nationell basis omfattar ett stort antal i sig komplexa frågeställningar. Nedan redovisas de centrala frågeställningar utredningen menar är grundläggande för en fortsatt diskussion.

9.5.1 Vad skall försäkras?

Ett grundläggande ställningstagande för en försäkringsmässig tandvårdsförsäkring är att bestämma vad försäkringen skall omfatta. Existensberättigandet för en försäkring vilar på förekomsten av risk. Finns det ingen risk finns det inte heller något behov av en försäkring eftersom individen då enkelt kan överblicka sina kostnader. Förekomsten av risk bygger på att vi inte vet om en händelse kommer att inträffa. Om det finns en risk är en försäkring ett samhällsekonomiskt effektivt sätt hantera denna. Varje enskild individ behöver inte spara pengar till oförutsedda händelser som inträffar relativt sällan eller aldrig men som om de inträffar innebär stora kostnader för individen. Idén med försäkringen är således att många delar på risken men bara några få drabbas.

Inom tandvården kan tandvårdskonsumtionen delas upp i två olika komponenter. En del består av kontinuerliga besök av undersökande och förebyggande karaktär som alla patienter behöver genomgå. Här finns knappast något inslag av risk då kostnaden för individen är välkänd och lätt att förutsäga. Den andra delen av tandvårdskonsumtionen består av insatser för att reparera och rehabilitera uppkomna skador i munnen. För detta tandvårdsbehov är det svårare att förutsäga vem som kommer att drabbas och när det i så fall kommer att inträffa. Denna typ av tandvård kan sägas bestå av ett riskmoment och är således lämpad för att hanteras inom ramen för en försäkring.

En slutsats av detta resonemang är att man inom tandvården bör kunna försäkra sig mot risken för höga tandvårdskostnader och inte försäkra den tandvård som har karaktären av nödvändig baskonsumtion. Kostnaderna kan dock vara så höga att statliga subventioner kan behövas för att uppnå en konsumtionsnivå som är samhällsekonomisk nyttig. Inom tandvårdsområdet kan exempelvis en subvention av förebyggande tandvård bidra till att sådan vård inte underkonsumeras.

9.5.2 Vem skall vara försäkringsgivare?

Ett andra ställningstagande som behöver göras är vem som skall vara försäkringsgivaren. Att staten på ett eller annat sätt är involverad i en tandvårdsförsäkring får nästan ses som en självklarhet men det behöver inte nödvändigtvis vara staten som är

försäkringsgivare. En tandvårdsförsäkring skulle kunna erbjudas via privata försäkringsbolag med tydliga statliga riktlinjer för vad försäkringen måste innehålla.

I den ekonomiska litteraturen brukar en statlig intervention på en marknad motiveras utifrån två olika argument. Ett argument har fördelningspolitiska grunder där en marknadslösning kan leda till en skev fördelning av levnadsstandarden i vid bemärkelse. På en försäkringsmarknad där det finns liten informationsasymmetri mellan försäkringsgivare och försäkringstagare kan separata kontrakt erbjudas till personer i olika riskgrupper. Det medför dock att om det finns stora skillnaderna mellan gruppernas sannolikhet att drabbas av en skada kommer premierna mellan riskgrupper variera förhållandevis mycket. För patienter med hög risk kan premierna bli så höga att själva idén med en försäkring urholkas. I många fall har inte heller patienterna ekonomiska möjligheter att teckna en sådan försäkring. Det skapas alltså fördelningsmässiga argument för staten att engagera sig på en sådan marknad.

Ett annat argument för en offentlig inblandning är marknadsmisslyckanden. En typ av marknadsmisslyckande som förekommer inom försäkringsområdet är problemet med adverse selection. Adverse selection uppkommer om det råder informationsasymmetri mellan försäkringsgivare och försäkringstagare som gör det svårt att på ett korrekt sätt riskklassificera patienter. Individer som vet att de har en lägre risk än vad försäkringsgivarens riskbedömning visar är mindre benägna att teckna en försäkring eftersom försäkringen är för dyr i förhållande till deras risk. När patienter med låg risk lämnar försäkringen tvingas försäkringsgivaren att höja premierna, vilket medför att fler patienter tycker att försäkringen är för dyr. Tillgången till försäkringsskydd blir därmed begränsad då försäkringsgivaren inte kan erbjuda aktuariskt riktiga premier till alla patienter och det uppstår ett slags marknadsmisslyckande. Problemet med adverse selection uppkommer endast om försäkringen är frivillig.

En allt vanligare uppfattning inom försäkringslitteraturen är dock att adverse selection inte är så vanligt förekommande inom hälsoförsäkringar. Försäkringsgivarens information om individens hälsostatus är i många fall god, och försäkringsgivaren vet ofta mer om patientens hälsa än patienten själv. Detta kan även anses gälla inom tandvården där tandläkaren genom att studera patientens tandstatus har en bättre bild av patientens risksituation än denna själv. Det torde därför vara relativt enkelt att försäkra sig i den

riskgrupp som man tillhör vid den aktuella tidpunkten. Finns det svårigheter med riskklassificeringen kan man i en marknadsutsatt försäkring korrigera felaktiga riskbedömningar i efterhand genom att premien för den kommande försäkringsperioden justeras. Nackdelen med detta är dock att patienten inte kan få ett fullgott skydd mot exempelvis höga tandvårdskostnader då premien vid skada kan komma att justeras. Många gånger är det just risken för att hamna i en allt för hög riskgrupp som individen vill försäkra sig emot. Något som en helt privat lösning ofta inte kan erbjuda. Möjligheten att justera premierna för nästkommande försäkringsperiod kan dock ha en positiv inverkan på förekomsten av moral hazard då patienten vet att om den missköter sig kommer försäkringen att bli dyrare i framtiden.

För att en privat försäkringslösning skall bli långsiktig hållbar krävs att det skapas goda incitament för såväl vårdgivare som patienter. En försäkring som erbjuds av privata försäkringsbolag riskerar att få problem med både utbudsstyrd efterfrågan och moral hazard ex post. Vårdgivaren har i en sådan försäkring inga incitament att begränsa tandvårdskonsumtionen eftersom ökad konsumtion inte är förknippad med någon ytterligare kostnad för tandläkaren. Patienten har inte heller något incitament att begränsa tandvårdskonsumtionen då en försäkrad patient kommer att efterfråga den bästa tandvård som kan erbjudas, vilket inte alltid är den mest kostnadseffektiva. Både vårdgivaren och patienten har således incitament som verkar för en ökad tandvårdskonsumtion. Moral hazard ex post kan delvis hanteras via en egenavgift och tydliga kriterier för vilket tandvård som skall ersättas.

Vårdgivarens incitament att begränsa tandvårdskonsumtionen är dock svår att hantera i ett sådant system. För att vårdgivaren skall få tydliga incitament att begränsa tandvårdskonsumtionen krävs att denne på ett eller annat sätt är med och delar på risken. Detta skulle kunna ske genom ett försäkringskontrakt som utgår från vårdgivaren, men det innebär samtidigt att risken för undervård kan öka. Ett sätt att hantera detta är genom tydliga kriterier för vad kontraktet skall omfatta i kombination med en egenandel för patienten och möjligheten att överpröva vårdgivarens beslut till en förtroendenämnd.

Svårigheten med att låta varje enskild vårdgivare vara försäkringsgivare är dels att dessa inte har någon erfarenhet av att bedriva försäkringsrörelse, men också svårigheten för mindre vårdgivare att

poola risker.⁴ Problemet med vårdgivares finansiella riskexponering skulle kunna hanteras genom att dessa erbjuds en återförsäkring hos staten eller hos privata försäkringsbolag.

En avgörande fråga för en tandvårdsförsäkrings långsiktiga legitimitet är förmågan att definiera vilken tandvård som skall omfattas av försäkringen och möjligheten att efterleva dessa kriterier. Ju mer omfattande och generös en försäkring är desto viktigare är det att se till att inga andra än de som uppfyller villkoren får ersättning från försäkringen. Huruvida en privat eller offentlig lösning är bäst skickad att hanteras detta är inte helt självklart. Man kan dock konstatera att incitamenten till preventivt arbete men också till att agera portvakt i ett försäkringssystem är betydligt tydligare i en privat lösning än i en offentlig. För ett privat bolag är varje försäkringsärende som kan avstyras ett bidrag till en ökad vinst för försäkringen och möjligheter för dess administratörer att ta del av denna vinst. I en offentlig lösning finns inte samma incitament på individnivå då det är ovanligt med bonussystem för tjänstemän i offentlig tjänst.

De fördelningsmässiga grunderna och risken för marknadsmisslyckande är argument för att en tandvårdsförsäkring skall administreras i statlig regi. Om lösningen istället söks på den privata försäkringsmarknaden behöver staten på något sätt subventionera premierna för de med den högsta risken så att även denna grupp tillförsäkras ekonomiska möjligheter att teckna en tandvårdsförsäkring.

9.5.3 Obligatorisk eller frivillig försäkring?

Huruvida en försäkring skall vara frivillig eller obligatorisk handlar i stor utsträckning om vilket ansvar för att hantera den egna risken som skall läggas på den enskilda individen. En frivillig försäkring får till följd att alla individer inte kommer att ha ett försäkringsskydd. Antingen för att de själva väljer att hantera sin risk på egen hand eller för att de inte kan erbjudas en försäkring som passar deras ekonomiska ramar. Valet mellan en obligatorisk och frivillig försäkring handlar därför i stor utsträckning om statens inställning till att alla inte täcks av ett försäkringsskydd. Inom socialförsäkringens och sjukvårdens område har staten ansett att de fördelningsmässiga principerna varit så viktiga att man valt att

⁴ Med poola risker avses möjligheten att sprida risker.

hantera dessa försäkringar inom ett obligatorium. Ingen skall exempelvis nekas sjukvård vid en allvarlig sjukdom. Inom sakförsäkringsområdet har dock staten i stor utsträckning överlåtit till den enskilde individen att bestämma hur den skall hantera sin egen risk. De som inte vill försäkra sitt hus kan välja att avstå men får då själva stå för kostnaden om huset brinner ned.

Ur ett försäkringsmässigt perspektiv kan i teorin en frivillig försäkring anses vara mer effektiv än en obligatorisk försäkring eftersom varje individ då, givet riskdifferentierade premier, kan erbjudas ett försäkringsskydd som motsvarar den egna risken. Detta kan i och för sig även göras i en obligatorisk försäkring om man väljer att differentiera premierna inom ramen för obligatoriet. De fördelningsmässiga vinsterna med en obligatorisk försäkring försvinner då men kan hanteras genom att premierna i olika riskgrupper subventioneras. En sådan lösning kan dock ur effektivitetssynpunkt aldrig vara lika bra som en helt frivillig försäkring.

En frivillig försäkring förutsätter dock att premierna riskdifferentieras. Annars finns risken att försäkringen undermineras av problematiken med adverse selection. Om premierna av ett eller annat skäl inte kan riskdifferentieras måste försäkringen vara obligatorisk för att hantera problematiken med adverse selection. En avsaknad av riskdifferentierade premier leder också till att problemet med moral hazard kan komma att öka eftersom premierna då inte är kopplade till den individuella risken. Problemet moral hazard kan också till viss del hanteras genom strikta regler för försäkringen och införandet av en självrisk.

9.5.4 Hur skall premierna sättas?

Den grundläggande skillnaden mellan frivilliga försäkringar och socialförsäkringar ligger i premiesättningen. I marknadsförsäkringar sätts premierna efter aktuariska principer, vilka bygger på ett samband mellan premie och ersättning på såväl individ- som systemnivå. Varje individ skall betala den premie som motsvarar den förväntade ersättningen från försäkringen och de samlade premierna skall motsvara de samlade förväntade utbetalningarna. Det innebär att det i en aktuarisk premiesättning finns en omfördelning mellan personer med samma risk men inte en omfördelning mellan personer med olika risk. I praktiken är det dock allt för administrativt kostsamt att ha individuella premier

baserade på varje enskild individs personliga risk. Individerna delas därför in i olika riskgrupper där en gemensam premie sätts för respektive riskgrupp. Det innebär att det i praktiken finns en omfördelning inom riskgruppen eftersom alla personer inom riskgruppen inte har samma risk.

I en socialförsäkring är fokus på att utjämna premierna mellan olika individer. Alla får betala samma premie och försäkringstagare med låga risker subventionerar därmed dem med höga risker. Socialförsäkringens grundidé bygger på att alla får vara med i försäkringen och att ingen exkluderas av ekonomiska skäl. Försäkringen måste i princip vara obligatorisk för att hantera problematiken med adverse selection.

En försäkringslösning med riskutjämnande premier har således fördelningsmässiga fördelar framför en riskdiversifierande försäkring. Inom tandvårdsområdet kan detta vara en fördel då sämre tandhälsa ofta är förknippad med en sämre social situation. Försäkringen är dock inte försäkringsmässigt optimal och resulterar i välfärdsförluster eftersom personer med låg risk får betala ett för högt pris för sitt försäkringsskydd.

En frivillig marknadsförsäkring måste i princip ha riskdifferentierade premier för att hantera problematiken med adverse selection. Under förutsättning att premierna i de höga riskgrupperna inte blir allt för dyra är en marknadsförsäkring en effektivare försäkringslösning än en socialförsäkring. Alla får den försäkring som de efterfrågar och välfärdsförlusterna minimeras. Risken finns dock att premierna för högriskgrupper blir så höga att alla inte har råd att vara med i försäkringen. Det uppstår då något som kan betecknas som ett marknadsmisslyckande eller icke önskvärt ur ett socialt perspektiv och som kräver ett offentligt ingrepp på marknaden för att ett försäkringsskydd skall kunna ges till alla.

9.5.5 Offentlig och privat tandvård

Sveriges Kommuner och Landsting respektive Privattandläkarna har fått möjlighet att till utredningen inkomma med synpunkter på förutsättningarna för utveckling av ett nationellt system med tandvård till fast pris. Nedan återges deras synpunkter. Utredningen har inte gjort någon bedömning av synpunkterna.

Sveriges Kommuner och Landsting har bl.a. uppgivit följande.

- En nationell modell bör bygga på gemensamma riskgrupper, avgiftsklasser och garantier. Grundnivån bör vara nationellt definierad, men enskilda landsting skall kunna besluta om tillägg utöver grundnivån. Viktigt att det är tydligt för patienten vad den gemensamma grundnivån innehåller och avgiften för denna. Gör det möjligt för patienten att byta vid flytt över länsgräns.
- Priserna sätts fritt, men anges även för grundnivå där tillägg tillämpas. Skall vara lätt för patienten att jämföra priserna för grundnivån och se vad eventuellt tillägg innefattar och kostar.
- Det är önskvärt att privattandvården deltar på något sätt i utarbetandet eller på annat sätt är delaktiga i framtagandet av en gemensam modell. Det bör vara möjligt att byta mellan offentlig och privat tandvård.
- Önskvärt är att ersättningsbeloppen differentieras efter riskklassificering, men risken för glidning mot högre riskbedömningsnivå är uppenbar. Svårt konstruera en modell som kontrollerar detta. Finns exempel på kriterier som vägs in i riskgruppering och avgiftsklassificering. Kriterierna bör vara objektiva så långt som möjligt och tydligt beskrivna, t.ex. ålder, antal tänder, antal lagningar etc.
- För att göra riskbedömning och riskgruppering på ett enhetligt och kontrollerbart sätt bör det samordnas vilka kriterier som vägs in, kalibrering av värderingen och hjälpmedel för patienten att kolla upp sin klassificering.
- Försäkringskassan eller Praktikertjänst AB bör kunna svara för återförsäkring för enskilda vårdgivare.
- En nationell fast prismodell bör förbättra förutsättningarna för konkurrens genom att det blir lättare för patienten att jämföra priser och att byta vårdgivare.
- Om fastpristandvården kombineras med per capita-ersättning och detta leder till en jämnare fördelning över landet av tandläkarresurserna, skulle detta stärka konkurrensen i de delar av landet där det i dag finns få privata alternativ.
- Abonnemangstandvård finns redan etablerad i flertalet landsting. Utvecklingsarbete pågår för närvarande avseende en gemensam grundmodell. Förstärks abonnemangstandvården ekonomiskt genom ökad statlig subvention är detta en både möjlig och lämplig väg att vidareutveckla tandvård till fast pris.

Privattandläkarna har bl.a. uppgivit följande.

- För att enskilda vårdgivare skall kunna tillämpa ett fast pris-system krävs stora volymer från start, fri prissättning, konkurrensneutralitet, lösningar på hur akuttandvård/trauma skall hanteras, flyttbarhet för patienter, rättssäkerhet, hantering för civilrättsliga tvister, trygg återförsäkring, hantering av specialisttandvård och remissförfarande, inträdeskrav, väl fungerande transfereringssystem samt en rättvis och tydlig riskbaserad ersättning efter patientens vårdbehov och ett högkostnads-skydd.
- Det är möjligt att differentiera ersättningsbeloppen, men det är svårt att definiera den omfattning av vård som ersättningen skall svara mot. En kalibrerad riskbedömning kan möjligen vara teoretiskt tänkbar, men det kräver extremt detaljerade regelverk.
- Staten kan ha en roll som garant för återförsäkring och risk-spridning. Detta kräver dock en hög anslutningsgrad till systemet, sannolikt kollektivanslutning av såväl patient som tandläkare.
- Ett fast pris-system måste ta hänsyn till de olika förutsättningar som råder mellan privat och offentlig tandvård. Fast pris-system gynnar stordrift, vilket skulle tvinga fram en marknad med få större aktörer, vilket i sin tur skulle försvåra möjligheterna för småföretagande inom tandvård och skapa hinder för nyetablering. Konkurrens och flyttbarhet över gränserna i EU skulle sannolikt också påverkas.
- Vår bedömning är att det i ett fast pris-system är svårt att säkerställa flyttbarheten fullt ut. Risken för inlåsnings effekter är uppenbar.
- I dagsläget är det svårt att se hur dagens form av abonnemangssystem skall kunna bli ett nationellt fast pris-system. Luckorna i informationen är för stora och det finns inget vetenskapligt stöd för att capitering har en mer positiv inverkan på tandhälsan. Abonnemangstandvård är för oss inget annat än ett sätt att betala för sin tandvård.

Konkurrensverket har också lämnat synpunkter på utredningens principiella resonemang om tandvård till fast pris. Bl.a. har följande nämnts.

- Att införa ett nationellt fast pris-system är en genomgripande åtgärd för tandvårdsföretagen där dessa skall erbjuda en ny tjänst. Därvid bör man ta hänsyn till folktandvårdens dominerande ställning inom barn- och ungdomstandvården. Jämfört med privattandläkare har folktandvården bättre förutsättningar att ”fånga upp” de unga patienterna som kunder inom vuxentandvården. Landstingens finansiella förutsättningar och nämnda marknadsdominans ger folktandvården generellt bättre möjligheter än privata företag, och främst små företag, att bedöma ungas tandstatus och finansiera felbedömningar av framtida tandskador och vårdkostnader. Ett fast pris-system är en partiell försäkringslösning som får anses förutsätta att tandvårdsproducenter, inte minst de små, kan återförsäkra nämnda risker.
- Konkurrensverket vill peka på möjligheten för landstingen att subventionera vuxentandvården med skattemedel. En sådan subvention snedvrider konkurrensen. För att uppnå konkurrensneutralitet mellan folktandvården och privata tandvårdsföretag är det angeläget att via landstingens ekonomiska redovisning kunna se om vuxentandvården subventioneras. Det är angeläget att införa regler för landstingens redovisning som gör det möjligt att upptäcka konkurrensstörande subventioner. Vidare bör regleras vad som skall gälla när det utgår sådana subventioner.
- Ett obligatoriskt system med fasta priser gynnar främst storskaliga lösningar och stora tandvårdsproducenter och kan motverka nyetablering. Dessa förhållanden och nämnda risk för subventioner kan på sikt medföra att tandvården helt domineras av folktandvården och Praktikertjänst AB på lokala marknader. Det kan försvaga konkurrensen och medföra höga fastpriser. Konkurrensverket anser att ett minimikrav är att ett fastpris-system kombineras med åtgärder för att stärka patientens ställning och lösa nämnda konkurrensproblem inklusive momsfrågan.

9.6 Utveckling av abonnemangstandvården

9.6.1 Syfte med abonnemangstandvården

Ett övergripande syfte med abonnemangstandvården är att premiera god tandhälsa, med särskilt fokus på preventiva insatser. Detta syfte kan dock sägas vara giltigt för en stor del av tandvården. Ett annat syfte kan sägas vara att erbjuda en betalningsform som innebär att tandvårdskostnaderna periodiseras. Enkätundersökningar visar att många patienter, särskilt i de yngre åldersgrupperna, avstår från tandvård av ekonomiska skäl. Förklaringar som anges är dels att man uppfattar tandvård som dyrt, dels att tandvårdskostnader uppfattas som oförutsägbara och därmed svåra att hantera. För sådana patienter kan abonnemangstandvård vara ett alternativ, eftersom tandvårdskostnaderna blir förutsägbara. För de flesta abonnemangspatienter är tandvårdsbehoven relativt små. Därmed blir abonnemangsavgiften relativt begränsad. En vanlig avgift för en person i åldersgruppen 20–29 år i de lägsta riskklasserna är 35–40 kronor per månad.

Ytterligare ett syfte är att stimulera regelbundna tandvårdsbesök för undersökning och viss förebyggande vård. Besöksfrekvensen bland de yngre åldersgrupperna är låg och fallande. Att knyta sådana patienter till en vårdgivare genom två eller tre år långa avtal kan leda till ökad regelbundenhet och en ökad besöksfrekvens. Vidare är ett syfte med abonnemangstandvården att stimulera till god egenvård. Abonnemangsavtalen mellan vårdgivare och patient innehåller ofta inslag av åtaganden som patienten gör såvitt avser den egna munvården, kosthållning eller andra livsstilsfaktorer som t.ex. rökning.

