

4 Marknaden för tandvård

I detta kapitel ges inledningsvis en beskrivning och en analys av prisutvecklingen inom tandvårdsområdet. I kapitlet ges vidare en teoretisk bakgrund och en inledande analys gällande tandvårdsmarknadens funktionssätt, som grund för arbetet med utformning av det nya tandvårdsstödet både avseende förslaget till grundstöd och det fortsatta arbetet med skyddet mot höga kostnader.

4.1 Prisutvecklingen på tandvårdsmarknaden

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.

4.1.1 Vårdgivarnas pris

Under perioden med prisreglering, 1974-1998, ökade vårdgivarnas priser sett till hela perioden mindre än totala konsumentprisindex (KPI). Efter att priserna släpptes fria den 1 januari 1999 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 SKL (2005b, 2006).

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

Priserna inom folktandvården beslutas av landstingsfullmäktige.² Avgifterna som tas ut skall svara mot kostnaderna för den aktuella tjänsten eller nyttigheten, självkostnadsprincipen.³

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). SKL:s prisundersökningar baseras på fördelningen av åtgärder och prisutvecklingen inom folktandvården.⁴ 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 Folktandvårdens prisutveckling 1998–2006 för olika åtgärder samt deras andel av de totala åtgärderna, år 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>

Källor: SKL (2006).

² 15 a § tandvårdslagen.

³ 8 kap. 3 c § kommunallagen (1991:900).

⁴ Åtgärdsfördelningen (casemixen) för 2002 används för alla år i SKL:s undersökningar.

Riksförsäkringsverket (RFV), numera Försäkringskassan, har i ett flertal rapporter undersökt prisutvecklingen för både privata och offentliga vårdgivare. Undersökningarna⁵ visar för olika behandlingspaket⁶, 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. Privata vårdgivares priser har generellt ökat mer än folktandvårdens priser. 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.⁷ 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 privata vårdgivare är priserna generellt högre i storstäderna, vilket RFV anser kan 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.⁸ 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 behandlingspaket.⁹ 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 RFV (2004).

⁶ Behandlingspaket – en sammansättning av åtgärder för att beskriva vanligt förekommande behandlingssituationer i dagens tandvård t.ex. undersökning och viss förebyggande vård.

⁷ RFV (2004).

⁸ RFV (2004).

⁹ Konkurrensverket (2004).

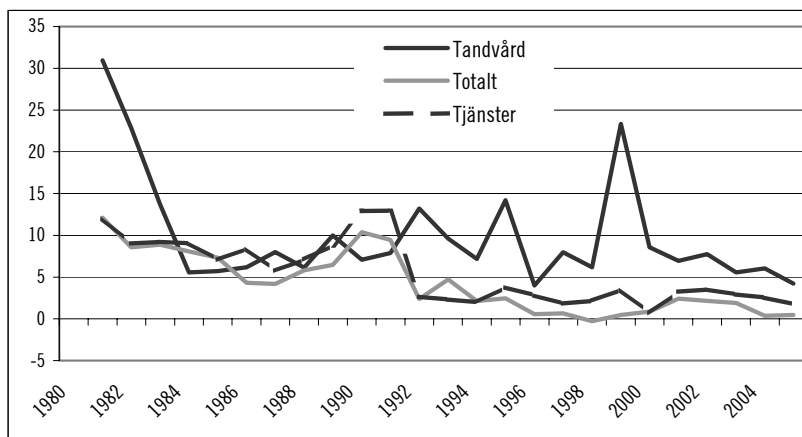
4.1.2 Patientpriser

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.

Konsumentprisindex (KPI) mäter de priser som konsumenterna möter. Som framgår av diagram 3 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 tandvårdstaxan 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.

Diagram 3 Årlig förändring av KPI för tandvård, totalt och för tjänster, procent. 1981–2005



Källor: Riksbanken, SCB samt egna beräkningar.

4.2 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 alltför höga ersättningar. Om det förekommer alltför höga ersättningar kan dessa tas ut antingen i form av pengar eller i form av minskad arbetsbelastning, exempelvis färre patienter per arbetsvecka.

4.2.1 Produktionsfaktorer

För tandvård är den huvudsakliga insatsvaran arbete, 75 procent av kostnaden för tandvård uppges vara personalkostnader.¹⁰ Lönerna för en yrkesgrupp bestäms i huvudsak av utbudet och efterfrågan på denna. Socialstyrelsen bedömer att arbetsmarknaden för tand-

¹⁰ SKL (2006).

läkare är i obalans i och med att efterfrågan överstiger utbudet.¹¹ 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.