9.6.2 Dagens abonnemangstandvård

Abonnemangstandvård är ett system som bygger på fasta ersättningsbelopp (s.k. capitation). I den delen har abonnemangstandvården likheter med det system som utredningen benämner tandvård till fast pris. Utredningen angav i ett delbetänkande att möjligheten att lämna ett differentierat statligt stöd beroende på ålder, där högre ersättning ges till patienter med högre ålder, bör övervägas. Syftet med detta skulle vara att möjliggöra ett ökat inslag av försäkringsmässighet i abonnemangstandvården.

Dagens abonnemangstandvård tillämpas inom folktandvården i flera landsting. Modellerna skiljer sig åt vad gäller omfattning och riskgruppering. Generellt kan dock sägas att dagens abonnemangstandvård har ett begränsat inslag av försäkringsmässighet och i praktiken utgör en form av periodisering eller avbetalningssystem. Detta eftersom den företrädesvis vänder sig till patienter i åldersgrupper där vårdbehovet är relativt litet och i huvudsak är inriktad på förebyggande vård. Denna typ av vård kan i mycket liten utsträckning anses vara förknippad med någon risk eftersom i princip alla patienter som besöker tandvården behöver förebyggande insatser. Abonnemangstandvården fyller dock andra syften som t.ex. att stimulera patienten till regelbundna besök och ett ökat ansvarstagande för egenvården.

Ersättningen från det statliga tandvårdsstödet är i dagens system 200 kronor per patient och år. För att ha rätt till denna ersättning krävs att abonnemangsavtalet omfattar all nödvändig bastandvård och löper över två år. Utöver dessa grundläggande krav är vårdgivarna fria att begränsa och definiera målgrupper, avgiftsnivåer, omfattning etc.

Som redovisas i avsnitt 7 finns cirka 120 000 abonnemangspatienter, varav drygt hälften är patienter i åldern 20–29 år.

Det råder stora skillnader mellan landstingen vad gäller antalet tecknade abonnemang. Flera landsting har en åldersbegränsning lägre än 65 år, men anger att man på sikt arbetar för en utökning av åldersintervallet. I fyra landsting ingår enbart bastandvård, i övriga landsting ingår i varierande grad viss protetik eller viss annan tandvård. Den vanligaste begränsningen för rätten att teckna abonnemang är ålder, men även begränsningar som långtidssjukdom, stora vårdbehov, omfattande protetiska insatser, ortodonti (tandreglering), trauma, kosmetisk tandvård samt skulder (t.ex. obetalda patientavgifter) förekommer.

Sveriges Folktandvårdsförening har initierat ett arbete som syftar till att utarbeta en gemensam modell för abonnemangstandvården. Avsikten är att modellen skall bygga på gemensamma riskgrupper, avgiftsklasser och garantier. Utöver en enhetlig grundnivå bör enskilda landsting kunna besluta om tillägg.

9.6.3 Slutsatser

Utredningen kan konstatera att dagens abonnemangstandvård har en inriktning och profil som gör att den i dag inte uppfyller de krav som måste ställas på en tandvårdsförsäkring för att den skall kunna användas av alla patienter och utgöra det dominerande ersättnings-systemet inom svensk tandvård.

För att fungera som en sådan försäkring måste abonnemanget ge ett ekonomiskt skydd mot höga tandvårdskostnader på grund av oväntade och plötsliga händelser. Den nuvarande abonnemangstandvården kan dock inte sägas uppfylla detta krav. De flesta abonnemang har begränsningar när det gäller vilken tandvård som omfattas och vilka patienter som har möjlighet att teckna abonnemang. De flesta landsting erbjuder endast abonnemang för bastandvården, vilket står i överensstämmelse med regelverket. De landsting som erbjuder abonnemang som omfattar mer än bastandvård har i de flesta fall begränsningar som utesluter den mest kostsamma protetiken. De landsting som erbjuder abonnemang till åldersgrupper mellan 50 och 65 år har i många fall markant högre avgiftsnivåer för dessa grupper. Om patienter i vissa åldersgrupper inte erbjuds abonnemang eller endast erbjuds abonnemang till en hög avgift innebär det att en stor grupp patienter som har försäkringsbara risker utesluts från försäkringssystemet.

En försäkringslösning inom det statliga tandvårdsstödet behöver vara ett generellt system som är anpassat för och kan tillämpas av såväl privata som offentliga vårdgivare på ett konkurrensneutralt sätt. Systemet behöver omfatta nationellt definierade och enhetliga riskgrupper för att skapa förutsättningar för flyttbarhet av avtal och rörlighet på marknaden.

Utredningen slutsats är att dagens abonnemangstandvård inte fyller de krav som måste ställas på en generell försäkringsmodell för tandvård, av utredningen benämnd tandvård till fast pris. Möjligheterna att på kort sikt utveckla dagens abonnemangstandvård till ett sådant system torde vara relativt begränsade. På länge sikt bör dock möjligheterna finnas. Utredningen har i detta avsnitt pekat på fyra grundläggande försäkringstekniska frågor som behöver lösas för att tandvård till fast pris skall kunna bli det dominerande systemet på tandvårdsmarknaden. Dessa frågor omfattar vad som skall försäkras, vem som skall vara försäkringsgivare, huruvida försäkringen skall vara obligatorisk eller frivillig samt frågan om enhetliga eller differentierade premier. När dessa

frågor lösts på ett fullständigt sätt med beaktande av behovet om konkurrensneutralitet ser utredningen förutsättningar för att utveckla ett nationellt system som erbjuder tandvård till fast pris för alla patienter.

Även om dagens abonnemangstandvård inte uppfyller de krav som utredningen ställer på ett system med tandvård till fast pris finns ett antal viktiga fördelar i abonnemangsformen, som stödjer ambitionen om en hälsobevarende och hälsobefrämjande profil inom tandvården. Att teckna ett abonnemangsavtal gör att patienten periodiserar sina tandvårdskostnader och knyter patienten till vårdgivaren, vilket är två faktorer som kan underlätta för en del grupper att etablera en regelbunden tandvårdskontakt. Utredningen anser att abonnemangstandvården därför bör ges fortsatta möjligheter att utvecklas och kunna erbjudas av både privata och offentliga vårdgivare på ett konkurrens neutralt sätt.

10 Mål och principer för det nya tandvårdsstödet

10.1 Det nuvarande tandvårdsstödet

10.1.1 Inledning

Priserna för tandvård har ökat kraftigt sedan 1999, då tandvårdsmarknaden avreglerades och priserna släpptes fria. Prisökningarna har i kombination med politiska beslut medfört att den offentliga subventionen har urholkats. Patienterna har därmed fått betala allt mer själva för sin tandvård. 20 procent av den vuxna befolkningen uppger i enkätundersökningar¹ att man avstår från tandvård, trots att man upplever sig ha ett tandvårdsbehov. Huvuddelen av dessa uppger ekonomiska skäl som orsak till att inte besöka tandvården. Särskilt utsatta är grupper med socioekonomiskt svag ställning.

Sedan det statliga tandvårdsstödet infördes 1974 har det skett en mängd förändringar av reglerna kring tandvårdsmarknaden. Givetvis är det nödvändigt att reglerna förändras när det finns ett behov av detta men utredningen anser att den statliga regleringen av tandvårdsmarknaden inte har präglats av tillräcklig långsiktighet. I stället för att finna långsiktiga processer för att anpassa tandvårdsstödet till förändringarna på tandvårdsmarknaden har regleringen byggt på marginaljusteringar och beslut om vissa avgränsade delar av tandvården. Tandvårdsstödet har med tiden utvecklats till ett svåröverskådligt ersättningssystem som inte i tillräcklig utsträckning bygger på en helhetssyn när det gäller styrning och uppföljning. Resultatet har blivit en ofullständig reglering som varken gynnat patientens ställning, tillgodosett vårdgivarnas behov av stabila spelregler eller statens behov av att kunna följa resursanvändning och resultat inom tandvården.

¹ Bl.a. Folkhälsoinstitutet (2005a).

10.1.2 Skydd mot höga kostnader i dag

Det nuvarande tandvårdsstödet, som infördes den 1 januari 1999, ger i praktiken inte något verkligt skydd mot höga kostnader. Konstruktionen med fasta grundbelopp på de aktuella nivåerna medför att subventionen utgår med relativt sett små belopp till ett stort antal patienter ("lite till alla"), se avsnitt 4. Effekten blir att de med höga tandvårdskostnader inte prioriteras.

Det enda egentliga skydd mot höga kostnader som finns i dagens tandvårdsstöd avser protetiska behandlingar för gruppen som är 65 år och äldre, det s.k. 65+systemet. Detta högkostnadsskydd omfattar inte bastandvård, som t.ex. fyllningar eller rotbehandlingar. Denna gränsdragning bidrar till vårdstyrande effekter, vilka i många fall är negativa, eftersom det skapas starka ekonomiska incitament för både patient och vårdgivare att genomföra kostsam vård som inte alltid utgår från ambitionen att bevara befintliga tänder.

Vidare är det nuvarande 65+systemet konstruerat så att den statliga ersättningen beräknas på folktandvårdens pris i det landsting där vården utförs. Detta oavsett om vårdgivaren de facto tar ut ett annat pris. Om vårdgivaren har ett högre pris än folktandvården debiteras mellanskillnaden patienten. Detta i kombination med att vissa materialkostnader (ädel- och gjutmetaller) inte omfattas av högkostnadsskyddet gör att patientens faktiska kostnad oftast uppgår till ett betydligt högre belopp än de 7 700 kronor som utgör karensbeloppet i högkostnadsskyddet.

10.1.3 Förebyggande tandvård

Förståelsen för vikten av förebyggande och tidiga insatser är god inom svensk tandvård. Utredningen menar dock att den förebyggande tandvården behöver få en ännu starkare ställning och tydliggöras inom det statliga tandvårdsstödet. Orsakerna till detta är flera. Den förbättring av tandhälsan som märks medför att allt fler personer har allt fler egna tänder i behåll. Det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader, både för individen och för samhället, är att kontinuerligt vidta förebyggande insatser så att den goda tandhälsan bevaras. Det är även viktigt att tidigt identifiera och behandla sjukdomar i munhålan samt uppkomna skador på tidigare behandlade tänder.

Enkätundersökningar visar att cirka 85 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården under en tvåårsperiod, se avsnitt 4. Detta får betraktas som en relativt hög siffra, men det finns oroväckande tendenser, främst avseende minskade besökstal i vissa grupper. Besöksfrekvensen i åldersgruppen 20–44 år är klart lägre än genomsnittet och dessutom fallande.² Denna åldersgrupp har generellt sett god tandhälsa och kan därför uppfatta att de har mindre behov av att besöka tandvården. Det är dock tydligt att sådana patientgrupper har ett behov av att besöka tandvården för undersökning och vid behov viss förebyggande vård i syfte att bibehålla en god tandhälsa.

10.1.4 Styrning

Den statliga styrningen³ av tandvården syftar till att åstadkomma en resursfördelning som stämmer överens med de politiska prioriteringarna samt att säkerställa ett effektivt användande av statens resurser. Styrningen skall även medverka till en god kontroll över de statliga utgifterna.

Som redovisats i delbetänkandet SOU 2006:71 anser utredningen att dagens statliga styrning av tandvården är svag och splittrad. Utredningen anser att följande fyra instrument är centrala för en utvecklade statlig styrning, men att inget av dem används på ett tillräckligt effektivt sätt i dag.

Styrning mot en mer evidensbaserad tandvård, s.k. kunskapsstyrning

Kunskapsstyrning förekommer endast i begränsad omfattning på nationell nivå inom tandvården. Styrningen syftar till att öka evidensgraden samt att tydliggöra vad som är tandvård förenlig med kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att den utförda tandvården skall baseras på medveten och systematisk användning av bästa tillgängliga vetenskapliga faktaunderlag (evidens) tillsammans med klinisk erfarenhet och patientens preferenser. Ansvar för kunskapsstyrningen åvilar Socialstyrelsen, som har samma roll inom tandvården som inom övriga hälso- och sjukvården. Utredningen anser att Socialstyrelsen bör vara mer aktiv

² SCB (2006).

³ Med styrning menas bindande och icke-bindande reglering samt insatser som t.ex. systematisk uppföljning, tillsyn och kunskapsspridning.

när det gäller styrningen av vårdens innehåll. Socialstyrelsen bör i större utsträckning än i dag utfärda nationella riktlinjer i syfte att definiera vad som är vetenskap och beprövad erfarenhet samt att öka kunskapsbasen inom tandvården. Riktlinjerna bör även omfatta olika behandlingars kostnadseffektivitet och samhällsekonomiska effektivitet.

Styrning av vad som är ersättningsberättigande tandvård

Dagens regelverk anger inte tillräckligt tydligt vilken tandvård som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Därmed läggs ett stort ansvar på vårdgivaren att i varje enskilt fall bedöma vilken tandvård som berättigar till ersättning. I vissa specifika situationer anges dock att en förhandsprövning av behandlingsförslaget skall ske, vilket görs av Försäkringskassan. Det finns dock endast begränsat stöd i regelverket eller praxis för Försäkringskassan att avgöra vilken behandling som omfattas eller inte. Förhandsprövningsinstitutet leder därför inte till någon tydlig gränsdragning för vad som är ersättningsberättigande tandvård och fyller därför ingen egentlig funktion när det gäller kontrollen över de statliga utgifterna. Svårigheterna med att finna lagstöd för vad som är ersättningsberättigande tandvård har fått konsekvensen att de allra flesta förhandsprövningar godkänns. Andelen helt eller delvis beviljade förhandsprövningar har under perioden 2004–2006 uppgått till 94 procent av det totala antalet inkomna förhandsprövningar.

Förbättringar av tandvårdsmarknadens funktionssätt

Tandvårdsmarknaden fungerar inte tillräckligt väl, främst på grund av patientens informationsbrist om det egna tandvårdsbehovet, möjliga och lämpliga behandlingsåtgärder samt priser för olika behandlingar. Dagens reglering som syftar till att ge patienten bättre information är bristfällig. Undersökningar⁴ visar att knappt hälften av patienterna inte känner till att det råder fri prissättning på tandvårdstjänster. Försäkringskassan har regeringens uppdrag att följa prisutvecklingen och att informera patienterna om tandvårdsstödet. Prisundersökningarna görs via återkommande enkät-

⁴ FSI (2005).

undersökningar med skiftande svarsfrekvens. En översiktlig prisinformation presenteras på Försäkringskassans webbplats, men information som ger vägledning för patienten om ett pris är att betrakta som högt eller lågt, är begränsad. Vårdgivarna är skyldiga att anslå sina priser på synlig plats i mottagningen, men undersökningar⁵ visar att denna bestämmelse inte efterlevs i tillräcklig utsträckning. Man kan även ifrågasätta i hur stor grad patientens prisinformation förbättras genom denna regel.

Effektivare kontroll av utbetald ersättning och utförd vård

Kontrollen över de statliga utgifterna inom tandvårdsstödet, i betydelsen möjligheterna att förutsäga och begränsa utgifternas storlek, är svag, vilket märks särskilt inom 65+systemet. I och med det nya tandvårdsstödet kommer staten att öka sin finansieringsandel, vilket understryker behovet av att förbättra kontrollerna. Förhandsprövningarna, som avser att pröva vilken tandvård som omfattas av tandvårdsstödet eller ej, har kommit att även tillämpas i syfte att kontrollera efterlevnaden av regelverket. Utredningen menar dock att förhandsprövningarna som de tillämpas i dag varken leder till att i tillräcklig utsträckning definiera ersättningsberättigande tandvård eller på ett effektivt sätt kontrollera efterlevnaden av regelverket. Förhandsprövningarna kräver omfattande administrativa resurser, både av vårdgivare och Försäkringskassan, vilka inte kan anses vara motiverade med hänsyn till den eventuella effekt som de uppnår.

10.1.5 Uppföljning och utvärdering

För att staten skall kunna styra tandvården på ett effektivt sätt samt skapa förutsägbarhet i de statliga utgifterna och patientens kostnader krävs att staten har tillräcklig information om utvecklingen samt har tolkat denna information korrekt. En förutsättning för en förstärkt styrning är därmed att det genomförs systematisk uppföljning och utvärdering av tandvården. Detta behövs både för att utvärdera effekterna av tandvårdsreformen och för att löpande följa utvecklingen inom tandvården.

⁵ Bl.a. Försäkringskassan (2006).

Det råder stor brist på systematiska och tillräckligt omfattande uppgifter om tandhälsan hos den vuxna befolkningen. Försäkringskassan, tidigare Riksförsäkringsverket, har publicerat ett flertal rapporter om hur tandvårdsförsäkringen nyttjas. Däremot finns inga undersökningar som visar vilka tandhälsoeffekter och därmed vilken inverkan på folkhälsan som det offentliga tandvårdsstödet har haft. Det finns ett antal uppgifter inom tandvårdsområdet, särskilt inom vissa landsting, men tydliga brister vad gäller enhetlig och samlad statistik på nationell nivå. Som exempel kan nämnas att det inte finns någon samlad statistik över hur stor andel av den vuxna befolkningen som varje år besöker tandvården eller vilka tandvårdsåtgärder som utförs. Det finns heller ingen samlad och heltäckande statistik över de åtgärder som ersätts inom det statliga tandvårdsstödet eller hur många personer som årligen omfattas av den statliga ersättningen.

10.1.6 Administration

Dagens tandvårdsstöd administreras genom att vårdgivarna till Försäkringskassan lämnar s.k. tandvårdsräkningar och samlingsräkningar. Dessa upprättas av vårdgivarna i enlighet med Försäkringskassans föreskrifter. Cirka 40 procent av tandvårdsräkningarna lämnas elektroniskt och 60 procent i pappersformat.⁶ Försäkringskassans administrativa stödsystem för tandvårdsstödet är utformat för att betala ut tandvårdsersättning samt att i viss utsträckning kontrollera utbetalningarna. De automatiska kontroller som görs i systemet är dock högst begränsade. Systemet är alltså inte konstruerat för att hantera de ändamål som utredningen pekar på.

Tandvårdsräkningarna innehåller vissa uppgifter om tandvårds-konsumtionen som kan ligga till grund för viss uppföljning och utvärdering. Men eftersom tandvårdsräkningarna inte är utformade i detta syfte blir möjligheterna att använda statistiken från tandvårdsräkningarna begränsade. Vidare lämnas endast en begränsad del av räkningarna elektroniskt, vilket gör att uppgifterna i de flesta tandvårdsräkningar inte kan databearbetas på individnivå.

De vårdgivare som skickar tandvårdsräkningarna elektroniskt måste komplettera den elektroniska leveransen med att posta en pappersversion av samlingsräkningen, även om samlingsräkningen

⁶ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006a).

skickats elektroniskt. Anledningen till detta är att samlingsräkningen skall vara undertecknad. När Försäkringskassan löser frågan om elektronisk signatur räcker det med den elektroniska samlingsräkningen. System med elektronisk signatur finns redan inom socialförsäkringen där exempelvis föräldrapenning kan utbetalas efter elektronisk signatur av individen.

Försäkringskassan och Socialstyrelsen anger i en rapport⁷ till regeringen att det finns kritiska synpunkter från vårdgivarna om graden av användarvänlighet i det system som Försäkringskassan tillhandahåller i dag. Man har framfört att det uppstår besvärlig administration om Försäkringskassan hittar fel i den elektroniska tandvårdsräkningen. Det är också belastande att behöva skicka samlingsräkningen manuellt när tandvårdsräkningen skickats elektroniskt.

10.2 Mål för det nya tandvårdsstödet

Det nya tandvårdsstödet bör på en övergripande nivå ha två mål:

1. Att bibehålla god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov.
2. Att möjliggöra god tandvård för individer med stora tandvårdsbehov till en rimlig kostnad.

Det första målet är på lång sikt det viktigaste, eftersom förebyggande tandvård gör att det framtida vårdbehovet minimeras och därmed ger det bästa skyddet mot höga kostnader på sikt. Det andra målet är det viktigaste för de enskilda individer som drabbats av dålig tandhälsa och har stora behov av tandvård för att återskapa funktionerna i munnen.

Det första målet nås genom ett ekonomiskt stöd till förebyggande insatser och stimulans till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte. Det andra målet nås genom tillskapandet av ett skydd mot höga kostnader som skall minska de ekonomiska hindren för patienter att konsumera den tandvård som de behöver. Den förebyggande tandvården är dock central även för patienter med stora tandvårdsbehov.

Utredningen anser att ett effektmål för det nya tandvårdsstödet bör definieras utifrån det långsiktiga målet att minimera framtida

⁷ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006a).

tandvårdsbehov och därmed tandvårdskostnader. Effektmålet bör avse konsumtionen av förebyggande tandvård. Det mått som är lämpligt att nyttja är besöksfrekvensen i olika åldersgrupper.

Besöksfrekvensen för en åldersgrupp anger hur stor andel av gruppen som regelbundet besöker tandvården för en undersökning och vid behov viss förebyggande tandvård. Sådana regelbundna besök brukar benämnas revisionsundersökningar. Det s.k. revisionsintervallet avser hur lång tid som förflyter mellan revisionsundersökningarna. Detta är individuellt och bestäms av vårdgivaren beroende på individens tandhälsa och bedömda risk för utveckling av munsjukdom. Ett vanligt revisionsintervall är mellan ett och två år.

Besöksfrekvensen i den yngsta åldersgruppen, 20–29 år, är klart lägre än genomsnittet för den vuxna befolkningen. Trenden är dessutom avtagande. Mot en sådan bakgrund anser utredningen att ett första effektmål för det nya tandvårdsstödet bör vara en ökad besöksfrekvens i de yngsta åldersgrupperna. En närmare beskrivning av beräkningarna för detta effektmål framgår av avsnitt 19.

Vidare bör ett effektmål definieras som avser tandvård som ges till patienter med omfattande tandvårdsbehov. Denna tandvård bör kombineras med förebyggande insatser samt så långt som möjligt bevara munnens vävnader genom att t.ex. vårda de naturliga tänderna. De tandvårdsåtgärder som utförs bör vara kostnadseffektiva och samhällsekonomiskt effektiva. Mått som kan vara lämpliga att nyttja för att formulera ett effektmål är antalet kvarvarande respektive antalet intakta tänder. Utredningen anser att ett kompletterande effektmål för det nya tandvårdsstödet bör vara ett ökat antal kvarvarande egna tänder i befolkningen. Då det saknas uppgifter om antalet kvarvarande tänder i nuläget är det svårt att definiera detta mål mer exakt. Utredningen anser att den närmare definitionen av målet bör göras i ett senare skede, då utgångsläget är bättre kartlagt.

10.3 Principiella utgångspunkter

Mot ovan angivna bakgrund är det viktigt att det nya stödet bygger på institutioner som skapar långsiktig förutsägbarhet samtidigt som de möjliggör nödvändiga förändringar av reglerna kring tandvårdsstödet. Dessa institutioner bör ta hänsyn till tandvårdsmarknadens struktur med ett stort inslag av mindre enskilda vårdgivare.

Det behöver finnas givna spelregler men också utrymme för anpassningar. Därigenom skapas viktig förutsägbarhet för såväl staten, vårdgivare som patienter. Utredningen anser att dagens administration, kontroll och uppföljning av det statliga tandvårdsstödet i stor utsträckning bygger på bristande helhetsperspektiv, ett alltför otydligt regelverk och ett icke ändamålsenligt IT-stöd. En konsekvent och samlad hantering av tandvårdsstödet ger förutsättningar för en enklare administration av stödet hos både vårdgivare och Försäkringskassan.

Av utredningens direktiv framgår att det statliga tandvårdsstödet skall reformeras. Reformeringen skall syfta till att åstadkomma ett skydd mot höga tandvårdskostnader samt skapa rimliga villkor för den förebyggande tandvården.

I tandvårdslagen (1985:125) anges att det övergripande målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Detta innebär att ingen enskild av ekonomiska, politiska, religiösa, kulturella eller andra skäl skall hindras från att få tandvård. Vidare är innebörden av det övergripande målet att företräde skall ges till den som har det största behovet av tandvård. Slutligen skall de som har behov av tandvård inte behöva avstå av ekonomiska skäl.

Mot denna bakgrund är det viktigt att utforma det nya stödet på ett sätt som så långt som möjligt medger att de statliga resurserna träffar de individer som har de största behoven. Definitionen av vilka behov man har är dock i hög grad individuell, både när det gäller patientens och vårdgivarens bedömningar. Individens uppfattning om tandstatus är starkt vägledande i situationer som mer handlar om utseendet i munnen än om rena sjukdomstillstånd.

Samtidigt måste det statliga tandvårdsstödet väga individens uppfattning om vilka tandvårdsbehov man har mot övergripande aspekter som rör samhällsekonomi, kostnadseffektivitet och krav på god hushållning med de statliga resurserna. Inom ramen för tandvårdsstödet leder de ekonomiska begränsningarna till att patientens behandlingsval inte kan vara helt fritt såvitt avser vilken tandvård som är ersättningsberättigande. Detta betyder att en viss behandling givetvis kan genomföras, men att den inte alltid berättigar till ersättning, trots att individen kan uppfatta sig ha ett stort behov av den. Åtgärder som inte ersätts kan sägas vara nedprioriterade ur befolkningshänseende eller av ekonomiska skäl. Eftersom tandvårdsstödet ersättningsregler är styrande för den vård som utförs kan dock detta komma att få konsekvenser för den enskilde

patienten som förväntar sig att bli behandlad efter de egna behoven.

Utredningen anser att grundprincipen vid utformningen av ett tandvårdsstöd måste vara att sträva efter att stödet utgår efter behov. Detta leder till ett ur samhällsekonomiskt perspektiv mer effektivt tandvårdsstöd, där vården utförs då behov uppstår, i stället för att ackumuleras i väntan på att en viss ålder skall uppnås. Detta bidrar även till att minska obehag och lidande för patienten.

Det statliga stödet förstärks väsentligt och syftet är att resurserna skall träffa de patienter som har de största behoven. Detta uttrycker en prioritering som får till följd att tandvårdsreformen inte generellt kan sägas syfta till att göra tandvård billigare för alla. I stället fördelas resurserna så att mycket stöd ges till patienter med höga tandvårdskostnader och lite stöd till patienter med låga tandvårdskostnader.

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

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

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

Stödet skall utformas på ett sådant sätt att det stödjer en positiv utveckling av tandvårdsmarknadens funktionssätt. Det skall inte medföra incitament för patienter eller vårdgivare som leder till oönskade vårddrivande eller vårdstyrande effekter. Det nya tandvårdsstödet skall således inte ge ekonomiska incitament till överkonsumtion av tandvård eller till att ekonomiskt eller odontologiskt olämpliga alternativ premieras.

10.3.1 Enkel och sammanhållen modell

Det nya tandvårdsstödet skall utformas som en enkel och sammanhållen modell. En enkel modell bidrar till att stärka patientens ställning genom att det blir lättare för patienten att förstå vad som omfattas av det statliga tandvårdsstödet och hur stor subvention man har rätt att få. Vidare möjliggör en enkel modell att vårdgivarnas arbete underlättas, främst genom att vårdgivarnas administrativa kostnader kan minskas. Även den statliga administrationen minskas genom att modellen är enkel.

Enkelheten i utredningens förslag till nytt tandvårdsstöd uttrycks främst genom att den grundläggande konstruktionen bör vara enkel i sin uppbyggnad med generella karensbelopp och fastställda ersättningsnivåer. Utgångspunkten är att grundkonstruktionen skall vara densamma oavsett ålder, typ av vård eller andra faktorer. Så långt som möjligt bör särregler eller separata system för begränsade syften eller målgrupper undvikas. Särlösningar för vissa grupper riskerar att skapa marginaleffekter och trösklar som kan få negativa vårdstyrande effekter, vilket erfarenheterna från dagens 65+system visar. Sådana negativa effekter riskerar dock att bli mest påtagliga i delar av tandvårdsstödet där ersättning lämnas beroende av storleken på patientens samlade tandvårdskonsumtion, dvs. skyddet mot höga kostnader.

Utredningens förslag bör bygga på en tydlig definition av vad som är ersättningsberättigande tandvård. Ett sådant regelverk bör syfta till flera saker, bl.a. att påverka vårdens inriktning och att skapa en definition och prioritering av de ändamål som de statliga resurserna skall gå till. Ett syfte bör också vara att åstadkomma en högre grad av enkelhet och förutsägbarhet för vårdgivarna och patienterna genom att dessa själva i högre utsträckning kan bedöma vad som är ersättningsberättigande tandvård och inte. Ett tydligare regelverk skapar därmed förutsättningar för att till största del ersätta dagens förhandsprövningsinstitut med efterhandskontroller.

För att skapa förutsättningar för effektiv uppföljning och kontroll av tandvårdsstödet bör den löpande statistiken utvecklas. Sådant statistik är även en viktig grund för att så långt som möjligt minimera risken för felaktigt utnyttjande av stödet. Vidare bör uppgiftslämningen från vårdgivarna utformas på ett sätt som gör det möjligt att lämna ersättning baserad på patientens totala samlade tandvårdskonsumtion under en viss period. Detta förutsätter

att uppgifter om patientens tandvårdskostnader registreras och hålls aktuella. Detta gäller inte enbart den tandvård över karensbeloppet, där ersättning faktiskt lämnas, utan all tandvård, i syfte att avgöra om och när patienten kommer att konsumera tandvård över karensbeloppet.

När det gäller vårdgivarnas administration bör ambitionen vara att så långt som möjligt förenkla vårdgivarnas uppgiftslämnande till Försäkringskassan genom ett ändamålsenligt och användarvänligt IT-stöd samt anpassade stödinsatser från Försäkringskassan. Under utformandet av förslagen bör regeringens mål om att minska företagens administrativa kostnader för de statliga regelverken beaktas särskilt.

10.3.2 Hälsöfrämjande inriktning

På lång sikt är det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader god tandhälsa. Detta uppnås i tandvården genom förebyggande insatser som minimerar vårdbehovet. Utredningen menar därför att styrningen av tandvården bör stödja beteenden hos vårdgivare och patienter som på sikt minskar tandvårdsbehoven. Det förebyggande synsättet och arbetet har en stark position inom svensk tandvård. I samband med en tandvårdsreform bör det säkerställas att det nya stödet ger tydliga incitament, såväl ekonomiska som administrativa, till hälsöfrämjande tandvård.

Framgångsrik förebyggande tandvård är avgörande för att bibehålla den goda tandhälsa som finns bland stora grupper av den vuxna befolkningen. Förebyggande insatser är även viktiga hos de patienter som har tidigare behandlade tänder, eftersom uppkomst av nya sjukdomsangrepp på redan behandlade tänder kan förhindras eller upptäckas på ett tidigt stadium. På så sätt kan behoven av mer omfattande behandling minska. Förebyggande tandvård är även viktig för äldre patienter för att bibehålla munhålan frisk hela livet. Avslutningsvis är de förebyggande insatserna centrala för patienter med omfattande protetiska konstruktioner, t.ex. förankrade på implantat. Vikten av god egenvård är minst lika stor hos dessa patienter som hos patienter med egna tänder i behåll.

Förslaget om definition av ersättningsberättigande tandvård bör utgå från detta synsätt och uttrycka en övergripande prioritering som lyfter fram förebyggande insatser och tandvård som bevarar

vävnader i munnen så långt som möjligt. Vidare bör det även lämnas ett särskilt ekonomiskt stöd för förebyggande tandvård.

10.3.3 Förutsägbara kostnader

Utredningens tilläggsdirektiv anger att inriktningen för det nya statliga tandvårdsstödet skall vara att stödet baseras på ersättning för utförda åtgärder, s.k. styckeprisbaserad ersättning. Som utredningen redovisar i avsnitt 7 finns det betydande risker för att sådana ersättningssystem blir kostnadsdrivande om det inte finns tillräckliga begränsningar. Systemen skapar risker för överbehandling samt otillräcklig kontroll av både patienternas och statens kostnader. Erfarenheterna från 65+-reformen visar på många av de kontrollproblem som finns med styckeprisbaserade system.

Utformningen av det nya tandvårdsstödet förutsätter därför ett flertal komponenter som skall syfta till att begränsa de kostnadsdrivande egenskaperna i det nya tandvårdsstödet, skapa kontroll över de statliga utgifterna och den statliga resursanvändningen samt att säkerställa att subventionen kommer patienten till del. Dessa komponenter behöver bl.a. omhänderta frågor om styrning av prisutvecklingen, patienternas prisinformation samt definitionen av vilken tandvård som skall omfattas av det statliga stödet.

Definitionen av ersättningsberättigande tandvård bör syfta till att säkerställa att de statliga resurserna används effektivt och till de mest angelägna behoven. I samband med en tandvårdsreform ökar de statliga resurserna till tandvård och regelverket måste utformas så att kostnadsramen inte överskrids. I grunden innebär en definition av ersättningsberättigande tandvård en prioritering, där staten anger vilken tandvård som man anser vara så angelägen att den skall få ett statligt stöd. Reglerna kan ange vilken typ av vård som ersätts, men kan även begränsa hur många behandlingar av ett visst slag som det är möjligt att få inom tandvårdsstödet under en viss tid eller ange andra typer av objektiva begränsningar, t.ex. vilka tänder som omfattas av en viss behandling.

Avslutningsvis är förstärkta insatser för uppföljning och utvärdering av tandvården centralt för att det nya tandvårdsstödet skall kunna fungera ändamålsenligt. Utan tillräcklig kunskap om tandvårdskonsumtion och tandhälsa går det inte att styra och kontrollera tandvårdsstödet.

10.3.4 Komma patienten till del

I samband med reformeringen av det statliga tandvårdsstödet ökar staten väsentligt sin finansieringsandel av tandvården. Det är grundläggande att de statliga resurserna kommer patienten till del genom minskade tandvårdskostnader och att de inte blir en subvention som går till vårdgivarna genom att vårdgivarna, trots statlig ersättning, debiterar patienten hela kostnaden. För att den statliga subventionen skall komma patienten till del krävs en väl fungerande marknad. Utredningen kan konstatera att tandvårdsmarknaden inte fungerar väl, se avsnitt 6. Patienterna har en allt för svag ställning. Vårdgivarna har betydligt bättre information än patienterna om både patientens tandhälsa, möjliga åtgärder och material samt kostnaden för dessa. Samtidigt är det patienten som förväntas kunna fatta beslut om vilka tandvårdsåtgärder som skall genomföras och med vilken standard.

För att förbättra marknadens funktionssätt behövs det därför åtgärder som stärker patientens ställning, främst genom förbättrad information. Patienterna behöver förbättrad information om sin tandhälsa, möjliga behandlingsalternativ samt kvalitet och priser hos olika vårdgivare. Informationen behöver lämnas till patienten på ett begripligt och lättillgängligt sätt.

Det är staten och vårdgivarna som är de starka parterna och som har att ta sitt ansvar för att stärka patientens ställning. Vårdgivarna har informationen som patienterna behöver. Men det är viktigt att inte i onödan belasta vårdgivarna med allt för många uppgifter utöver den tandvård som det är deras uppdrag att tillhandahålla, eftersom det skulle kunna riskera att begränsa små verksamheters möjligheter att på lika villkor konkurrera på tandvårdsmarknaden. Därför måste staten så långt som möjligt underlätta för vårdgivarna i deras skyldigheter att lämna uppgifter som skall stärka patientens ställning. Det är också viktigt att staten reglerar uppgiftsskyldigheten på en väl avvägd nivå och löpande följer upp och utvärderar effekterna av reglerna, så att regler som inte leder till stärkt patientställning kan avskaffas och endast effektfulla regler behållas.

11 Ersättningsberättigande tandvård

I detta avsnitt behandlas frågan om vilken tandvård som skall berättiga till ersättning från det statliga tandvårdsstödet. Motiven redovisas för att tydligare slå fast en definition av denna vård och hur detta bör ske. Utredningen föreslår att regeringen, efter riksdagens bemyndigande, fastställer de detaljerade reglerna för detta utifrån en portalparagraf i den föreslagna lagen om statligt tandvårdsstöd. En särskild nämnd för statligt tandvårdsstöd bör inrättas med uppgift att till regeringen föreslå vilken tandvård som berättigar till statligt tandvårdsstöd och referenspriser för sådan vård. Utredningen lämnar ett förslag till ersättningsberättigande tandvård som bör tjäna som utgångspunkt.

11.1 Dagens regler

Dagens regler för ersättningsberättigande tandvård utgår från 6 § i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa som lyder: *”Tandvårdsersättning lämnas endast för behandling som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.”*

Ytterligare begränsningar för högkostnadsskyddet för personer som är 65 år och äldre ges i 13 a § i samma förordning. I termer av begränsning av vilken tandvård som ersätts, sägs där att ersättning inte lämnas för implantat bakom andra premolaren, att gjut- och ädelmetaller inte ingår i ersättningen samt att implantatbehandling inte ersätts om patienten har en välfungerande helprotes.

Till förordningen finns en bilaga med en lista som anger vilka åtgärder i en behandling som är ersättningsberättigande. Denna innebär i sig en definition av ersättningsberättigande tandvård. För åtgärder som inte finns med i bilagan får vårdgivaren ingen ersättning. Bilagan innehåller dock i princip alla förekommande

åtgärder inom tandvården och innebär därför ingen egentlig begränsning.

Försäkringskassan får meddela ytterligare föreskrifter som behövs för att verkställa förordningen om tandvårdstaxa. Försäkringskassan har inte preciserat definitionen av ersättningsberättigande tandvård i föreskrifterna, dock ges vissa ytterligare detaljer kring vad som får debiteras under respektive åtgärd.

I Försäkringskassans allmänna råd¹ finns vissa begränsningar när det gäller implantatbehandlingar. Dessa begränsningar gäller alla försäkrade, inte enbart de över 65 år. Där sägs att implantatbehandling inte bör godtas i helt tandlösa käkar när patienten har en välfungerande protes, vid otillräcklig benmängd eller dålig benkvalitet eller om prognosen för bentransplantation bedöms som dålig. Vidare bör implantatbehandling inte godtas när felfria eller behandlingsbara tänder planeras att tas bort för att ge plats åt implantat. Implantatbehandling i anslutning till restbett bör inte godtas bakom andra premolaren eller i en tandlucka där omgivande tänder har risk för omfattande restaureringsbehov. Bortsett från de två sistnämnda fallen, som innebär vissa begränsningar av vilken tandvård som är ersättningsberättigande, innebär dock dessa råd bara att implantatbehandlingen skall ske i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Sammantaget, menar utredningen, innebär nu gällande bestämmelser inte någon reell begränsning av vilken tandvård som berättigar till ersättning.

Avsaknaden av en tydligare definition än den som redovisas ovan innebär i princip att vårdgivaren avgör vad som är ersättningsberättigande vård genom att behandlingar som denne finner nödvändiga också berättigar till statligt tandvårdsstöd.

¹ Försäkringskassans allmänna råd RAR 2001:5

11.2 Ersättningsberättigande tandvård

Utredningens förslag: Definitionen av ersättningsberättigande tandvård skall förtydligas och fastställas i författning. Statligt tandvårdsstöd skall lämnas för förebyggande tandvård och tandvårdsbehandlingar som patienten behöver och som syftar till

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

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

Principförslaget i delbetänkande SOU 2006:71: Utredningen angav att ersättningsberättigad tandvård behöver definieras. Definitionen bör ta hänsyn till vad som är evidensbaserad tandvård, vad som är kostnadseffektivt och samhällsekonomiskt effektivt samt prioriteringarna inom ramen för tandvårdsstödet.

Remissinstanserna: *Praktikertjänst AB* konstaterar att en definition av vad som är ersättningsberättigande tandvård är ett sätt att begränsa statens utgifter för tandvårdsstödet och anser att det är angeläget att en definition görs. *Privattandläkarna* anser att definitionen av vilken tandvård som är ersättningsberättigande absolut behöver förtydligas, men framhåller samtidigt att den vård som är ersättningsberättigande inte på något sätt får begränsa tandläkarnas yrkesutövning. Regelverket får inte vara utformat så att det förhindrar tandvård enligt lege artis och inte heller så att det sträcker sig utanför vad som är att betrakta som lege artis och därmed sätter tandläkaren i en svår position eller blir kostnadsdrivande. Man konstaterar att det i dag inte står i någon författning vad man får ersättning för, vilket innebär att i stort sett allt ersätts. Det är en rättssäkerhetsfråga att ha ett regelverk för detta. *Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU)* framhåller att beredningens rapporter som rör odontologiska åtgärder bör vara en del av beslutsunderlaget för att fastställa ersättningsberättigande tandvård. Principen att den ersättningsberättigande tandvården skall ta hänsyn till vad som är evidensbaserat är riktig, men man pekar på att tillgången på evidens för många metoder som används idag är begränsad. Metoder som saknar vetenskaplig underlag behöver inte vara ineffektiva och det kan finnas skäl att fortsätta med dem, målet bör dock vara att så många metoder som möjligt skall baseras

på ett tillförlitligt vetenskapligt underlag. Andra instanser som kommenterat förslaget är positiva. *Socialstyrelsen* anser att det är viktigt att definiera ersättningsberättigande tandvård och att det behövs ett särskilt organ som fastställer detta.

Skälen för utredningens förslag: Dagens regelverk ger ingen tydlig gräns för vad som är ersättningsberättigande vård utan lämnar gränsdragningen i princip till vårdgivaren genom att de behandlingar tandläkaren eller tandhygienisten anser är nödvändiga också berättigar till ersättning. I den förhandsprövade tandvården avslås en liten andel, ca 4–5 procent. Av de fall som avslås grundas avslaget framförallt på frågan om ersättningens storlek och endast i ett mindre antal fall på vilken vård som skall utföras. I princip all vård som förhandsprövas beviljas alltså.

Med det föreslagna nya tandvårdsstödet kommer avsevärt mer statliga resurser att avsättas för tandvård och staten kommer, för tandvårdskonsumtion över karensbeloppet, för fler patienter att bidra med en större andel än i dag. I syfte att skapa kontroll över vilken tandvård som får tillgång till det statliga stödet och för att skapa förutsägbarhet över statens utgifter anser utredningen att ett regelverk bör definiera vilken vård som skall ingå i den statliga tandvårdsersättningen.

Att tydligt definiera den vård som berättigar till ersättning är också ett sätt att garantera att en önskad prioritering får genomslag i tandvården. Definitionen skall spegla vilken vård som är så angelägen att den berättigar till statligt stöd. Ersättningssystemet får därmed en avsiktligt vårdstyrande effekt. Vårdstyrande effekter har eftersträvat inom ramen för det offentliga stödet för tandvård ända sedan tillkomsten av den första tandvårdsförsäkringen 1974. Metoden för att uppnå de önskade effekterna har främst byggt på den ekonomiska ersättningen så att olika ersättningsnivåer kopplats till olika vårdinsatser. Det senaste exemplet är 65+systemet som ger behandlingar inom protetik för patienter som omfattas särskilt gynnsamma ekonomiska villkor, samtidigt som stödet till bastandvård för denna grupp höjdes. I jämförelse med 65+systemet är stödet för protetiska åtgärder för övriga grupper mycket återhållsamt. Även för bastandvård har stödet generellt urholkats och fördelats över en mängd åtgärder där ersättning lämnas i samma utsträckning till alla patienter oavsett vilket behov som finns. Effekten blir att stödet inte i första hand riktas till patienter med störst behov utan snarare lämnas med låga belopp till

de flesta patienterna. Det ovan beskrivna har lett till ett otydligt och splittrat system där olika principer existerar parallellt och som inte präglas av överblickbarhet. Utredningen menar att det bästa i stället är att definiera den vård som är ersättningsberättigande och under vilka förutsättningar den är det och därmed dra upp gränserna för vad staten anser är en lämplig grundnivå för tandvård. Därmed görs en prioritering genom att på ett mer direkt sätt peka ut den mest angelägna vården och göra den ersättningsberättigande. Den ekonomiska ersättningen ges framförallt i form av statlig delfinansiering av denna ersättningsberättigande vård över en viss karensnivå.