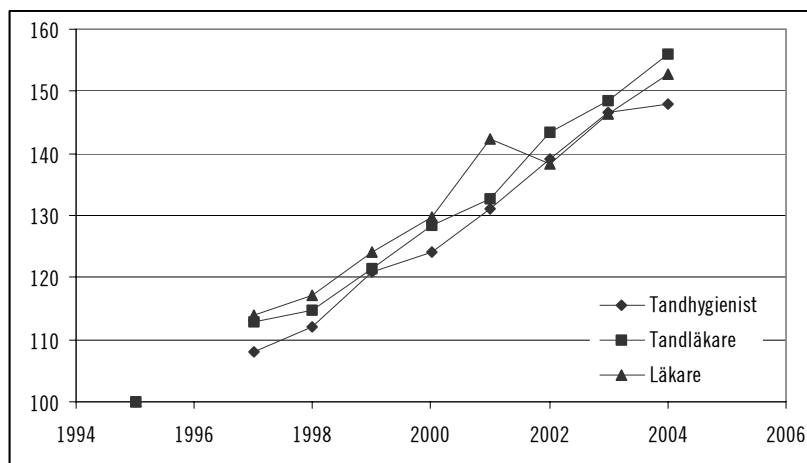
Enligt SCB:s strukturlönestatistik har lönerna för dem som är utbildade till tandläkare och tandhygienister under perioden 1995 till 2004 ökat med totalt 56 respektive 47 procent (diagram 4).¹² Denna ökning är ungefär lika stor som för många andra yrkesgrupper, exempelvis dem som är utbildade till läkare. 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.¹³ Tandläkare har under denna 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.

¹¹ Socialstyrelsen (2006).

¹² Det går att få denna statistik från 1995 men inte för 1996.

¹³ Denna statistik är inte strukturrensad, vilket innebär att sammansättningsförändringar kan påverka förändringstakten.

Diagram 4 Utvecklingen av medellönen för de som är utbildade till tandhygienist, tandläkare respektive läkare 1995–2004. Index 1995=100.¹⁴



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 och Norge. Den svenska tandläkarsammanslutningen i England, Swedish Dental Society of England, uppgav för maj 2002 att

¹⁴ Det är viktigt att påpeka att diagrammet 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.

847 svenska tandläkare var yrkesverksamma där.¹⁵ 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.

4.2.2 Produktivitet

Det finns inga, av utredningen, kända undersökningar av produktivitetens utvecklingen i tandvårdssektorn. Enligt Nationalräkenskaperna har den bransch privat tandvård ingår i, Utbildnings-, hälso- och sjukvårdsföretag¹⁶, 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.¹⁷ Utredningen anser att erfarenheterna för sjukvård tyder på att det är rimligt att anta en relativ låg eller sjunkande produktivitetstillväxt 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.

4.2.3 Vinster

Om vårdgivarna kunnat använda sin starka ställning gentemot patienten för att ta ut onormala ersättningar borde detta synas i antingen högre löner eller högre vinster. Som visats ovan har tandvårdspersonalen inte haft uppseendeväckande stora löneökningar mellan 1995 och 2004. Enligt SCB:s företagsstatistik så hade före-

¹⁵ SOU 2002:53.

¹⁶ SNI-kod 80-95.

¹⁷ SKL (2005a) samt Atkinson review (2005).

tagen inom näringsgrenen för tandvård en högre rörelsemarginal¹⁸ än näringslivet i stort (tabell 6). 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 6 Rörelsemarginal, år 1997–2003, procent

	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.¹⁹ 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. Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 menade att arvodesnivån innan avregleringen inte avspeglade de verkliga kostnaderna för väl anpassade lokaler, välutbildad personal och god arbetsmiljö.²⁰ Konkurrensverket anser dock inte att den kraftiga prisökningen åren närmast efter sloandet av prisregleringen kan förklaras av att det fanns ett uppdämt behov av investeringar och kompetensutveckling.²¹ Dessa utgör nämligen en relativt liten del av kostnaderna inom tandvården, exempelvis cirka 6 procent av Praktikertjänsts omsättning år 2002.

¹⁸ Rörelsemarginalen visar rörelseresultatet som andel av omsättningen.

¹⁹ Brinck (2004).

²⁰ SOU 2002:53.

²¹ Konkurrensverket (2004).

4.2.4 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 alltför 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 uppdämda 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 utifrån tillgänglig information dra några säkra slutsatser om vinstnivåerna i tandvårdsbranschen.

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 – övergången 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 vårdgivarna också kunnat använda sin starka ställning gentemot patienten för att ta ut alltför 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.

4.3 Marknadsmisslyckanden

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 marknadsmisslyckanden. Dessa kan t.ex. leda till lägre produktion och högre priser än vid en perfekt fungerande marknad. Marknadsmisslyckanden innebär inte att marknaden inte har levererat effektivitet, utan att den bästa tänkbara lösningen inte har åstadkommit. Det finns tre typer av marknadsmisslyckanden: externa effekter, ojämnt fördelad (asymmetrisk) information och marknads-makt.²² De två senare är intressanta på tandvårdsmarknaden.

²² Bergman (2002).

4.3.1 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 ojämnt fördelad information. Konsumenten av tandvård, patienten, har betydligt mer information om sin upplevda hälsa och sina levnadsvanor medan producenten av tandvård, vårdgivaren, 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 om 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 tandvårdsmarknaden dåliga.²³ Exempelvis känner endast knappt hälften av de tillfrågade till att det råder fri pris-

²³ FSI (2005).

sättning inom tandvården och ungefär lika många uppger att tandvård är ungefär lika dyrt oavsett vilken vårdgivare man väljer.