Dagens ersättning lämnas utifrån åtgärder som vårdgivaren genomför. Åtgärderna finns listade i förordningen om tandvårdstaxa och Försäkringskassan gör utbetalningar utifrån reglerna i denna. Åtgärdslistan har i hög utsträckning kommit att dominera tandvården. Utredningen anser att ersättningsberättigande vård skall avse behandlingar som utförs med en diagnos eller en adekvat riskbedömning och en behandlingsplan som grund. Utifrån en diagnos som vårdgivaren ställer eller ett i förväg definierat tillstånd skall vissa åtgärder omfattas av tandvårdsstödet. Åtgärderna i sig bör alltså inte vara ersättningsberättigande utan det krävs också att vårdgivaren ställt en diagnos eller identifierat en situation som enligt regelverket motiverar respektive åtgärd. Sammanhanget i vilket åtgärden vidtas bör avgöra om åtgärden är ersättningsberättigande eller inte. Skälet till detta är att det i grunden är sjukdomstillståndet som bör utgöra utgångspunkt när stöd lämnas till tandvård, inte åtgärden som vidtas. I flertalet fall innebär denna princip inga större förändringar i förhållande till idag. Diagnos skall alltid ställas inför olika behandlingar och uppgift om ställd diagnos skall alltid ingå i journalen tillsammans med vidtagna och planerade åtgärder². Utredningen anser dock att diagnostiken inom tandvården är ett område som bör få ökad prioritet. Vidare har utredningen erfarit att journalföringen inte alltid lever upp till de krav som ställs. Att göra diagnosen till en del av ersättningssystemet är viktigt i de fall det finns begränsningar så att en viss åtgärd enbart är ersättningsberättigande vid vissa diagnoser och/eller under vissa förutsättningar. Normalt skall åtgärder utgå från diagnoser, men det kan också vara fråga om andra väldefinierade tillstånd såsom skadade proteser som behöver repareras eller fyllningar som frakturerat.

² 3 § patientjournalagen (1985:562).

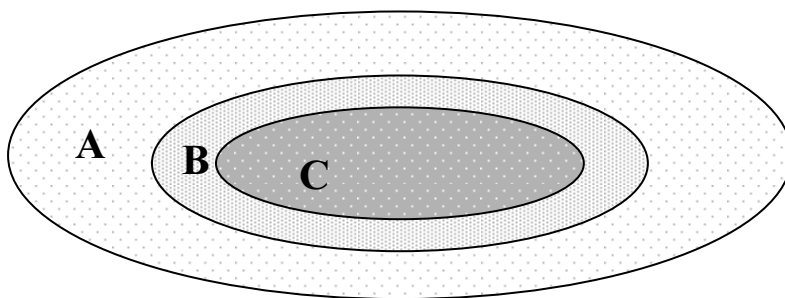
Dessutom utgör olika arbetsmoment inom diagnostiken i sig (undersökningar, röntgenbilder, provtagning osv.) åtgärder som skall ingå i ersättningen.

Att på detta sätt utgå från diagnoser kommer enligt utredningens mening också att bidra till kvalitetshöjning av tandvården. Genom att i högre utsträckning ställa diagnosen i centrum kommer den allmänna förståelsen för vad det statliga stödet används till att öka.

Tandvård som omfattas av tandvårdsstödet skall utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. En strävan bör vara att vården skall vara evidensbaserad. All vård som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet bör dock enligt utredningen inte per automatik berättiga till ersättning från det statliga tandvårdsstödet. Det kan t.ex. finnas viss vård som vårdgivaren utför inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet men som faller utanför det statliga tandvårdsstödet för att den inte är prioriterad eller inte bedöms vara kostnadseffektiv. Den ersättningsberättigande vården blir därmed en del av tandvård som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I utredningens delbetänkande SOU 2006:71 illustrerades detta med följande figur:

Figur 11.1 Styrningen av vårdens innehåll



A: Den tandvård som är möjlig att utföra.

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

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

Inom ring A men utanför ring B faller sådan tandvård som är möjlig att utföra, men som inte är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det kan dels vara fråga om tandvård som är direkt skadlig eller komplett verkningslös, men det kan också handla om nya behandlingsformer och nya material som ännu inte provats i tillräcklig utsträckning för att anses förenliga med vetenskap och beprövad erfarenhet. Inom ring B men utanför ring C finns tandvård som är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet och kan anses vara god vård, men som inte ges statligt stöd. I den här kategorin kan falla t.ex. implantatbehandlingar där konventionell protetik skulle fungera bra, protetik på en enstaka tand där fyllningsterapi skulle fungera, tandblekning, protetik- och tandregleringsbehandlingar av problem av ringa art, behandlingar med exklusivare material eller annan behandling som inte är så prioriterad att den bör få statligt stöd. Innehållet i C-ringen, som utgör utredningens primära fokus, innehåller den ersättningsberättigande vården och skall utgöra en grundstandard inom tandvården som, enkelt uttryckt, omfattar förebyggande tandvård, åtgärdande av sjukdomstillstånd i munhålan och reparativ och rehabiliterande vård till de som har de allra största behoven.

Varje vårdgivare ansvarar för att den vård som hon eller han utför sker utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Idealiskt sett borde vetenskap och beprövad erfarenhet vara klart definierat och välbekant innan den ersättningsberättigande vården fastställs. Så är dock inte fallet i dag. Vad som inom dagens tandvård utgör vetenskap och beprövad erfarenhet är inte väldefinierat. Evidensbaserad tandvård är dessutom begränsad. Visst underlag för att definiera evidensbaserad tandvård finns dock. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har publicerat litteraturöversikter avseende karies, parodontit och bettavvikelser/tandreglering och om rökning och oral hälsa. Dessutom har Kunskapscenter för Dentala Material (KDM) vid Socialstyrelsen publicerat ett antal kunskapsöversikter som syftar till att sprida vetenskapligt baserad kunskap om dentala materials egenskaper.

Det är Socialstyrelsen som har ansvaret för att definiera vetenskap och beprövad erfarenhet (det vill säga att definiera B-ringen i figuren ovan). Detta innefattar bland annat att tolka och sammanställa forskningsresultat och utforma nationella riktlinjer för behandling av olika sjukdomar samt att göra kunskapen tillgänglig. I arbetet med att ta fram och kartlägga fakta bör Socialstyrelsen också arbeta med tandhälsoregister och kvalitetsregister. Att

tydligare definiera vetenskap och beprövad erfarenhet för hela tandvårdsområdet kommer sannolikt att ta ett antal år. Utredningen bedömer dock att det är möjligt att ta fram preliminära riktlinjer på ett antal områden inom ett år. Utredningen föreslog redan i sitt andra delbetänkande (SOU 2006:71) att regeringen bör tydliggöra Socialstyrelsens roll på tandvårdsområdet och att Socialstyrelsen i större utsträckning bör utfärda nationella riktlinjer för att öka kunskapsbasen inom tandvården. Regeringen har därefter i Socialstyrelsens regleringsbrev för 2007 givit myndigheten i uppdrag att utforma en modell för hur nationella riktlinjer för tandvården skall utarbetas. Resultatet av detta arbete skall redovisas 1 september 2007. Myndigheten har också i uppdrag att börja ta fram riktlinjer inom olika områden. Från och med 2008 skall myndigheten årligen redovisa hur arbetet fortskrider. Utredningen anser att detta initiativ kommer att höja ambitionen på området och att det fortsatta arbetet nogsamt bör följas av regeringen.

Kriterierna för ersättningsberättigande tandvård får, i brist på en tydlig definition av B-ringen i figur 11.1, till en början utgå från dagens praxis för att senare eventuellt revideras. Därmed inte sagt att allt som i dag är praxis också skall vara ersättningsberättigande vård.

Att definiera ersättningsberättigande tandvård innebär en prioritering där statsmakterna anger vilken tandvård som är så angelägen att den bör få statligt stöd. I den föreslagna lagen om statligt tandvårdsstöd bör riksdagen i en inledande portalparagraf slå fast den övergripande prioriteringen för tandvårdsstödet. De mer detaljerade reglerna över vilken vård som berättigar till ersättning bör beslutas av regeringen i en förordning. Den senare kommer att bli det centrala regelverket för de enskilda vårdgivarna. Det är inte så att den enskilda vårdgivaren behöver göra ställningstagande i olika behandlingssituationer direkt utifrån lagparagrafen. Paragrafen bildar utgångspunkten för definitionen av ersättningsberättigande tandvård, och har alltså en överordnad roll i förhållande till den i förordning fastlagda definitionen av ersättningsberättigande tandvård.

Bestämmelserna bör ange att syftet t.ex. är att patienten inte skall ha ont eller ha sjukdomar i munhålan, kunna tala och tugga och ha ett utseende utan estetiskt störande inslag. Utredningen föreslår följande lydelse:

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

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

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

Bestämmelsen understryker att vården fokuserar på förebyggande insatser, på smärt- och sjukdomsfrihet, förmåga att tugga och tala utan större hinder och ett utseende utan tydliga, störande inslag. I bestämmelsen definieras en grundläggande tandvård, den säger t.ex. inte att alla tänkbara åtgärder skall vidtas för att tugga helt obehindrat eller att alla genomförbara åtgärder skall vidtas för att åstadkomma en helt vit och jämn tandrad utan någon tandlucka. Kosmetisk tandvård som syftar till att förbättra utseendet utan att något större problem föreligger skall inte berättiga till ersättning, inte heller omgörningar i förebyggande syfte t.ex. att byta ut gamla fyllningar mot nya eller byta material i fyllningar och andra komponenter. Undersökningar och utredningar som syftar till att ställa diagnos och göra en riskbedömning av patienten är en förutsättning för att över huvud taget kunna genomföra vården och bör också omfattas av det statliga tandvårdsstödet.

Att vården skall bevara munnens vävnader såsom tänder, slemhinnor och käkben innebär att vissa behandlingsalternativ prioriteras framför andra. Det kan t.ex. innebära att förebyggande insatser prioriteras före reparationer, att konventionell protetik på befintlig tandvävnad prioriteras framför implantatteknik och att implantattekniker som med största säkerhet bevarar käkbenet eftersträvas. Vid val av olika sätt att t.ex. laga en tand skall den metod och det material som är skonsammast för tanden och som bevarar mest tandsubstans ingå i ersättningen.

Skälet till att vården skall ha en vävnadsbevarande inriktning är det gynnar tandhälsan och förbättrar den långsiktiga hållbarheten vid olika behandlingar. Vävnadsbevarande tandvård syftar till att begränsa tekniska ingrepp såsom fyllningar till de situationer då inget annat återstår. Fyllningar har en begränsad överlevnadstid och en reparation av en tand innebär alltid en försvagning. Det är stor risk att granntanden skadas vid reparationer med risk för karies som följd. Anledningen till att fyllningar behöver göras om är i huvudsak karies i anslutning till tidigare fyllningar (sekundärkaries). När fyllningar behöver ersättas innebär detta alltid att nya fyllningar blir större och med större fyllningar försämras

hållbarheten, både för tanden och för fyllningen. Även om vävnadsvänliga material används innebär ett ersättande av ursprunglig vävnad med konstgjorda material en risk, t.ex. har det visat sig att vävnadsnedbrytning kan ske i anslutning till implantat (peri-implantit) på liknande sätt som tandlossning (parodontit) kan utvecklas vid egna tänder. Följden blir att vård föder vård. I förlängningen menar utredningen att en vävnadsbevarande inriktning kan minska vårdkostnaderna både för individ och samhälle.

Vidare är inriktningen att bland möjliga behandlingsalternativ bör det alternativ som mest kostnadseffektivt löser vårdbehovet berättiga till ersättning. För att detta skall vara möjligt måste t.ex. olika behandlingars kvalitet, hållbarhet och estetik vägas mot kostnaderna. En behandling som har den bästa prognosen på lång sikt är därmed inte alltid det självklara valet om den längre hållbarheten inte kan beläggas, är osäker eller om den inte uppväger den högre kostnaden i tillräcklig utsträckning. Det innebär inte heller att den billigaste behandlingen alltid behöver vara förstahandsalternativet. Ofta finns det delade meningar om olika behandlingars hållbarhet. Hållbarheten varierar dessutom från en patient till en annan och från en situation till en annan. Vid utformningen av de detaljerade reglerna för tandvårdsstödet måste en rimlig avvägning ske. Ansvaret för att göra denna avvägning faller på den nämnd som enligt utredningens förslag, se avsnitt 11.4, skall lämna förslag på klara och entydiga regler till regeringen och givetvis ytterst på regeringen som beslutar om förordningen. Vårdgivaren gör alltså inte avvägningen i en faktisk behandlingssituation. Vårdgivaren är ansvarig för behandlingen och därmed avvägningen för vilken behandling som är bäst i den aktuella situationen. Däremot är vårdgivaren inte ansvarig för att avgöra vilken behandling som är ersättningsberättigande, utan detta kommer att slås fast i regelverket som anger vilken tandvård som berättigar till ersättning.

Bland de utgångspunkter som angivits ovan kan det finnas en målkonflikt. Vid en viss diagnos kan t.ex. den mest kostnadseffektiva behandlingsformen visa sig inte vara lika vävnadsbevarande som andra mindre kostnadseffektiva alternativ. Ingen princip är överordnad den andra. Även här måste en avvägning ske när de detaljerade reglerna i förordningen utformas.

11.3 Beslut om vad som utgör ersättningsberättigande tandvård

Utredningens förslag: Regeringen skall i förordning ge detaljerade föreskrifter om vilken tandvård som skall berättiga till ersättning från det statliga tandvårdsstödet och referenspriser för sådan vård.

Principförslaget i delbetänkande SOU 2006:71: Regeringen bör årligen fatta beslut om vad som skall vara ersättningsberättigad tandvård. Det bör övervägas att införa en särskild nämnd som tar fram beslutsunderlag och förslag till beslut vad avser ersättningsberättigad tandvård. Som ett underlag till besluten om ersättningsberättigad tandvård bör det genomföras en prioriteringsutredning.

Remissinstanserna: *Praktikertjänst AB* ställer sig positivt till förslaget att definitionen av ersättningsberättigande tandvård ses över så att nya behandlingsmetoder kan tillföras och gamla avföras, men det är inte säkert att detta behöver ske varje år. Odontologisk kompetens och kontakt med professionen och forskning är viktig vid översynen. *Sveriges Tandhygienistförening* är inte främmande för att tillsätta en prioriteringsutredning. *Försäkringskassan* menar att referenspriserna bör fastställas vid årliga beslut men att ersättningsberättigande tandvård inte bör ändras varje år. *Socialstyrelsen* anser att det troligen är nödvändigt med någon form av prioriteringsutredning.

Skälen för utredningens förslag: I lagen om statligt tandvårdsstöd anges de övergripande utgångspunkterna för definitionen av ersättningsberättigande tandvård. Dessa utgångspunkter måste ges ett mer detaljerat innehåll som kan ligga till grund för tillämpningen av tandvårdsstödet.

Att lägga fast definitionen av vilken tandvård som bör berättiga till ersättning innebär att en politisk prioritering görs av hur de offentliga vårdresurserna skall användas. För att få den politiska avvägningen av prioriteringarna bör det vara regeringen som fattar beslut om definitionen av ersättningsberättigande tandvård. Detta bör, efter riksdagens bemyndigande, ske i en förordning, med ett förslag av en särskild statlig nämnd som grund. Eftersom den politiska förankringen av det detaljerade regelverket kommer att ske på detta sätt och eftersom nämnden kommer att ha ett brett mandat att föreslå adekvata avvägningar anser utredningen nu att en prioriteringsutredning inte behöver tillkallas. Den ordning

utredningen föreslår och de utgångspunkter för regelverket som föreslås i avsnitt 11.5 bedöms som tillräckliga för att garantera en lämplig omfattning på det offentliga åtagandet som det statliga tandvårdsstödet innebär. Regeringen bör i förordningen ange den närmare definitionen av ersättningsberättigande tandvård. Förordningen kommer i denna del att vara det operativa regelverk som vårdgivarna har att utgå från vid begäran om ersättning och som Försäkringskassan har att tillämpa vid utbetalning av ersättning. Utredningen återkommer med förslag om nämnden i avsnitt 11.4.

Efter ikraftträdandet fattar regeringen vid behov beslut om förändringar av den ersättningsberättigande tandvården och de referenspriser som de ersättningsberättigande åtgärderna skall ha. I syfte att ge patienter och vårdgivare klara spelregler och stabila förutsättningar är det önskvärt att reglerna för vilken vård som berättigar till ersättning inte förändras alltför ofta. Om inga större förändringar i den generella prisutvecklingen sker eller om prisutvecklingen på olika behandlingar eller material inte är dramatisk behöver inte heller referenspriserna revideras årligen.

Eftersom det föreslagna tandvårdsstödet förutsätter en definition av ersättningsberättigande tandvård lämnar utredningen redan nu i avsnitt 11.5 utifrån egna bedömningar förslag till hur en prioritering och en definition av ersättningsberättigande tandvård bör se ut. Förslaget innehåller de principer och synsätt som bör präglade regelverket och konkreta regler för merparten av tandvården.

11.4 Nämnden för statligt tandvårdsstöd

Utredningens förslag: En nämnd skall inrättas för att till regeringen föreslå vilken tandvård som berättigar till statligt tandvårdsstöd och referenspriser för sådan vård samt beloppsgränser för tandvårdsersättning. Nämnden skall lämna ett beslutsunderlag tillsammans med eventuella förslag en gång per år. Nämnden skall självständigt fatta sina beslut men skall organisatoriskt placeras inom Försäkringskassan. Nämndens uppdrag skall ges i Försäkringskassans instruktion.

Principförslaget i delbetänkande SOU 2006:71: Det bör övervägas att införa en särskild nämnd som tar fram beslutsunderlag och förslag till beslut vad avser ersättningsberättigad tandvård och

referenspriser. Nämnden kan organisatoriskt placeras inom Försäkringskassan.

Remissinstanserna: *Försäkringskassan* ser gärna en nämnd, som kan härbärgas hos Försäkringskassan, men den bör fatta självständiga beslut. *Praktikertjänst AB* understryker att nämnden bör ha odontologisk klinisk kompetens och försäkringskompetens. *Tjänstetandläkarna* är positiva till en nämnd som fastställer referenspriser. Nämnden bör dock inte finnas hos Försäkringskassan av historiska skäl. Det föreligger en betydande risk för att Försäkringskassan i sin egenskap av administrerande myndighet för tandvårdsstödet får ett eget intresse av att styra konstruktionen av detsamma. *Privattandläkarna* anser att den nämnd som inrättas själv skall förfoga över besluten så långt det är möjligt, skälen är att nämnden snabbt skall kunna komma till rätta med felaktigheter och skevheter som uppkommer i ett nytt tandvårdssystem. Att snabbt kunna lösa problem vore en stor vinst. Det bör i nämnden finnas odontologisk kompetens, representation från Socialstyrelsen, vanliga tandläkare och konsumentkompetens. Definitionen av ersättningsberättigande tandvård måste kunna revideras när behov uppstår och en sådan fråga måste kunna väckas utifrån. Det är inte väsentligt var nämnden placeras. *Sveriges Kommuner och Landsting* är, med anledning av erfarenheterna från tiden med prisreglering, tveksamma till förslaget att en nämnd inom Försäkringskassan skall ta fram underlag för det föreslagna referensprissystemet.

Skälen för utredningens förslag: Definitionen av ersättningsberättigande tandvård utgör kärnan i det nya tandvårdsstödet. Som anförts ovan anser utredningen att regeringen i förordningen om statligt tandvårdsstöd bör fatta beslut om vilken tandvård som berättigar till statligt stöd och referenspriser för den vården. Till stöd för beslutet behöver regeringen ett genomarbetat beslutsunderlag.

Uppdraget att ta fram underlaget rymmer en rad komplicerade frågeställningar. Definitionen av vad som är ersättningsberättigande tandvård skall grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet och strävan bör vara att reglerna bygger på evidensbaserad tandvård. Detta betyder att Socialstyrelsens ansvar för att utveckla heltäckande nationella riktlinjer för att definiera tandvård förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet blir centralt för att nämnden skall kunna fullgöra sitt uppdrag. Vidare är kostnadseffektivitet och samhällsekonomisk effektivitet viktiga utgångs-

punkter. Utöver detta skall en bedömning också göras av vad som, givet nyss nämnda krav, är en rimlig nivå på statens åtagande.

Den del av nämndens uppdrag som går ut på att föreslå referenspriser syftar till att ge regeringen underlag för att fatta beslut om en referensprislista över den vård som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. Eftersom referenspriserna bör ha sin grund i den faktiska prisnivån bör de ses över årligen och vid behov revideras för att följa kostnadsutvecklingen. Ett underlag tillsammans med eventuella förslag till nya referenspriser bör därför lämnas till regeringen. I uppdraget ligger också att se över och vid behov föreslå nya beloppsgränser för tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader, som följer referenspriserna. Se även avsnitt 19.4.4.

Eftersom regeringen fattar beslut om ersättningsberättigande tandvård och referenspriser är en möjlighet att beslutsunderlaget tas fram inom Regeringskansliet. Utredningen anser dock att de uppgifter som behöver utföras för att ta fram underlaget är av det slaget att de normalt utförs av någon central förvaltningsmyndighet.

En möjlighet är därför att lägga uppgiften att ta fram beslutsunderlag på någon befintlig myndighet. De myndigheter som utredningen anser skulle kunna vara aktuella är Socialstyrelsen, med utgångspunkt i sitt uppdrag att vara central förvaltningsmyndighet för verksamhet som rör bl.a. tandvård, eller Försäkringskassan, som ansvarar för administrationen av det statliga tandvårdsstödet. Ingen myndighet har i dag ansvar att ta fram beslutsunderlag av den typ som avses. Båda myndigheterna besitter dock på olika områden kompetens som är av betydelse för uppgiften, men ingen av myndigheterna har all nödvändig kompetens samlad. Utredningen anser att det är av stor vikt att renodla myndigheternas uppdrag och roller. Socialstyrelsens huvuduppgift på tandvårdsområdet är att utöva tillsyn och normering, att följa utvecklingen av vården vad gäller kvalitet och säkerhet och att svara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling. Myndighetens fokus ligger på innehållet i vården och den har därmed ingen direkt uppgift att fylla vad gäller ersättningssystemet. Att lägga ansvaret för att ta fram en definition av vilken tandvård som bör vara ersättningsberättigande och referenspriser för denna på Socialstyrelsen är enligt utredningen inte rimligt.

Försäkringskassans roll att administrera och normera kring tandvårdsstödet bör utföras självständigt från rollen att utforma

regelverket, varför utredningen anser att uppgiften är olämplig att lägga på Försäkringskassan. Fram till 1999 låg visserligen ett likartat uppdrag på dåvarande Riksförsäkringsverket. Erfarenheterna från denna period är inte så goda och visar på problemen med att ge dubbla roller till samma organisation. Försäkringskassan är dock den myndighet som i störst utsträckning besitter delar av den kompetens som är relevant med avseende på de uppgifter som behöver utföras. Problemet ligger i de olika roller som Försäkringskassan samtidigt skulle ha.

Inom läkemedelsområdet finns en särskild nämnd med ansvar att avgöra vilka läkemedel som skall vara subventionerade. Läkemedelsförmånsnämndens uppdrag är principiellt likt uppdraget att föreslå vilken tandvård som skall berättiga till statligt stöd. En möjlighet vore att utvidga nämndens uppdrag till att också omfatta detta. Utredningen menar dock att även om uppdraget ur principiella utgångspunkter liknar läkemedelsförmånsnämndens så är sakfrågorna så olika att några synergieffekter inte finns som kan motivera att en sådan lösning övervägs.

Ett alternativ som utredningen övervägt är att inrätta en särskild nämndmyndighet med uppgift att ta fram beslutsunderlag. En sådan myndighet skulle ha ett ganska begränsat uppdrag och inte fatta några direkta beslut annat än kring vilket underlag som skall överlämnas till regeringen. Därför förefaller det enligt utredningens mening onödigt att tillskapa en separat myndighet med allt vad det innebär av administrativt ramverk och merkostnader för detta.

Att ge uppdraget till en nämnd som arbetar självständigt är dock viktigt för beslutsunderlagets trovärdighet. Utredningen anser därför att en nämnd bör inrättas som ett fristående organ inom Försäkringskassan och att dess uppdrag bör ges i Försäkringskassans instruktion. Utredningen ser praktiska och administrativa skäl till att Försäkringskassan skall fungera som värmyndighet åt nämnden.

Organisation

Även om den föreslagna nämndens uppdrag inte ansetts motivera att en särskild myndighet tillskapas, kommer dess uppgifter att vara relativt omfattande och komplexa och det kommer därför att ställas höga krav på nämndens samlade kompetens. Dels bör nämnden besitta odontologisk kompetens för att kunna bedöma olika behandlingsmetoder, deras lämplighet, effekter på kort och lång

sikt osv., dels bör nämnden ha förmåga att omsätta sin kunskap i klara regler uttryckta så att de kan tillämpas av vårdgivare och myndigheter. Nämnden bör också kunna ta ställning till vilka åtgärder som är mer kostnadseffektiva än andra och vilka samhälls-ekonomiska effekter olika förslag ger. En viktig förutsättning är också att nämnden kan uttrycka en uppfattning om vad som är en rimlig nivå på det offentliga åtagande det statliga tandvårdsstödet utgör. Vidare bör det finnas kunskap om vilka faktorer som styr kostnaderna i tandvården, och nämnden bör kunna avgöra vad som kan anses vara normalpris för olika behandlingar. Förmågan att förankra sina förslag är också viktig och kräver att nämnden har väl utarbetade kontakter inom tandvården.

Nämndens arbetsbelastning kommer troligen att variera över tiden. När reglerna för ersättningsberättigande tandvård lagts fast första gången kommer arbetet att fokuseras på att uppdatera dem, t.ex. genom att bedöma om och hur nya behandlingsformer, nya dentala material, nya forskningsrön skall hanteras i tandvårdsstödet. Som underlag för referenspriserna bör nämnden göra undersökningar av prisinformation inhämtad från vårdgivarna och deras leverantörer, studier av materialkostnader, tidsstudier av behandlingsmoment o.s.v. Intensiteten i arbetet kommer sannolikt att variera ganska mycket. Arbetet med att ta fram underlag för att revidera referenspriserna kommer troligen att pågå konstant.

Nämnden bör vara relativt liten men samtidigt stor nog för att täcka in de olika kompetenser som behövs. Idealet vore att ledamöterna besitter alla eller flera kompetenser, men troligare är att varje ledamot kommer att representera någon specifik kompetens. Utredningen anser att sex ledamöter och en ordförande skulle kunna vara en lämplig dimensionering. I sitt beredningsarbete bör nämnden utnyttja den kompetens som finns i sektorn och myndigheter som Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och SBU bör bidra med sin kunskap i olika delar. Även kontakter med *Nordisk Instituttt for Odontologiske Materialer* (NIOM), Konsumentverket, Konkurrensverket, Statistiska Centralbyrån (SCB) och Konjunkturinstitutet kan bli aktuella. För att förankra sina förslag kan det vara lämpligt att nämnden använder sig av referensgrupper där olika intressenter är representerade.

Nämnden bör biträdas av ett kansli som kan vara ganska begränsat i storlek, men bör kunna utökas när större insatser behöver göras. Initialt, inför och i samband med att den nya

ersättningen lanseras, kan arbetsbördan bli betydande vilket man bör ta hänsyn till vid dimensioneringen av kansliet.

Eftersom nämnden inte har status som fristående myndighet bör finansieringen ske genom Försäkringskassans ramanslag genom en egen anslagspost. Nämndens budget bör täcka ordförandens och ledamöternas arvoden, kansliresurser inklusive personal som är anställd av Försäkringskassan, men öronmärkt för nämnden. Det skall också finnas medel för studier, databearbetningar, seminarier m.m. För en uppskattning av kostnaderna för nämnden se avsnitt 19.

Finansiell redovisning, resultatredovisning och annan löpande information till regeringen bör lämnas i Försäkringskassans årsredovisningar, budgetunderlag o.s.v.

11.5 Förslag till definition av ersättningsberättigande tandvård

Utredningens förslag: Tandvård som berättigar till statligt tandvårdsstöd skall utgå från vad som anges i bilaga 5.

11.5.1 Struktur och utgångspunkter

För att vara verkningsfulla måste reglerna om ersättningsberättigande tandvård som beslutas i förordningen vara begripliga, uppfattas som rimliga och vinna acceptans hos vårdgivare och patienter. De måste vara så tydliga att vårdgivaren i förväg kan veta vilken tandvård som berättigar till ersättning. Syftet med dem är att vårdgivaren utan ytterligare upplysningar eller definitioner skall veta om statlig ersättning lämnas vid olika behandlingar och vilka åtgärder som för olika diagnoser är ersättningsberättigande.

Strukturen på regelverket bör enligt utredningen spegla den prioritering som staten gör. Detta bör göras så att för vissa diagnoser är en större del av ett möjligt behandlingspanorama ersättningsberättigande och för andra diagnoser finns fler begränsningar för vilka åtgärder som berättigar till ersättning. Utredningen föreslår att reglerna för ersättningsberättigande tandvård struktureras i avdelningar enligt följande:

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

Under avdelning 1, 2 och 3 är åtgärderna ersättningsberättigande i de flesta situationer, eftersom staten i denna del vill uppmuntra insatser. Vård under avdelning 4 och 5 bör innehålla tydliga begränsningar när det gäller situationer som berättigar till ersättning. Det finns här ett större behov av att ange en begränsning av vad staten finansierar vid vissa diagnoser eftersom mängden möjliga alternativ och kostnaderna för dessa varierar mycket. Det kan dock vara så att en rehabiliterande insats på en patient som verkligen är i behov av den är högre eller lika prioriterad som förebyggande insatser.

Regelverket för åtgärder som berättigar till ersättning bör vara strukturerat efter dessa fem avdelningar. Utredningen anser att uppdelningen i bastandvård och protetik som finns i förordningen om tandvårdstaxa bör avskaffas då den i dag varken återspeglar någon prioritering eller något som är meningsfullt för vården. Uppdelningen har tillkommit för att differentiera den ekonomiska ersättningen och fyller därför ingen funktion i det förslagna tandvårdsstödet.

Prioriteringen mellan de fem avdelningarna avser inte nivån på den ekonomiska ersättningen. Det lämnas exempelvis inte högre ersättning för förebyggande vård än för rehabiliterande vård. Ersättningen bygger på patientens totala tandvårdskonsumtion oavsett vilken typ av vård som utförs så länge den är ersättningsberättigande, se avsnitt 14.2. Detta innebär att indelningen i olika avdelningar inte har någon vårdstyrande effekt genom ekonomisk stimulans. I syfte att ge prioriteringen effekt är det därför ännu viktigare att reglerna blir tydliga och anger en klar gräns för det statliga stödet. Patienter med diagnoser som visar på de största behoven skall få del av statliga tandvårdsstödet resurserna medan mindre angelägna behov inte tilldelas resurser. Ersättning skall lämnas till de patienter som behöver det bäst.

Det kan upplevas som motsägelsefullt att på detta sätt uttrycka en prioritering av t.ex. hälsofrämjande insatser utan att samtidigt ge ett tydligt ekonomiskt stöd åt dessa insatser. En ansats som inte tar hänsyn till att patienter bör få stöd för kostsamma men angelägna

behov vore att koppla den ekonomiska ersättningen till avdelningarna direkt och differentiera ersättningsgraden utifrån hur prioriterad avdelningen är t.ex. att 100 procent statligt stöd ges till undersökningar och hälsofrämjande insatser och att 20 procent ges till rehabiliterande vård. Med ett sådant system skulle t.ex. patienter som har ett angeläget behov av avancerad implantatstödd protetik inte få mer än 20 procent statligt stöd för en mycket kostsam behandling. En sådan ordning skulle innebära att något högkostnadsskydd inte finns och att patienter med de största behoven inte kan räkna med något reellt stöd. En sådan konstruktion av tandvårdsstödet avvisas av utredningen och är inte i linje med utredningens direktiv.

Under förutsättning att klara regler kan definieras för ersättningsberättigande tandvård är indelningen i avdelningar inte nödvändig för att tandvårdsstödet skall fungera. Det är kopplingen mellan diagnos och en eller flera ersättningsberättigande åtgärder som är avgörande för om ersättning lämnas eller inte. Avdelningarna är snarare att se som ett stöd för att ge definitionen av ersättningsberättigande tandvård en begriplig struktur och att visa prioriteringen.

All ersättningsberättigande tandvård skall baseras på en diagnos eller ett definierat tillstånd som kräver behandling. Däremot bör t.ex. byte av tidigare gjorda arbeten såsom fyllningar eller protetik enbart av estetiska skäl inte vara ett tillstånd som omfattas av ersättning från tandvårdsstödet. Även vård under avdelningarna 1 och 2 skall baseras på ett väldefinierat behov t.ex. att patienten kallas till undersökning med individuellt anpassade revisionsintervall eller att patienten riskerar att utveckla tandsjukdomar om insatser inte görs.

Skälet till att över huvud taget förse ersättningssystemet med begränsningar är ekonomiskt. I en situation med begränsade resurser till tandvård, om än väsentligt förstärkta, och i en ersättningsmodell som i sin konstruktion är kostnadsdrivande är det centralt att ha ett regelverk som anger omfattningen av och gränserna för statens åtagande. Dessutom utvecklas tandvården och erbjuder alltmer avancerade och kostsamma terapiformer, vilket i kombination med ökande krav från patienter på mycket god estetik och tänder som sitter fast, ytterligare understryker behovet av tydlig prioritering av statens resurser. Man kan tänka sig olika utgångspunkter i hur begränsningar införs i definitionen av ersättningsberättigande tandvård. Vid vissa diagnoser kan vissa

behandlingsmetoder ingå i ersättningen och andra alternativa metoder enbart i situationer där det är absolut nödvändigt. Ersättningen kan också vara begränsad till vissa specifika förutsättningar, exempelvis att åtgärden berättigar till ersättning enbart om den vidtas på vissa platser i munnen, eller att någon annan åtgärd skall ha övervägts först men förkastats på väl dokumenterade grunder. Den kan även vara begränsad till antal t.ex. att ett maximalt antal åtgärder av ett visst slag under en viss tid ligger till grund för ersättningen.

För att möjliggöra efterkontroll och uppföljning kan det i vissa fall finnas anledning att kräva mer omfattande dokumentation i patientjournalen för att stöd skall kunna utbetalas, t.ex. för att säkra att tillståndet varit av det slaget som reglerna förutsätter när behandlingen inleddes. Rätten till ersättning skall inte föreligga om sådan dokumentation inte finns och kan uppvisas.

För varje diagnos skall det finnas en eller flera ersättningsberättigande åtgärder. Om vårdgivaren vidtar en annan åtgärd till följd av diagnosen, t.ex. med en annan typ av material eller terapi, räknas enbart värdet av den ersättningsberättigande åtgärdens referenspris in i tandvårdsstödet. Om flera olika åtgärder berättigar till ersättning bör åtgärden med lägst referenspris ligga till grund för ersättningen. Staten lägger därigenom inga hinder för att en dyrare behandling utförs, men begränsar den statliga finansieringen till en viss, på förhand bestämd standard. Utredningen ser detta som en central princip och en förutsättning för att en ersättningsordning med tydliga begränsningar skall få acceptans hos patienter och vårdgivare.

I 6 § 4 stycket förordningen om tandvårdstaxa sägs att en vårdgivare i första hand skall erbjuda patienten sådan nödvändig tandvård som det utgår ersättning för. Utredningen anser att nämnda regel inte bör finnas kvar i regelverket. Reglerna för ersättningsberättigande tandvård kommer för viss vård att ange tydliga begränsningar. I det enskilda fallet kan det vara så att vårdgivaren bedömer att den bästa behandlingen är en annan än den som är ersättningsberättigande. Det bör då stå vårdgivaren fritt att föreslå denna vård för patienten. Vårdgivaren skall dock i sådana situationer upplysa patienten om vilken vård den statliga ersättningen grundas på.

11.5.2 Förslag till ersättningsberättigande tandvård

Utredningen lämnar i bilaga 5 förslag till definition av en del av den ersättningsberättigande tandvården. Tanken är att följa uppdelningen enligt ovan i avdelningar och därmed spegla en prioriteringsordning för statligt tandvårdsstöd. Förslaget är inte fullständigt och måste i det fortsatta arbetet kompletteras och vidareutvecklas. Den slutliga förteckningen skall täcka samtliga diagnoser där statlig ersättning lämnas och kan med fördel utgå från någon befintlig standardiserad nomenklatur över diagnoser. En möjlig utgångspunkt är den svenska versionen av ICD-10 (Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, Socialstyrelsen). Diagnoser och diagnoskoder i denna nomenklatur bör, i så fall, bearbetas och kompletteras så att de passar ändamålet.

Undersökningar, utredningar och diagnostik

I syfte att kunna bygga ersättningen på diagnoser bör åtgärderna för att ställa diagnoser ingå i ersättningen. Utredningen anser att diagnostiken är en viktig del av vårdgivarens insats och detta bör återspeglas i tandvårdsstödet. Förutom revisionsundersökningar bör utredningar av mer specifika och svårbedömda problem ingå, liksom nödvändig röntgendiagnostik, laboratorieprover och liknande åtgärder som syftar till att ställa en säker diagnos. Undersökningar skall inte bara syfta till att identifiera sjukdomstillstånd utan också bedöma patientens risk att utveckla orala sjukdomar.

Hälsofrämjande insatser

I syfte att ge tandvården en hälsofrämjande inriktning bör förebyggande insatser vara ersättningsberättigande. I dag utförs ofta förebyggande tandvård (åtgärderna 22 och 24 enligt förordningen om tandvårdstaxa) i direkt anslutning till undersökningar. Det är dock viktigt att inte slentrianmässigt genomföra förebyggande vård. Den förebyggande vården skall ske utifrån en riskbedömning av patienten, där riskfaktorer identifierats och syfta till att befrämja patientens hälsa samt hålla patienten frisk. Riskbedömningen sker i samband med en undersökning. Indikationer som innebär högre risk och som motiverar att förebyggande och orsaksinriktade

insatser vidtas kan vara blottlagda tandhalsar och bakteriebeläggningar på tänderna i sådana fall då dessa situationer höjer risken för karies eller tandlossning (parodontit). Det kan också handla om situationer då nedsatt salivsekretion, erosioner, ogynnsamma kostvanor, rökning, diabetes m.m. utgör en förhöjd risk.

Hälsofrämjande insatser kan innehålla ett stort antal olika moment utifrån patientens individuella behov t.ex. borttagning av tandsten, puts och polering, fluorbehandling, kostrådgivning, tobaksprevention, munhygieninstruktioner.

Behandling av smärttillstånd och orala sjukdomstillstånd

Inom tandvårdsstödet bör man prioritera åtgärder som bidrar till att direkta sjukdomstillstånd i munhålan behandlas. Syftet är framförallt att lindra smärta, stoppa sjukdomsangrepp och förhindra fortsatt sjukdomsutveckling i munhålan och omgivande vävnader. Behandlingar som ges vid diagnoser under denna avdelning är inte begränsade vilket innebär att åtgärden, om den finns upptagna i regelverket för ersättningsberättigande tandvård, är ersättningsberättigande. Behandling av sjukdomstillstånd sker ofta genom det som i dagens tandvårdsstöd kallas förebyggande åtgärder (22 och 24). Dessa åtgärder kan alltså vidtas både i sjukdomsförebyggande syfte och för att behandla en sjukdom. Exempel på sjukdomstillstånd är tandlossning och inflammation i tandpulpan. Även åtgärder som syftar till att stoppa initialkaries bör vara ersättningsberättigande. Om karies däremot lett till en sådan substansförlust att permanent fyllningsterapi är motiverad är det frågan om reparativ vård. Åtgärder för att avhjälpa funktionsstörningar i käkarna som leder till smärta i ansiktet bör ingå i rimlig omfattning.

Reparativ vård

När det skett substansförlust av viss omfattning i en enskild tand åtgärdas detta genom fyllning. Substansförlusten beror vanligtvis på karies men kan också bero på att gamla fyllningar och omgivande tandsubstans frakturerat, på yttre våld mot tanden, på nedslitning av tanden t.ex. genom tandgnissling eller erosion. Substansförlusten kan ha skett antingen i själva tandsubstansen

eller i materialet i tidigare fyllningar. Fyllningsterapi bör i dessa fall vara ersättningsberättigande t.ex. med kompositfyllning. Inlägg bör inte vara ersättningsberättigande vård eftersom en fyllning i de flesta fall kan användas med samma resultat till lägre kostnad.

För att behandling under denna avdelning skall berättiga till ersättning skall skadan kunna konstateras, en diagnos skall kunna ställas. En behandling skall inte kunna berättiga till ersättning om den görs i förebyggande syfte, dvs. att en fyllning byts ut för att den befintliga fyllningen riskerar att gå sönder.

Vid mer omfattande substansförlust är det sannolikt att fyllningsmaterial har otillräcklig hållbarhet och i vissa fall kan det vara svårt att använda fyllningar för att reparera tanden. I dessa fall är behandling med tandersättning tillverkad utanför munnen, t.ex. en konstgjord krona, sannolikt en mer hållbar och kanske enda möjliga behandling. Gränsen är dock svår att dra generellt. Kostnaderna för denna typ av behandling jämfört med en fyllning är avsevärt högre och det finns därför anledning att tydligt ange i vilka situationer behandlingar med tandkrona är ersättningsberättigande. Utredningen bedömer att det kommer att finnas en tendens att välja behandling med tandkrona eller liknande om inga restriktioner ges i ersättningssystemet, eftersom det sannolikt anses ge ett mer estetiskt tilltalande resultat och bättre hållbarhet. Tendensen att välja på det sättet blir särskilt tydlig eftersom en patient genom en behandling med tandkrona normalt konsumerar tandvård över karensbeloppet på 3 000 kronor och då, enligt förslaget, skulle få statlig ersättning med 50 procent av kostnaden för ytterligare tandvård. Samtidigt menar utredningen att det inte är motiverat att ge statligt stöd för behandling med tandkrona i alla dessa situationer, eftersom fyllningar i många fall är en mer kostnadseffektiv åtgärd. Utredningen anser därför att behandling med tandkrona bara bör vara ersättningsberättigande när betydande substansförlust, motsvarande två tredjedelar av hela tandkronan och/eller fyllningen i förekommande fall, skett och fyllningsterapi inte skulle innebära en tillräckligt hållbar behandling.

Rehabiliterande och habiliterande vård

För att återskapa funktioner i munnen eller att skapa funktioner som patienten inte tidigare haft, såsom förmåga att bita ihop käkarna korrekt, att kunna tugga på ena sidan av munnen eller att

skapa estetiskt tillfredställande tandrader där detta är av stor betydelse, är det ofta nödvändigt med omfattande protetiska insatser eller tandreglering. Eftersom dessa behandlingar ofta är de mest kostsamma inom tandvården är det viktigt att begränsa i vilken utsträckning de skall berättiga till ersättning till de fall där de största behoven finns, trots att bedömningen av behoven kan bli subjektiv.

Tandvården utvecklas snabbt inom bland annat implantatbehandlingar och erbjuder alltmer avancerade och kostsamma terapiformer, vilket i kombination med ökande krav från patienter om fast tandersättning och mycket god estetik, ytterligare understryker behovet av tydlig prioritering av statens resurser. Dessutom finns det anledning att lägga stor vikt vid att välja de mest kostnadseffektiva behandlingarna som skall ingå i den ersättningsberättigande vården. Tandluckor kan t.ex. slutas med konventionell protetik, implantatteknik eller i vissa fall med tandreglering. I valet mellan vilken av dessa tekniker som skall berättiga till ersättning från det statliga tandvårdsstödet i olika situationer spelar kostnadseffektiviteten stor roll. Det är också viktigt att upprätthålla en vävnadsbevarande inriktning på den ersättningsberättigande vården. Extraktioner av tänder för att ersätta dem med konstgjorda tänder eller för att lämna plats åt protetiska konstruktioner skall inte berättiga till ersättning.

Regelverket bör begränsa storleken av protetiska konstruktioner, t.ex. utsträckningen av broar, i rimlig omfattning. Implantatförankrad protetik skall användas endast i de fall där konventionell protetik inte kan användas. Utredningen föreslår att dessa situationer definieras tydligt. I bilaga 5 definieras fem situationer.

Det kommer dock alltid att finnas enstaka situationer som inte faller inom dessa på förhand definierade situationer och där konventionell protetik ger ett sämre resultat. Patienten kan då välja att genomföra en implantatbehandling, men får tandvårdsersättning beräknad enbart på en behandling med konventionell protetik. Utredningen gör dock, mot bakgrund av ovanstående beskrivna behov av tydlig gränsdragning och begränsning av kostsamma behandlingar, bedömningen att sådana effekter måste accepteras.

11.6 Åtgärder

Utredningens förslag: Ersättningsberättigande åtgärder skall fastställas av regeringen i förordningen om statligt tandvårdsstöd. Nämnden skall i detta syfte lämna beslutsunderlag och förslag till regeringen.

Dagens regler om vilka åtgärder som berättigar till ersättning återfinns i förordningen om tandvårdstaxa. Dessa tillkom 1974 när den första statliga tandvårdsförsäkringen infördes och har reviderats och kompletterats efterhand som tandvården utvecklats. Utredningen anser att de i sin nuvarande form inte kan anses bygga på en helhetssyn och enhetliga principer. Åtgärderna representerar merparten av de åtgärder som utförs inom tandvården.

I det nya tandvårdsstödet krävs att åtgärderna är ändamålsenligt definierade. Framförallt måste åtgärderna vara definierade så att det är möjligt att fastställa ett entydigt referenspris för åtgärden. Av denna anledning skall referenspriserna inte vara utformade som timtaxa där ersättningen utgår utifrån hur mycket tid vårdgivaren lägger ner i det enskilda fallet. Det skall inte heller råda några tvivel om vilka moment åtgärden innehåller. Vidare bör åtgärderna vara definierade på ett sådant sätt att uppföljning av vården blir meningsfull.

Utredningen föreslår därför att åtgärdslistan revideras så att åtgärder som inte är del av en behandling utgår, att åtgärderna inte differentieras utifrån vem som utför dem (om inte personalens kompetenser klart skiljer sig åt) och att åtgärderna inte definieras utifrån huruvida de utförs akut eller genom normal tidsbokning. Dagens åtgärd akutbehandling (åtgärd 91 i förordningen om tandvårdstaxa) bör därför utgå. Istället bör åtgärden som vidtas akut t.ex. enytsfyllning vara den som berättigar till ersättning. Åtgärder som innehåller alltför disparata moment bör delas upp i flera åtgärder dels för att ge bättre uppföljningsinformation, dels för att kunna åsättas ett rättvisande referenspris.

Åtgärderna enligt förordningen om tandvårdstaxa anger för vilka åtgärder ersättning utgår. För en och samma åtgärd utgår i normalfallet samma ersättning. Det är upp till respektive vårdgivare att bestämma priset på åtgärderna man utför, oavsett hur stor ersättningen från staten är för dem. För många åtgärder tillämpar vårdgivare så kallade latituder, vilket innebär att olika priser sätts för det som i förordningen om tandvårdstaxa är en åtgärd, vanligen

beroende på hur komplicerad åtgärden är i det enskilda fallet. Bruket av latituder är vanligt både inom privattandvården och folk-tandvården. En enytsfyllning kan exempelvis hos en vårdgivare ha tre olika priser beroende på latitud och priset kan t.ex. variera från 400 till 1 000 kronor. Ur ett patientperspektiv försvårar användandet av latituder både möjligheten att göra jämförelser mellan olika vårdgivare och möjligheten att förutse kostnaderna för en behandling. Ett stort spann mellan lägsta och högsta latitud kan tyda på att åtgärden är definierad på ett sätt som inte står i överensstämmelse med det faktiska innehållet. Det vore i sådana situationer rimligt att dela upp åtgärden i två eller flera åtgärder beroende på skälet till differentieringen i latituder. Uppsättningen åtgärder skulle då leda till en mer rättvisande ersättning, men också till att vårdgivarna ger tydligare prisinformation.

När åtgärdslistan ses över bör man också överväga om nya åtgärder bör tillföras. Ersättningssystemet måste vara flexibelt, så att nya behandlingsmetoder som har god evidens och är kostnadseffektiva kan tillkomma samtidigt som andra åtgärder kan tas bort. Ansvaret för att göra dessa bedömningar löpande efter att det nya tandvårdsstödet införts ankommer på nämnden som lämnar sådana förslag till regeringen. Nya åtgärder som kan övervägas är t.ex. tilläggsbehandlingar med guided tissue regeneration eller emaljmatrixprotein vid behandling av kronisk parodontit, stegvis exkavering vid djupa kariesangrepp, användande av carisolv vid kariesbehandling och bettslipning eller andra terapiformer vid käkledsproblem. Det kan vidare bli fråga om att dela upp befintliga åtgärder i flera olika åtgärder. Sådana förändringar kan motiveras av att möjligheten att sätta ett rättvisande referenspris förbättras eller av att statistik för uppföljning och utvärdering utvecklas. Om nya åtgärder övervägs är det av största vikt att de ekonomiska konsekvenserna av ett införande beaktas och redovisas och att det noggrant klargörs i regelverket för ersättningsberättigande tandvård för vilka diagnoser och exakt i vilka situationer nya åtgärder får vidtas.

Förslaget till ny bilaga till förordningen framgår av bilaga 6. Förslaget bör vidareutvecklas med avseende på ovanstående frågor innan det kan utgöra en bilaga till den föreslagna förordningen om statligt tandvårdsstöd.

11.7 Referenspriser

Utredningens förslag: Referenspriserna skall fastställas av regeringen i förordningen om statligt tandvårdsstöd. Nämnden skall i detta syfte lämna beslutsunderlag och förslag till regeringen.

Principförslaget i delbetänkande SOU 2006:71: Regeringen bör årligen fatta beslut om referenspriserna. Den årliga revideringen av referenspriserna bör ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med hänsyn tagen till produktivitetsutvecklingen i form av bland annat utveckling av nya behandlingar och material.

Remissinstanserna: *Dentallaboratoriernas Riksförening och Sveriges tandteknikerförbund* anser att alla kostnader patienten betalar bör synliggöras, vilket särskilt gäller tandtekniska arbeten. Referenspriser bör tas fram på ett objektiva sätt tillsammans med branschen, men organisationerna är mot varje form av prisreglering. *Pensionärernas Riksorganisation* har förordat att man överväger en återgång till prisreglering, men kan eventuellt acceptera ett referensprissystem. *Privattandläkarna* anser att en referensprislista är en bra kompromiss för staten. Revidering av referenspriserna bör ha sin grund i för tandvården särskilt framtagna beräkningar, t.ex. ett tandvårdsindex. Det är viktigt att inte bortse från att justeringar av referenspriser också måste anpassas till förändringar i regelverk, nya krav från stat och myndigheter, teknikutveckling etc. eftersom nya krav och regler inte sällan fördyrar tandvården. Det är också viktigt att i beräkningarna väga in de olika förutsättningarna offentlig och privat tandvård verkar under. *Praktikertjänst AB* stödjer tanken om att använda sig av som huvudprincip använda sig av ett speciellt index konstruerat för kostnaderna inom tandvården. *Tjänstetandläkarna* anser att ordningen med referenspriser är seriös och har en stark relevans i förhållande till vårdgivarnas kostnader. *Sveriges Kommuner och Lands-ting* understryker vikten av att referenspriserna sätts och justeras successivt utifrån realistiska förutsättningar. Förutsättningar som möjliggör utvecklingen av en kvalitativ och ur miljösynpunkt långsiktigt hållbar verksamhet. Referenspriserna måste därför tas fram i samverkan med företrädare för tandvården. Möjligen skulle SCB kunna ges i uppdrag att ta fram ett underlag för referenspriser.

Skälen för utredningens förslag: I dagens regelverk finns ett grundbelopp knutet till varje åtgärd. För bastandvård anges även ett och ett halvt samt dubbelt grundbelopp. Grundbeloppen fyller i den föreslagna utformningen av tandvårdsersättningen ingen funktion, utan bör avskaffas. För varje åtgärd i åtgärdslistan skall det i stället finnas ett referenspris. Referenspriserna har dubbla syften, dels skall de tjäna som vägledning för patienterna genom att ange ett normvärde för vad en behandling kostar, dels skall de ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättningen.

Eftersom prissättningen är fri på tandvårdsmarknaden avgör vårdgivaren själv vilket pris man vill ta ut för sina behandlingar. Referenspriset är inte någon reglering av det faktiska pris patienten betalar till vårdgivaren. De faktiska priserna olika vårdgivare sätter för sina åtgärder kommer att kunna vara både lägre och högre än referenspriset. Referenspriset bör vara ett normalpris för respektive åtgärd och spegla vad en åtgärd normalt bör kosta. Naturligtvis finns en stor variation i olika vårdgivares priser för samma åtgärd och så kommer det att vara även med det nya tandvårdsstödet. Referenspriserna syftar inte till att prisreglera tandvårdsmarknaden, men de skall ge patienten en bild av en rimlig kostnad för en viss behandling. Referenspriserna skall inte fastställas som ett genomsnitt av vårdgivarnas priser utan bör utgå från en beräkning utifrån tidsåtgång för olika moment, materialåtgång, normala overheadkostnader o.s.v. Tillsammans med de förslag utredningen lämnar om webbaserad prisportal m.m. syftar referenspriserna även till att stärka patientens ställning på marknaden och att stimulera konkurrens.

Referenspriset bör vara det pris som ligger till grund för beräkningen av tandvårdsersättningen, se avsnitt 14. När referenspriserna för vidtagna åtgärder för en patient under en karensperiod sammanlagt kommer upp till karensbeloppet 3 000 kronor kan vårdgivaren begära ersättning från Försäkringskassan med 50 procent av referenspriserna, dock högst 50 procent av patientens pris för åtgärden, till den del summan överstiger 3 000 kronor. På samma sätt lämnas ersättning med 85 procent av den del av summan av referenspriserna, dock högst 85 procent av patientens pris för åtgärder, för vidtagna åtgärder som överstiger 15 000 kronor.

Utredningen föreslår att regeringen fastställer referenspriserna. Den nämnd som föreslås i avsnitt 11.4 bör samtidigt som den föreslår en definition av ersättningsberättigande tandvård till regeringen föreslå referenspriser för respektive åtgärd.

För att referenspriserna inte skall urholkas bör de ses över årligen och prisjusteras vid behov. Även denna prisjustering bör nämnden lämna förslag till. Utredningen anser att prisjusteringen av referenspriserna bör ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med hänsyn tagen till produktivitetsutvecklingen i form av bland annat utveckling av nya behandlingar och material. Det är tänkbart att som huvudprincip använda uppräknig med någon form av index. Särskild hänsyn bör tas till prisökningar på de vanligaste åtgärderna. Indexet bör således utformas så att prisändringar på mindre vanliga åtgärder inte får lika stor påverkan som prisändringar på vanliga åtgärder. Utöver detta kan kompletteringar behöva göras vid större förändringar av produktionskostnaden för en specifik åtgärd. När referenspriserna ändras bör även som en konsekvens karensbelopp ses över, se även avsnitt 19.

11.8 Materialkostnader

Utredningens förslag: Referenspriset för en åtgärd skall avse priset för behandling inklusive standardmaterial.

Skälen för utredningens förslag: Inom framförallt protetik utgör material och tandtekniskt arbete en viktig del av kostnaden. Som nämnts ovan säger dagens regler³ avseende 65+systemet att kostnaden för ädel- och gjutmetaller⁴ inte ingår i tandvårdsersättningen. Denna kostnad får patienten stå för själv och den debiteras denne direkt. Frågan om kostnaden för material är i dag relevant för tandvårdsersättningen enbart för 65+systemet eftersom ersättningen i denna del lämnas för hela den faktiska kostnaden för behandlingen. I andra delar av tandvårdsstödet lämnas ersättning enbart med grundbelopp och med den ersättningsnivån är frågan vad som ingår och inte ingår i beloppen inte relevant. Eftersom det föreslagna tandvårdsstödet kommer att utgå från referenspriser för olika åtgärder som skall spegla hela kostnaden måste frågan om huruvida materialkostnader ingår i denna totalkostnad lösas.

Eftersom ädel- och gjutmetaller inom 65+systemet i dag skall betalas av patienten får material som inte är ädel- eller gjutmetall

³ 13 a § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa

⁴ "...eller annat material som Försäkringskassan föreskriver". Försäkringskassan har dock inte föreskrivit något om annat material.

anses ingå i respektive åtgärd och ersätts därmed inom det befintliga tandvårdsstödet. Inom protetiken utförs en stor del av det som ingår i behandlingen av dentallaboratorier, i t.ex. en helkäksprotes ingår både arbetskostnader och olika typer av material, av vilka vissa kan vara ädel- och gjutmetaller och vissa kan vara andra material t.ex. keramiska komponenter. Dentallaboratorierna specificerar sin fakturering till vårdgivarna så att arbete, metaller och andra material framgår. Eftersom det råder fri prissättning är det dock upp till vårdgivaren att bestämma patientens pris på i behandlingen ingående ädel- och gjutmetaller⁵. Det som vårdgivaren debiterar patienten för ädel- och gjutmetaller behöver alltså inte vara detsamma som vårdgivarens kostnader för ädel- och gjutmetaller, därmed blir frågan om vilket material som verkligen ingår i åtgärden, och till vilket belopp, i realiteten teoretisk.

I den nya modellen för ersättning från tandvårdsstödet skall referenspriser bestämmas för samtliga åtgärder som ingår i stödet. Utredningens direktiv slår fast att:

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

Utredningen har svårt att se varför just ädel- och gjutmetaller skall behandlas på ett visst sätt. Ädel- och gjutmetaller kan ersättas med t.ex. keramiska material, som dessutom kan vara mer kostsamma. Frågan är om dessa skall ingå i åtgärden. Nya material tillkommer ständigt och dessutom har andra faktorer än materialvalet betydelse för priset på tandtekniska komponenter. En sådan faktor är tillverkningsmetoderna, t.ex. kan en fräst krona kosta mer än en gjuten trots att materialet är detsamma.

Eftersom skälen för att exkludera just ädel- och gjutmetaller från ersättning från tandvårdsstödet är oklara och troligen också ovidkommande för den vård som utförs menar utredningen att en sådan uppdelning bör undvikas. Ett alternativ vore att exkludera allt kostsamt material från åtgärden och referenspriset. Detta skulle göra ersättningen enklare att administrera och göra ersättningen oberoende av materialvalet. Patienten skulle dock inte ha någon vägledning av referenspriserna när det gäller priset på en behandling.

Det alternativ som utredningen föreslår är att inkludera allt nödvändigt material i respektive åtgärd och sätta referenspris för åtgärden, inklusive komponenter och material av normalstandard.

⁵ Med beaktande av tandvårdslagens 4 § om att ersättningen skall vara skälig.

Nämnden skulle då definiera komponenter och material som är lämpliga och prisvärda och lämna förslag till referenspris för åtgärden inklusive dessa standardkomponenter. Patienter skulle med sådan ordning erhålla högre ersättning från staten för kostsamma behandlingar. Det skulle även bli enklare att jämföra priser för hela behandlingar. Utredningens kostnadsberäkningar av detta redovisas i avsnitt 19.

12 Tandvårdscheck

12.1 Mål med tandvårdschecken

Av utredningens tilläggsdirektiv framgår att en del av det nya tandvårdsstödet skall vara ett stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder i form av en tandvårdscheck. Checken skall även kunna användas som delbetalning för abonnemangstandvård.

Utredningen redovisar i avsnitt 4 analyser av tandvårds-konsumtionen bland den vuxna befolkningen. Enkätundersökningar¹ visar att cirka 85 procent av den vuxna befolkningen besöker tandvården under en tvåårsperiod. Det är dock inte alla som genomgår en fullständig undersökning eller får en förebyggande behandling. Utredningen uppskattar att cirka 20 procent av dem som besöker tandvården under en tvåårsperiod gör det på grund av att det uppstått ett akut tandvårdsbehov och inte i förebyggande syfte.

Den genomsnittliga besöksfrekvensen är alltså relativt hög, men bland några grupper märks en klart lägre besöksfrekvens som dessutom i vissa fall är avtagande. De grupper som avses är den yngsta (20–29 år) och den äldsta (75 år och äldre). Utöver dessa generella skillnader i besöksfrekvens finns inom alla åldersgrupper en viss andel som inte regelbundet besöker tandvården. Enligt SCB:s ULF-undersökningar gäller detta särskilt för ensamstående kvinnor med barn, för personer med arbetarbakgrund och för personer med utländsk bakgrund.²

Det finns flera förklaringar till den i vissa grupper låga och fallande besöksfrekvensen. Personer med god tandhälsa kan uppfatta sig ha ett litet behov av att besöka tandvården, vilket medför att man inte prioriterar besök i förebyggande syfte. Bland socioekonomiskt svagare grupper bedömer utredningen att en huvud-

¹ Försäkringskassan och Socialstyrelsen (2006c) samt SCB (2006)

² SCB (2006)

orsak till den låga besöksfrekvensen är svårigheter att finansiera tandvårdskostnaderna.

Det övergripande målet med tandvårdschecken bör vara en ökad besöksfrekvens bland den vuxna befolkningen. Detta bör även leda till ökad medvetenhet om vikten av och det egna ansvaret för en god egenvård. Utredningen bedömer att checken kan leda till att andelen av den vuxna befolkningen som regelbundet besöker tandvården i förebyggande syfte ökar.

Det viktigaste motivet för att införa en tandvårdscheck är att en underkonsumtion av förebyggande tandvård riskerar att leda till att de stora grupper som i dag har en god tandhälsa inte bibehåller denna. Detta skulle leda till ökade tandvårdsbehov och ökade tandvårdskostnader för individen och för det offentliga. Regelbundna tandvårdsbesök gör det möjligt att upptäcka och åtgärda tecken på karies eller tandlossningssjukdom på ett tidigt stadium, vilket minskar de framtida behoven av tandvård.

Förebyggande insatser som minimerar vårdbehoven är på lång sikt det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader. Tandvårdschecken är den del av det nya tandvårdsstödet som stödjer ett beteende hos patienterna som minskar tandvårdsbehoven på sikt. Detta gäller för hela den vuxna befolkningen, varför checken bör vara generell och lämnas till alla som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. I syfte att höja besöksfrekvensen i grupper där den är särskilt låg menar utredningen att det finns anledning att särskilt beakta behoven av förebyggande tandvård i dessa grupper.

Som framgått tidigare anser utredningen att utgångspunkten bör vara att inte åldersdifferentiera tandvårdsstödet. Särlösningar för vissa grupper riskerar att skapa marginaleffekter och trösklar. Sådana negativa effekter riskerar dock att bli mest påtagliga i delar av tandvårdsstödet där ersättning lämnas beroende av storleken på patientens samlade tandvårdskonsumtion, dvs. skyddet mot höga kostnader. När det gäller tandvårdschecken, som är ett generellt bidrag till tandvårdskostnader, och med de belopp som föreslås bedömer utredningen att en åldersdifferentiering inte riskerar leda till negativa effekter.

Unga vuxna

I enskilda grupper tandvårdskonsumtion märks i åldersgruppen 20–29 år en klart lägre besöksfrekvens än genomsnittet och trenden är avtagande, se avsnitt 4. Denna grupp har generellt sett en god tandhälsa, men den låga och fallande besöksfrekvensen är ett oroande tecken. Skillnaden mellan besöksfrekvensen bland 16–19-åringarna, som omfattas av den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, och 20–29-åringarna är stor. Besöksfrekvensen minskar med cirka 25 procentenheter när patienterna lämnar den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården.³

Kariessituationen hos personer i åldrarna upp till 40 år har förbättrats under senare decennier, men det finns indikationer på ökad andel karies i åldersgruppen 30–35 år, se avsnitt 3. I nyligen genomförda undersökningar redovisas förekomst av dålig munhygien och inflammerat tandkött hos ungdomar som just skall lämna den organiserade barn- och ungdomstandvården. Enligt en studie⁴ har 70 procent av 19-åringarna i Göteborg bakteriebeläggningar på mer än hälften av tandytorna (plackindex > 50 procent) och en tredjedel inflammerat blödande tandkött. I en undersökning⁵ gjord inom Stockholms läns landsting 2005 om ungdomstandvården uppgav 30 procent av de tillfrågade att de inte avsåg besöka tandvården igen förrän de fick ont eller andra akuta besvär.

Förändringar av tandhälsan sker långsamt och gradvis. Det märks inte några klara försämringar av tandhälsan bland de yngre åldersgrupperna, men det finns indikationer på försämrad tandhälsoutveckling, se avsnitt 3. Den låga och fallande besöksfrekvensen är också en tydlig varningssignal. Alla behöver inte besöka tandvården lika ofta, men statistik över besöksfrekvensen visar att en förhållandevis stor andel i vissa åldersgrupper inte besöker tandvården alls. Förklaringarna till att unga vuxna inte besöker tandvården är att man inte uppfattar sig ha ett stort tandvårdsbehov, men även ekonomiska skäl nämns som förklaring i olika undersökningar⁶. Utredningen drar utifrån detta slutsatserna att det bland unga vuxna är viktigt att dels öka förståelsen för behovet av regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte för att bibehålla en god tandhälsa, dels ge ett förstärkt ekonomiskt

³ SCB (2006)

⁴ Abrahamsson et al (2006)

⁵ Stockholms läns landsting (2005)

⁶ Folkhälsoinstitutet (2006)

stöd så att majoriteten av patienterna inte uppfattar kostnaden som ett hinder. Utredningens bedömning är att införandet av tandvårdschecken kan bidra till att dessa syften kan nås.

Unga vuxna med generellt sett god tandhälsa är inte en primär målgrupp för det föreslagna skyddet mot höga kostnader eftersom dessa personer i liten utsträckning kommer att ha tandvårdsbehov av sådan omfattning att man kommer över karensbeloppet, se avsnitt 14. Samtidigt är det avgörande att uppmuntra och stödja unga människors medvetenhet om tandhälsan för att på sikt minska tandvårdskostnaderna för både individen och det offentliga. Tidig diagnostik är viktig, särskilt beträffande tandlossningssjukdom, vilket förutsätter att patienterna besöker tandvården för regelbundna undersökningar. Tandvårdschecken blir det viktigaste instrumentet inom det nya tandvårdsstödet för att uppnå det angivna syftet och att nå denna grupp.

Äldre

Den genomsnittliga besöksfrekvensen är relativt hög i åldersgrupperna upp till 75 år. Efter 75 års ålder märks dock en tydlig försämring, se avsnitt 4. Ett skäl är att en viss del av denna åldersgrupp faller inom ramen för landstingens ansvar för uppsökande tandvård till äldre med stort omsorgsbehov. Den del av gruppen som inte omfattas av landstingens ansvar har dock en klart lägre besöksfrekvens än åldersgruppen 65–74 år.

Den ökande andelen äldre individer i samhället har allt fler naturliga tänder kvar. De har i dag en mängd fyllningar, kronor och broar som kräver underhåll och ofta behöver göras om. Förebyggande insatser är dock centralt även bland grupper som har tidigare behandlade tänder, eftersom uppkomst av nya sjukdomsangrepp på redan fyllda tänder kan förhindras eller upptäckas på ett tidigt stadium och därigenom minska behoven av mer omfattande behandling. Förebyggande tandvård är alltså viktig i de äldsta åldersgrupperna för att bibehålla munhålan sjukdomsfri livet ut.

Som en effekt av den s.k. 65+-reformen har t.ex. gruppen patienter med implantat ökat. Implantat i munnen förutsätter egenvård och förebyggande tandvård i minst lika stor omfattning som hos personer med naturliga tänder.

Tandhälsan i de äldsta åldersgrupperna är generellt sämre än i yngre åldrar. Tandvårdschecken kan därför vara ett viktigt

komplement för de äldre, eftersom den innebär ett statligt stöd för förebyggande insatser som inte självklart kan antas komma att uppgå till sådana belopp att ersättning inom skyddet mot höga kostnader lämnas. Checken fyller samma funktion för äldre som för övriga åldersgrupper när det gäller den signalmässiga effekten av att poängtera vikten av regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte.

Vid sidan av en avtagande besöksfrekvens efter 75 års ålder märks även ett ökat läkemedelsintag, vilket ofta leder till muntorrhet som innebär en ökad risk för sjukdomsutveckling i munhålan. Detta understryker vikten av att säkerställa goda förutsättningar för dessa grupper att få förebyggande tandvård.

12.2 Tandvårdscheckens belopp

Utredningens förslag: Som ett stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder skall var och en som är berättigad till statligt tandvårdsstöd ha rätt till en tandvårdscheck.

Statligt tandvårdsstöd i form av en tandvårdscheck lämnas med 150 kronor om året. Patienten kan använda checken, som utgår årligen, senast efter två år från det att den ställdes ut, så att det totala värdet av checkarna kan uppgå till 300 kronor.

För personer som fyller lägst 20 år och högst 29 år eller lägst 75 år under det år vården ges gäller tandvårdschecken med dubbla belopp.

I utredningens direktiv anges att tandvårdschecken skall uppgå till 300 kronor vartannat år, men att alternativ där checkens värde är högre även skall analyseras. Frågan är på vilken nivå checkens värde bör ligga för att angivna syften skall kunna uppnås.

Ett vanligt pris för en undersökning och viss förebyggande vård är knappt 800 kronor⁷. Om tandvårdschecken används vartannat år uppgår den till 300 kronor och patientens pris för ett besök blir då efter subventionen 500 kronor. Om patienten genomför två besök under två år är ersättningen 150 kronor och patientens pris 650 kronor per besök. Den totala kostnaden för en ersättning på denna nivå uppgår enligt utredningens bedömningar till 760 miljoner kronor årligen.

⁷ Medianpriset för behandlingspaket 2 i folktandvården år 2005 är 780 kronor.

Utredningens kostnadsberäkningar av tandvårdschecken redovisas i avsnitt 19.

Utredningens bedömning är att en ersättning på denna nivå har svårt att till fullo nå den effekt om ökad besöksfrekvens som tandvårdschecken syftar till. Utredningen anser att checkens belopp sannolikt behöver ligga på en nivå om 300 kronor per år för att ge verklig effekt.

Utredningen har därför kostnadsberäknat ett alternativ där checkens värde är högre. En generell höjning till 300 kronor per år för hela den vuxna befolkningen beräknas kosta cirka 1,8 miljarder kronor årligen. Inom den i tilläggsdirektiven angivna utgiftsramen finns inte ekonomiskt utrymme för en sådan generell höjning, givet det huvudalternativ till skydd mot höga kostnader som utredningen föreslår i avsnitt 14.

Utredningen har därför valt att kostnadsberäkna ett alternativ där checkens värde är högre för de åldersgrupper där ökningen av besöksfrekvensen är mest önskvärd. Detta avser åldersgruppen 20–29 år samt 75 år och äldre. Ett alternativ där checkens belopp till dessa grupper är 300 kronor per år och till befolkningen i övrigt (30–74 år) är 150 kronor per år beräknas kosta cirka 1,1 miljarder kronor årligen.

Utredningen föreslår att checkens belopp utformas i enlighet med detta alternativ. Utredningens bedömning är att den valda utformningen kan leda till att det angivna målet med tandvårdschecken uppfylls, samtidigt som förslaget ryms inom den angivna utgiftsramen.

Om det sidoalternativ till skydd mot höga kostnader som utredningen redovisar i avsnitt 14 väljs så finns det möjligheter att höja checkens belopp ytterligare inom den angivna kostnadsramen.

Bedömningen av de angivna beloppsstorlekarna är giltig även för de fall att tandvårdschecken används som delbetalning för abonnemangstandvård, varför detta inte kommenteras särskilt. Såvitt avser utformningen av ersättningen till abonnemangstandvård i övrigt hänvisas till avsnitt 13.

Tidsintervall

Behovet av att regelbundet besöka tandvården för att få en undersökning av tandhälsan och vid behov förebyggande åtgärder är generellt och gäller hela befolkningen. Hur ofta man behöver

genomföra dessa besök är dock individuellt. Tidsperioden mellan besöken, det s.k. revisionsintervall, varierar i normalfallet mellan ett och två år, se avsnitt 4. Därutöver förekommer både kortare och längre revisionsintervall.

Tidsintervallet för att nyttja checken bör så långt som möjligt ta hänsyn till variationen av revisionsintervall. Detta för att möjliggöra för patienten att få en ersättning vid de tillfällen då tandvårdsbesöken faktiskt äger rum. Flexibiliteten i nyttjandet av checken behöver dock vägas mot ambitionen att utforma en enkel modell som är lätt att begripa och administrera.

Majoriteten av patienterna har revisionsintervall som är kortare än två år. En utformning av tandvårdschecken där ersättning endast lämnas vartannat år skulle kunna ge dessa patienter ekonomiska incitament att sträcka ut revisionsintervallet till två år. Detta skulle, enligt utredningens bedömning, riskera leda till underkonsumtion av förebyggande tandvård. Utredningen har därför valt att utforma modellen så att checkens värde lämnas en gång per år. Patienten kan dock välja att nyttja checken en gång per år eller en gång vartannat år.

Rätten till tandvårdscheck inträder för första gången i samband med reformens ikraftträdande, enligt utredningens förslag den 1 juli 2008. Då har var och en som omfattas av tandvårdsstödet rätt till en check om 150 kronor, med undantag för personer i åldern 20–29 år samt 75 år och äldre, för vilka beloppet är 300 kronor. Därefter inträder rätt till ett nytt checkbelopp den 1 juli varje år. Patienten kan välja tidpunkt för när checken nyttjas.

Patienten kan använda checken, som utgår årligen, inom två år från det att den ställdes ut. En ny check utgår varje år, vilket innebär att de samlade checkarnas värde, om det första årets check inte nyttjats under det första året, uppgår till 300 kronor. Checkarnas samlade värde kan alltså högst uppgå till 300 kronor. För personer i åldern 20–29 år samt 75 år och äldre gäller dubbla belopp.

På detta sätt utgör checken ett stöd till patientens regelbundna tandvårdsbesök oavsett om patientens behov av revisionsintervall är ett eller två år. Skälet till att checkbelopp inte kan ackumuleras till högre belopp om den används mer sällan är att checken syftar till att uppmuntra till regelbundna besök. Utredningen anser därför att det inte skall vara möjligt att ackumulera ett större belopp för att finansiera större tandvårdsåtgärder.

För de fall där checken används som delbetalning för abonnemangstandvård gäller att checkens värde utgör den statliga ersätt-

ningen för abonnemangsavtalet som lämnas i ett fast ersättningsbelopp per patient och år. I dessa fall kommer även ersättningen, i form av checken, att betalas ut till vårdgivaren en gång per år under den tid som abonnemangsavtalet löper.

12.3 Utformning, administration och kontroll

Utredningens förslag: Tandvårdschecken skall utformas som ett tillgodohavande för patienten hos Försäkringskassan.

Tandvårdschecken ges som ett stöd till regelbundna undersökningar och förebyggande åtgärder men skall även få användas för att betala annan tandvård. Om patienten önskar det kan tandvårdschecken användas som delbetalning för abonnemangstandvård.

Försäkringskassan skall ansvara för information till allmänheten om rätten till tandvårdscheck. Information skall riktas till de grupper som inte nyttjat sin check inom en tvåårsperiod samt till 20-åringarna.

Principförslaget i delbetänkandet: Förslaget är nytt i förhållande till delbetänkandet.

Skälen för utredningens förslag:

Utformning och administration

Målgruppen för tandvårdschecken är hela den vuxna befolkningen, cirka 6,7 miljoner individer. En första fråga att ta ställning till är hur checken praktiskt skall utformas. Det är teoretiskt tänkbart att utforma checken som en formlig värdehandling, där själva checken ger rätt till det aktuella värdet vid ett tandvårdsbesök. En sådan lösning innebär att Försäkringskassan löpande skulle skicka ut 6,7 miljoner värdehandlingar i form av tandvårdscheckar. De administrativa kostnaderna för utskick till så många människor och för hantering av frågor i samband med t.ex. förlorade värdehandlingar skulle bli mycket höga. Mot en sådan bakgrund anser utredningen att en annan lösning bör sökas.

Ett alternativ är att tandvårdscheckens värde finns som ett tillgodohavande för patienten hos Försäkringskassan. Detta skulle förenkla hanteringen för både patienterna och Försäkringskassan. En sådan utformning medger vidare att de olika delarna inom det

nya tandvårdsstödet administreras samlat och på likartat sätt. Sammantaget innebär en sådan utformning att de administrativa kostnaderna för vårdgivarna och Försäkringskassan blir så låga som möjligt. Utredningen föreslår därför att checken utformas på detta sätt. En förutsättning är att administrationen av det nya tandvårdsstödet utformas så att vårdgivarna enkelt kan få tillgång till aktuella uppgifter om vilken rätt till tandvårdscheck som patienten har. Utredningens förslag om administration lämnas i avsnitt 16.

Den angivna utformningen av tandvårdschecken förutsätter att varje individs aktuella rätt till ersättning i form av tandvårdscheck registreras löpande och att vårdgivaren får del av dessa uppgifter i samband med att vårdgivaren skall beräkna patientens pris. Detta står i överensstämmelse med förslagen om administration av skyddet mot höga kostnader, se avsnitt 16.

Användningsområde

Enligt tilläggsdirektiven skall tandvårdschecken kunna användas som delbetalning för abonnemangstandvård eller ett förebyggande tandvårdsbesök hos valfri tandläkare eller tandhygienist. Inriktningen bör i första hand vara att checken skall användas som betalning för undersökning och förebyggande vård, men utredaren skall enligt direktiven belysa för- och nackdelar med att ge patienten möjlighet att använda checken som betalning även för annan tandvård.

Utredningen anser som framgår tidigare att målet med checken bör vara att öka besöksfrekvensen hos den vuxna befolkningen. Ett problem i dagens situation är att en alltför stor andel av befolkningen avstår från att regelbundet besöka tandvården för undersökning och vid behov förebyggande insatser och i stället väljer att besöka tandvården endast när akuta besvär uppstår. De tandvårdsåtgärder som vidtas i ett sent skede av sjukdomsförloppet riskerar att bli mer omfattande och kostsamma än de åtgärder som vidtas när tecken på sjukdomsangrepp uppmärksammas i ett tidigt skede.

Mot en sådan bakgrund bör det främsta användningsområdet för checken vara undersökningar och förebyggande åtgärder. Utredningen anser dock att det även bör vara möjligt att använda tandvårdschecken som betalning för annan tandvård. Detta av följande skäl.

För det första bör all form av kontakt med tandvården uppmuntras hos personer som helt avstår från tandvårdsbesök. Tandvårdschecken har förutsättningar att bli allmänt känd och stimulera till tandvårdsbesök. En utformning som komplicerar och begränsar checkens användningsområde riskerar att skapa negativa effekter hos ovana tandvårdsbesökare. Checken bör därför så långt som möjligt vara enkel och generell. En patient som inte regelbundet besöker tandvården bör som exempel även kunna nyttja checken som delbetalning för ett akutbesök. Utredningens bedömning är att ett ekonomiskt stöd även till sådan tandvårdskonsumtion indirekt stödjer målet med tandvårdschecken, genom att det finns möjligheter för tandvårdspersonalen att vid besöket informera om tandvårdsstödet och poängtera vikten av regelbundenhet.

Tandvårdschecken skall enligt tilläggsdirektiven kunna användas som delbetalning för abonnemangstandvård. Ett abonnemangsavtal omfattar all nödvändig tandvård som avser undersökning och förebyggande vård, men även behandling av smärt- och sjukdomstillstånd och reparativ vård. Abonnemangsavtalet kan även omfatta ytterligare tandvård, t.ex. i form av rehabiliterande och habiliterande vård. I de fall checken används som delbetalning av abonnemangstandvård kan alltså konstateras att användningsområdet inte är begränsat till undersökning och förebyggande vård.

Vidare uppgår checken inte till så höga belopp, se nedan, att ett begränsat användningsområde kan motiveras och kontrolleras. De allra flesta patienter genomgår en undersökning eller förebyggande åtgärd under en ett- eller tvåårsperiod. Checkens värde är endast en delbetalning av en sådan insats, varför det är sannolikt att användningen av checken till allra största del kommer att avse de åsyftade insatserna.

Tandvårdschecken kan också användas som delbetalning av tandvård inom ramen för skyddet mot höga kostnader. Utredningen föreslår dock att värdet av checken räknas av från det ersättningsgrundande beloppet innan kostnader som berättigar till ersättning från skyddet mot höga kostnader börjar beräknas. Detta gör att användandet av tandvårdschecken för behandlingar inom skyddet mot höga kostnader inte påverkar patientens kostnad för tandvården i samma utsträckning som när den används för behandlingar som underskrider karensbeloppet. Utredningen menar att detta rimligtvis borde medföra att användandet av tandvårdschecken huvudsakligen fokuseras på de avsedda förebyggande behandlingarna.

Sammantaget bedömer utredningen att målet med tandvårdschecken inte äventyras av att användningsområdet för checken vidgas. Grundläggande är att checken kan användas på ett likartat sätt oavsett om den nyttjas som delbetalning för abonnemangstandvård eller per utförd åtgärd. En begränsning av användningsområdet skulle vidare innebära ökad komplexitet i tandvårdsstödet och göra stödet mer svårbegripligt för patienterna. Dessutom skulle de administrativa kostnaderna för vårdgivarna och Försäkringskassan samt kostnaderna för kontroll av efterlevnaden öka betydligt. Utredningen föreslår således att tandvårdschecken skall kunna användas som delbetalning hos valfri tandläkare eller tandhygienist för all ersättningsberättigande tandvård.

Informationsinsatser

Förutom att ge en förstärkt statlig ersättning till förebyggande tandvård syftar tandvårdschecken till att uppmuntra till regelbundna besök i förebyggande syfte. För att checken skall nå denna effekt är det viktigt att rätten till check uppmärksammas med jämna mellanrum. Informationen om rätten till tandvårdschecken bör lämnas i sådan form och på sådant sätt att mottagarna uppmuntras att gå till tandläkaren eller tandhygienisten. Särskilt viktigt är det att nå personer som annars inte hade gjort detta.

För att göra rätten till tandvårdscheck känd kan Försäkringskassan skicka ut en fiktiv check som motsvarar det aktuella värdet vid ett tandvårdsbesök eller på något annat sätt informera om att det föreligger en rätt till check. Sådan information kan göras på individ- eller gruppnivå.

Utredningen anser att informationen om rätten till check bör lämnas på ett så kostnadseffektivt sätt som möjligt. Utredningen har inte funnit stöd för att individuella utskick till hela den vuxna befolkningen varje eller vartannat år skulle vara kostnadseffektivt. De flesta som kommer att nyttja checken skulle ha genomfört ett tandvårdsbesök i förebyggande syfte även utan checken. För att uppnå syftet med checken behöver de grupper träffas som inte nyttjat sin tandvårdscheck. Utredningen föreslår därför att Försäkringskassan följer upp nyttjandet av checken och riktar informationsinsatser till de individer som inte nyttjat sin tandvårdscheck inom en tvåårsperiod. Utredningen föreslår vidare att det vid tandvårdsreformens ikraftträdande genomförs generella informations-

insatser om rätten till tandvårdscheck, t.ex. i massmedia. Därutöver kan Försäkringskassan göra riktade informationsinsatser till unga vuxna genom individuella utskick. Sådana utskick bör göras det år man fyller 20, när man lämnat den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården, och bör etablera en regelbunden tandvårdskontakt som vuxen. Ansvaret för informationsinsatserna bör vila på Försäkringskassan. Se även avsnitt 17.10.

Kontroll

Det är grundläggande för utredningens förslag att risken för felaktigt utnyttjande minimeras och att de uppgifter som ligger till grund för utbetalningarna kan kontrolleras. Detta gäller generellt för utformningen av det nya tandvårdsstödet och det är viktigt att väga omfattningen av separata kontrollinsatser för tandvårdschecken mot bedömd nytta.

Utredningen anser att det främsta behovet av kontroller av tandvårdschecken avser att personen som nyttjar checken har rätt till det aktuella värdet. Detta åstadkoms genom utredningens förslag om registrering i IT-stödet och förutsättningarna för vårdgivarnas begäran om ersättning, se avsnitt 16.

13 Abonnemangstandvård

13.1 Regleringen av abonnemangstandvården

Utredningens förslag: Statligt tandvårdsstöd för abonnemangstandvård skall lämnas om en patient har slutit avtal med en vårdgivare om att denne under en period av tre år till ett fast pris skall utföra den ersättningsberättigande tandvård som patienten behöver i form av

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

Avtalet får även omfatta annan ersättningsberättigande tandvård.

Förslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: Vad gäller avtalsperiodens längd överensstämmer förslaget med vad utredningen föreslår i delbetänkandet. I övrigt motsvarar förslaget dagens bestämmelser om abonnemangstandvården, men med hänsyn tagen till utredningens förslag om utformning av regelverket för ersättningsberättigande tandvård.

Remissinstanserna: De remissinstanser som har kommenterat förslaget är positiva till förlängningen av avtalsperioden. *Landstinget i Sörmland* och *Norrbottens läns landsting* menar dock att det bör finnas möjlighet för vårdgivare och patient att träffa tillsvidareavtal.

Skälen för utredningens förslag: Enligt det nuvarande tandvårdsstödet kan patienten och vårdgivaren sluta ett avtal om s.k. abonnemangstandvård. Detta innebär att patienten betalar en fast årlig avgift för att få sitt behov av basstandvård tillgodosett under en tvåårsperiod. För varje sådant abonnemang betalar Försäkringskassan ut ett fast ersättningsbelopp om 200 kronor per år. Abonne-

mangstandvård erbjuds av folktandvården i flera landsting. Som beskrivs i avsnitt 7 finns år 2007 cirka 120 000 abonnemangspatienter. Drygt hälften av dessa är patienter i åldrarna 20–29 år.

Utredningen föreslog i delbetänkandet SOU 2006:71 att ett system med s.k. tandvård till fast pris med stort inslag av försäkringsmässighet borde utvecklas och på sikt bli det dominerande inslaget på tandvårdsmarknaden. Ett sådant system skulle bygga på fasta ersättningsbelopp per patient och år, dvs. en sådan ersättning som lämnas till dagens abonnemangstandvård. Med ett sådant system skulle kostnaderna för patienten, och för staten, bli mer förutsägbara och de kostnadsdrivande problem som finns i styckeprisbaserade ersättningsmodeller kan på så sätt undvikas. Utredningen pekade även på de behov av fortsatt utredning som är förknippade med en sådan inriktning, särskilt mot bakgrund av svårigheterna att ha ett frivilligt försäkringssystem, behovet av hänsyn till små företags förutsättningar och kraven på konkurrensneutralitet mellan offentlig och privat tandvård.

Av utredningens tilläggsdirektiv framgår att inriktningen är att det nya tandvårdsstödet skall baseras på ersättning för utförda åtgärder (styckeprisbaserad ersättning) och att utredningen skall analysera hur detta kan kombineras med en möjlighet för såväl privata som offentliga vårdgivare att erbjuda abonnemangstandvård. I tilläggsdirektiven anges även att det är viktigt att möjliggöra en fortsatt utveckling av abonnemangstandvården som en del av det framtida tandvårdsstödet och att en utgångspunkt därför bör vara att införandet av ett nytt tandvårdsstöd inte skall försvåra för de vårdgivare som vill erbjuda tandvård i form av abonnemang. Ett led i detta är att tandvårdschecken skall kunna användas som delbetalning för abonnemang. Utredaren skall överväga om det behövs ändringar i regleringen av abonnemangstandvården för att denna skall kunna fungera parallellt med det nya tandvårdsstödet.

Utredningen tolkar detta som att utredningens tidigare förslag om en utveckling av tandvård till fast pris inte är något alternativ, se även avsnitt 9, utan att utgångspunkten skall vara dagens abonnemangstandvård.

Som diskuteras i avsnitt 7 finns det två huvudsakliga typer av ersättningssystem för ett tandvårdsstöd. Utredningen anser att ersättningssystem baserade på fasta belopp per patient och år (s.k. capitationsersättning) har fördelar i och med att de ger ekonomiska incitament för vårdgivare att agera förebyggande. Detta är en viktig aspekt, eftersom förebyggande tandvård per definition är mindre

kostsam än avancerad reparativ och rehabiliterande tandvård. Om vårdgivaren tjänar mest pengar på att genomföra protetiska insatser är sannolikheten stor för att vårdgivaren strävar efter ökade möjligheter att utföra sådan vård. Eftersom patienterna har små möjligheter att bedöma vilken behandling som är nödvändig kan en s.k. utbudsstyrd efterfrågan skapas. Dessa risker minimeras genom capitationsbaserade ersättningssystem. I ett sådant system ges i stället vårdgivaren ekonomiska incitament att utföra så lite tandvård som möjligt. Nackdelen är risken för undervård. Systemet torde dock stimulera till tidiga och förebyggande tandvårdsinsatser eftersom vårdgivaren premieras ekonomiskt när endast nödvändig tandvård utförs.

Mot en sådan bakgrund är det av stor vikt att säkerställa goda möjligheter för både offentliga och privata vårdgivare att bedriva abonnemangstandvård inom ramen för det nya tandvårdsstödet. Dagens reglering av abonnemangstandvården medger att vårdgivaren erbjuder abonnemang till en viss angiven åldersgrupp eller erbjuder abonnemang som omfattar endast bastandvård. Denna frihet anser utredningen bidra till möjligheterna för privata vårdgivare, som har en mindre ekonomisk bas att fördela risker på, att erbjuda abonnemang. Erfarenheterna av dagens abonnemangstandvård tyder inte på att möjligheterna att differentiera erbjudandet om abonnemang till vissa grupper bidrar till negativa effekter. Problemet för enskilda vårdgivare är dock att de ofta är för små för att på ett effektivt sätt kunna hantera den risk som kan uppstå i ett abonnemangssystem. Utredningen ser inget hinder för att denna problematik kan hanteras genom att vårdgivare slår sig samman för att erbjuda gemensamma abonnemangslösningar om efterfrågan på en sådan produkt finns på marknaden. Utredningen lämnar därför förslag till reglering av abonnemangstandvården inom ramen för det nya tandvårdsstödet som i stor utsträckning bygger på den nuvarande utformningen.

När det gäller kopplingarna mellan abonnemangstandvården och övriga delar i det nya tandvårdsstödet, tandvårdschecken och skyddet mot höga kostnader, behandlas detta i avsnitt 12 och 14. Utgångspunkten vid utformningen av förslagen är att de olika ersättningsformerna inom det nya tandvårdsstödet, nämligen capitationsersättning respektive styckeprisersättning, bör renodlas så långt som möjligt och behandlas likvärdigt. Det betyder att ersättningen för viss tandvård som utförs inom ramen för ett abonnemang inte bör sammanblandas med styckeprisbaserad

ersättning. Av detta följer att patientens abonnemangsavgift inte kan tillgodoräknas vid beräkningen av karensbeloppet inom skyddet mot höga kostnader. Det betyder vidare att kraven på uppgiftsskyldighet i syfte att förbättra uppföljning och utvärdering skall vara desamma för abonnemangstandvården som för övrig tandvård.

Utredningen lämnar förslag till regler för abonnemangstandvården inom det nya stödet. Regleringen bygger på en definition av abonnemangsavtalens omfattning som stämmer överens med dagens definition, eftersom utredningen anser att det inte finns skäl att ändra denna.

I dag gäller att ersättning för abonnemangstandvård lämnas om en patient slutit avtal med en vårdgivare om att denne under en tvåårsperiod skall utföra all den s.k. bastandvård som patienten är i behov av.¹ Det som i dag omfattas av begreppet bastandvård är det som i utredningens förslag till bilaga A till förordningen om statligt tandvårdsstöd, finns under avdelningarna 1. undersökningar och utredningar, 2. hälsofrämjande insatser, 3. behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, samt 4. reparativ vård. Se bilaga 5.

Utredningens förslag när det gäller vad som skall ingå i abonnemangstandvården är alltså endast en anpassning till de förslag om ersättningsberättigande tandvård som beskrivs i avsnitt 11 och innebär ingen förändring i förhållande till vad som gäller för dagens abonnemangstandvård i denna del. Förslaget innebär att det, precis som i dag, kommer att vara möjligt för en vårdgivare att erbjuda avtal om abonnemangstandvård som även omfattar annan ersättningsberättigande tandvård än den som nämns ovan.

Avtalsperiodens längd

Vad gäller avtalsperiodens längd föreslår utredningen att denna förlängs från två till tre år. Syftet är att underlätta för de många patienter inom abonnemangstandvården som har ett revisionsintervall på 18 månader.

För en vårdgivare som har en patient med detta revisionsintervall, som har slutit avtal om abonnemangstandvård, kan det i dag uppstå problem när det är dags att förlänga avtalet. Det kan då vara mer än ett år sedan patienten senast var hos tandvården och det kan vara svårt för vårdgivaren att bedöma patientens tandstatus. Vårdgivaren får då antingen förlita sig på relativt gamla uppgifter eller

¹ 10 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.

kalla patienten till en ny undersökning. I det förra fallet riskerar vårdgivaren att missa väsentlig information om patienten. I det senare fallet kallas patienten till en undersökning som inte har tandhälsomässiga motiv, utan endast syftar till att bedöma tandstatusen inför förlängningen av avtalet.

Om, som utredningen föreslår, avtalsperioden förlängs till tre år innebär det att patienten i de flesta fall kommer att genomgå en undersökning i samband med att avtalet skall förlängas. Detta gagnar både patienterna, som inte behöver gå till tandvården oftare än nödvändigt, och vårdgivarna, som inte behöver kalla patienter till undersökning enbart för att fastställa tandstatus inför nästa avtalsperiod.

En möjlighet att teckna abonnemangsavtal som gäller tillsvidare riskerar enligt utredningens mening att bidra till inlåsnings effekter. Det finns risk för att patienten då blir mindre benägen att byta vårdgivare eller att patienten uppfattar avtalet som att han eller hon måste fortsätta hos samma vårdgivare. Utredningen anser därför att det är viktigt att det finns en tidsgräns för hur lång en avtalsperiod skall vara.

13.2 Ersättning för abonnemangstandvård

Utredningens förslag: Ersättning för abonnemangstandvård skall lämnas i form av tandvårdscheck. Abonnemangsavtalet, som skall lämnas till Försäkringskassan, skall innehålla:

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

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

Förslaget i delbetänkandet SOU 2006:71: I delbetänkandet föreslogs att ersättningen till abonnemangstandvård skall lämnas med ett grundbelopp om 400 kronor per år för att skapa likvärdiga förutsättningar mellan ersättningen för abonnemangstandvården och det då föreslagna grundstödet.

Remissinstanserna: De landsting som kommenterat förslaget, bl.a. *Region Skåne*, *Landstinget i Uppsala län*, *Västerbottens läns landsting* och *Landstinget Västmanland* är positiva till en höjning av ersättningen för abonnemangsavtalen och ser det som ett första steg mot tandvård till fast pris som den dominerande ersättningslösningen. *Sveriges Kommuner och Landsting* anser att det är angeläget med en höjning av ersättningen för abonnemangsavtalen. En sådan höjning bör dock bara ses som ett första steg för att möjliggöra att fler med omfattande tandvårdsbehov kan erbjudas abonnemang. *Privattandläkarna* menar att sjuka patienter skall prioriteras framför friska. Abonnemangstandvården är ett exempel på det motsatta. Det är ett system som i princip bara lockar de friska som redan har låga tandvårdskostnader. *Praktikertjänst AB* anser att gällande system för abonnemang bör behållas tills det har utvärderats och att en sådan utvärdering bör göras omgående.

Skälen för utredningens förslag: Av utredningens tilläggsdirektiv framgår att det nya tandvårdsstödet skall bestå av två delar: en tandvårdscheck, som skall kunna användas vid ett förebyggande tandvårdsbesök eller som delbetalning för abonnemangstandvård, samt ett skydd mot höga kostnader. Tilläggsdirektiven pekar vidare på vikten av att möjliggöra en fortsatt utveckling av abonnemangstandvårdsmodellen som en del av det framtida tandvårdsstödet samt att införandet av ett nytt tandvårdsstöd inte skall försvåra för vårdgivare som vill erbjuda tandvård i form av abonnemang.

Av tilläggsdirektivens angivelse om ersättningen till abonnemangstandvården följer, enligt utredningens uppfattning, att dagens ersättning till abonnemangstandvården, ett grundbelopp om 200 kronor per patient och år, ersätts av den föreslagna tandvårdschecken. Utgångspunkten för bedömningen av ersättningen till abonnemangstandvården blir därmed vad som diskuteras om tandvårdschecken i avsnitt 12. Utredningen lämnar förslag om att tandvårdschecken skall lämnas med 300 kronor vartannat år till alla vuxna i åldern 30–74 år och med dubbla belopp till personer i åldrarna 20–29 år samt 75 år och äldre.

Konsekvensen av utformningen av tandvårdschecken blir därmed att ersättningen till abonnemangstandvården försämras något (50 kronor per patient och år) för patienter i åldrarna 30–74 år. För patienter i åldrarna 20–29 år samt 75 år och äldre förstärks dock ersättningen till abonnemangstandvården med 100 kronor per patient och år.

Det bör dock påpekas att det i utredningens sidoalternativ finns möjligheter för ytterligare höjning av checkbeloppet och därmed ersättningen till abonnemangstandvården, se avsnitt 12 och 19.

Som redovisats tidigare finns majoriteten av dagens abonnemangspatienter i åldersgruppen 20–29 år. Utredningen konstaterar att abonnemangstandvården i stor utsträckning riktar sig mot och attraherar de yngre åldersgrupperna. En väsentlig förstärkning av ersättningen för denna grupp leder enligt utredningens bedömning till förbättrade möjligheter för både offentliga och privata vårdgivare att erbjuda abonnemang till dessa patienter. Då besöksfrekvensen i åldersgruppen 20–29 år är klart lägre än genomsnittet och dessutom avtagande, menar utredningen att en sådan utveckling väl stödjer målet om ökad besöksfrekvens. Utredningen anser även att abonnemangsformen kan vara ett lämpligt sätt att överbrygga övergången från den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården till vuxentandvården, då denna har fördelar som kan vara särskilt intressanta för de yngre åldersgrupperna.

Såvitt avser den förstärkta ersättningen till gruppen 75 år och äldre anser utredningen att det är svårt att göra några bedömningar av möjliga effekter. I dag erbjuds inte abonnemang inom något landsting till personer äldre än 64 år. Antalet abonnemangspatienter i de högsta åldersgrupperna är mycket litet. Det bör dock inte uteslutas att abonnemangstandvården kan utvecklas även för de äldsta åldersgrupperna.

Utifrån vad som ovan angivits som utredningens principiella utgångspunkter för regleringen av abonnemangstandvården inom ramen för det nya tandvårdsstödet väljer utredningen att reglera kraven på abonnemangsavtalens innehåll enligt vad som i dag gäller. Detta gäller även skyldigheten för vårdgivaren att meddela Försäkringskassan i de fall ett avtal upphört att gälla eller vårdgivaren inte kan fullfölja avtalet. De situationer som kan ge vårdgivaren rätt att inte fullfölja avtalet avser extraordinära händelser, t.ex. att vårdgivaren upphör med sin verksamhet.

Utredningen gör dock en mindre justering vad avser de uppgifter som skall lämnas till Försäkringskassan om avtalets innehåll. Förändringen innebär att avtalet mellan vårdgivaren och Försäkringskassan inte behöver innehålla uppgift om behandlingsplanen för patienten under avtalsperioden, utan i stället uppgift om vilken tandvård som omfattas av avtalet. Utredningen anser att uppgift om planerad behandling av patienten under avtalsperioden inte är nödvändig för att Försäkringskassan skall kunna fatta beslut om

och kontrollera utbetald ersättning. Däremot är uppgift om vilken tandvård som omfattas av abonnemangsavtalet nödvändig för Försäkringskassan att få, eftersom tandvård som omfattas av ett abonnemang inte omfattas av beräkning av tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader, se avsnitt 14.

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 karensbeloppet. 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. Abonnemangavgiften 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 förtydligt 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).

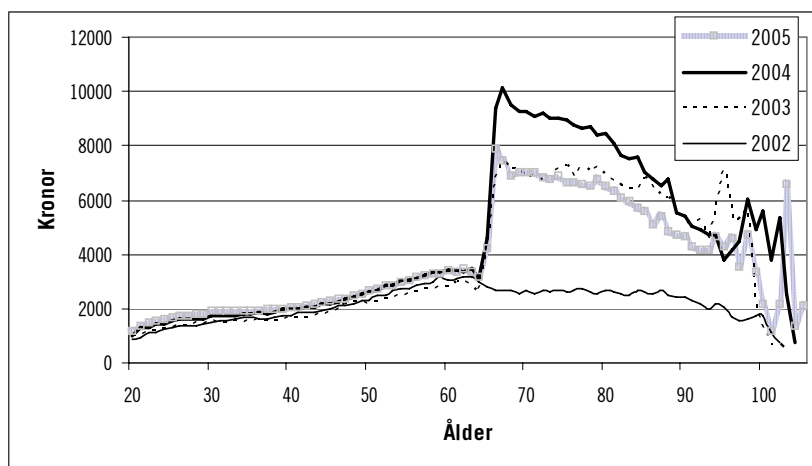
⁶ RFV (2003).

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 välfärdsförlust 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 kostnadsmissigheter 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.

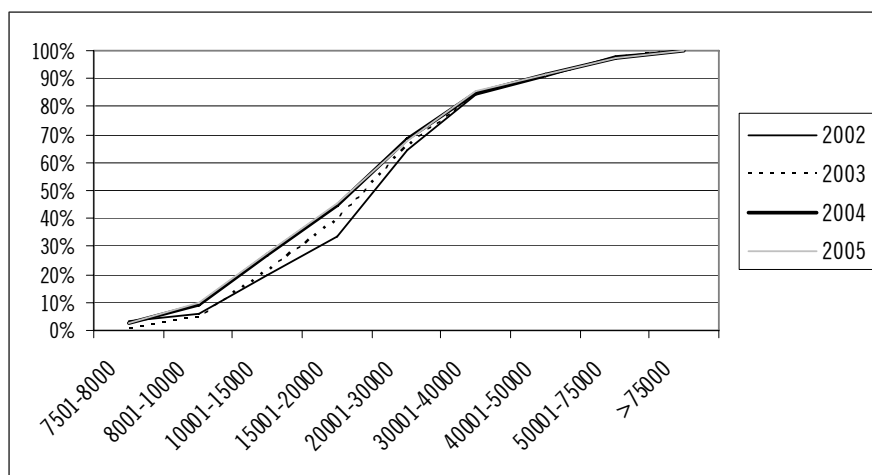
Den genomsnittliga tandvårdskonsumtionen skiljer sig mellan kvinnor och män. Kvinnor har konsumerat tandvård för ca 25 000 kronor medan männens konsumtion legat på ca 27 000 kronor.¹¹ Det genomsnittliga beloppet som patienter konsumerade vård för har sjunkit under perioden 2002-2006 för både kvinnor 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 käkbenförankrade 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 behandlingskosten 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 välfärdsförlust 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. Framst 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 stödform 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 hel-täckande 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 tandvårds-konsumtionen 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 vårdgivarens 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 tillgodogöra 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. Detsamma 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, tydligen 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 allvarligare 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.

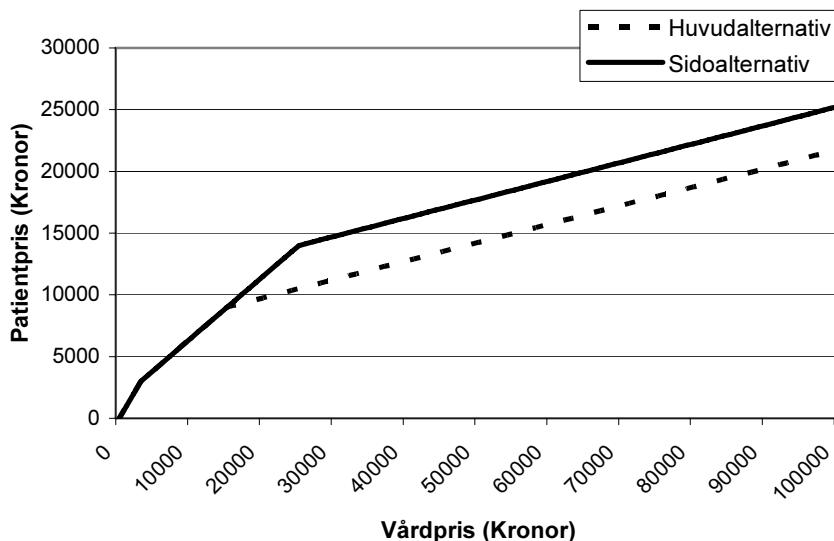
Sidoalternativ: 50 procent ersättning för kostnader mellan 3 000 och 25 000 kronor, 85 procent ersättning för kostnader över 25 000 kronor.

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 handläggningsprocesser 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 dentallaboratorierna, 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 minskas 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 tandhelsoregister 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 skäligen 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), *Höghkostnads skyddet 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

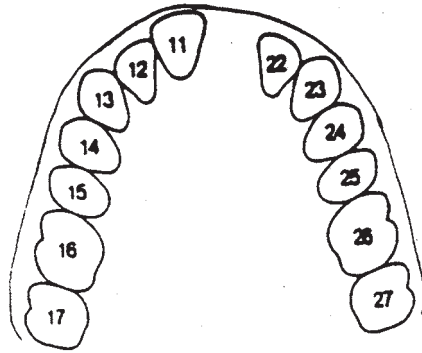
- 2) Helt tandlös överkäke
Orsaken till tandförlust måste finnas väl dokumenterad för att åtgärderna skall berättiga till ersättning.
1) 817
2) 823/824/827
- 3) Partiell tandlöshet. En eller flera tänder saknas.
Dokumentation med foto eller modell krävs för att åtgärderna skall berättiga till ersättning.
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 |

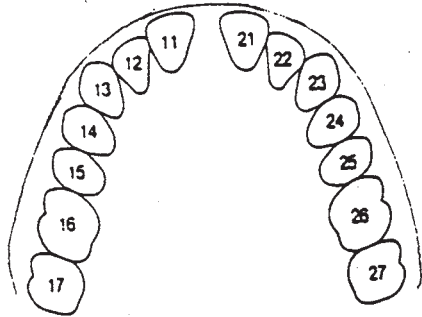
- | | | |
|-----|---|---------------------------------|
| 10) | Tandpositionsavvikelse | Tandreglering |
| | Utseendemässigt tydligt störande | 901/902/903/904/905/906/907/908 |
| | – Tandretention pga. felaktigt läge eller eruptionsriktning | |
| | – Avvikande frambrott eller frambrottsriktning | |
| 11) | Tandutvecklingsstörning | Tandreglering |
| | – Övertal av tänder | 901/902/903/904/905/906/907/908 |
| | – Undertal av tänder | |
-

Bild 1

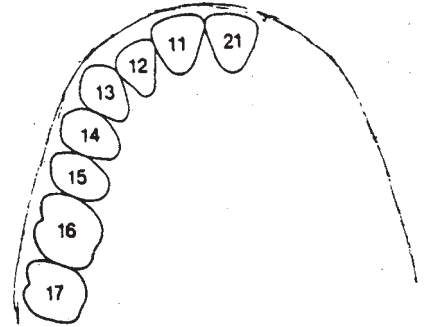
Singelimplantat berättigar till ersättning vid enstaka tandförlust framför premolarerna endast om tänderna på vardera sida om tandluckan är helt intakta.

**Bild 2**

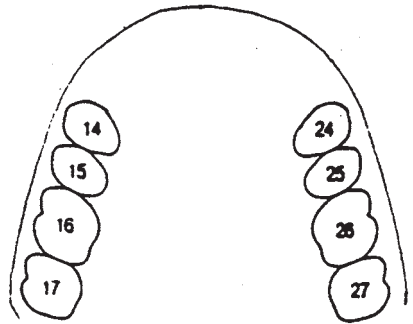
Singelimplantat berättigar också till ersättning vid enstaka tandförlust framför premolarerna om patienten har ett så stort mellanrum mellan den förlorade framtanden och den kvarvarande framtanden att en brokonstruktion skulle synas i mellanrummet. Tand 11 eller 21 i bilden nedan skall i detta fall saknas.

**Bild 3**

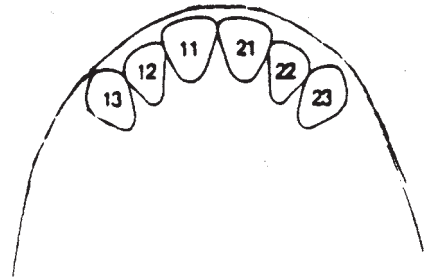
Vid enkelsidig tandförlust dvs. när patienten helt saknar tänder bakom första framtanden berättigar delimplantat till ersättning.

**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]