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.²⁴ 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, s.k. transaktionskostnader. Ofta kan också konsumenten 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 aktiva 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.

4.3.2 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, marknads-koncentrationen och graden av samarbete.²⁵ Den önskvärda nivån på konkurrensen är den som innebär att företag inte har någon marknadsmakt. I praktiken är detta omöjligt att uppnå. Frågan blir därför då hur mycket marknadsmakt som är acceptabel.

²⁴ Försäkringskassan (2006).

²⁵ Cabral (2000).

Vårdgivarna har av flera skäl betydande marknadsmakt på tandvårdsmarknaden. Även om det numera råder etableringsfrihet så länge behörighetskrav uppfylls så spelar detta mindre roll så länge patienterna är ovilliga att byta vårdgivare. Marknaden för tandvård karaktäriseras av låg patientrörlighet mellan olika vårdgivare. Enligt en enkätundersökning från FSI så uppger cirka 80 procent av de som svarat att de brukar gå till samma tandläkare.²⁶ Denna andel är högre bland dem som uppger att de besöker tandvården minst en gång om året. Den absolut främsta orsaken till att man går till samma vårdgivare uppges vara förtroendet för sin vårdgivare (73 procent). Endast 2 procent av respondenterna uppger att de valt vårdgivare efter pris. I och med att de flesta verkar välja vårdgivare baserat på förtroende snarare än pris har vårdgivarna marknadsmakt när de väl har skapat ett förtroende.

Som beskrivits ovan har vårdgivarna ett informationsövertag på flera områden. Detta ger betydande marknadsmakt på tandvårdsmarknaden. Informationsövertaget 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.²⁷ Därigenom blir det svårare för producenterna att utöva marknadsmakt. 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.²⁸ 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.

²⁶ FSI (2005).

²⁷ Konkurrensverket (2004).

²⁸ 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 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 2005 var det enligt Försäkringskassan 503 personer som sökte ersättning för planerad tandvård utomlands. Detta är troligtvis inte samtliga som under år 2005 sökte tandvård utomlands eftersom alla inte begär ersättning av Försäkringskassan.

Den mest omskrivna etableringen i Sverige 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 andra företag har planer på att öppna mottagningar med samma koncept på olika orter i Sverige.

4.4 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.

Priserna för en produkt kan öka dels beroende på ökade produktionskostnader i det aktuella ledet, dels på grund av ökade kostnader för insatsvaror. Om en prisreglering inte tar hänsyn till ökade kostnader för insatsvaror så riskerar lönsamheten att falla om insatsvaran är nödvändig. 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 och/eller bättre substitut kan minska.

Vid en prisreglering måste regleraren avgöra vilken pris- och produktdifferentiering som skall tillåtas. Exempelvis varierar kostnaderna för 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 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 delmarknaden beroende på konkurrenssituationen på de två delmarknaderna. Oavsett vilket stör det marknads funktionssätt eftersom priset på ingen av delmarknaderna kommer att avspegla kostnaden. Därigenom snedvrids konkurrensen och konsumtionen.

Om en prisreglering innebär att priserna sätts på den nivå som de skulle vara på en marknad med perfekt konkurrens innebär det att regleringen skapar samhällsekonomisk optimalitet. Men om prisregleringen ger priser som är felaktiga kan effektiviteten minska vid en reglering. Det är viktigt att påpeka att det är en skillnad mellan "rätt" pris och lågt 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 därmed ett kraftigt ingripande på en marknad.

Det är oftast svårt att reglera marknadsförhållanden eftersom det finns ett antal problem med offentliga regleringar.²⁹ 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 kostnaderna för formulering och 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.

4.5 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 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 kunnat använda sin starka ställning gentemot patienten för att ta ut alltför höga ersättningar.

Utredningen anser att ökade subventioner av tandvårdskostnaderna skall bli subventioner av patienternas priser och inte subventioner till vårdgivarna. 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.

²⁹ SOU 2005:4, kapitel 11.

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.

Att huvuddelen av prisutvecklingen kan förklaras av ökade kostnader och ett uppdämt behov av prisökningar innebär dock 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 därför så långt som möjligt vara att stimulera en naturlig utveckling av marknadens funktionssätt.

Mer aktiva och medvetna patienter är en stor potential för en bättre fungerande marknad. Den ovan refererade FSI-studien visar på 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.³⁰

Utredningen kommer att i det fortsatta arbetet fördjupa analyserna av tandvårdsmarknadens funktionssätt. Särskild tonvikt kommer att läggas vid att analysera prisutvecklingen för olika delar av tandvårdsmarknaden. En huvudfråga kommer att vara hur incitamentsstrukturen för vårdgivare och patienter påverkas av ett förstärkt statligt tandvårdsstöd.

³⁰ Konkurrensverket (2004).

5 Ett nytt tandvårdsstöd

I detta kapitel beskrivs övergripande mål och principer som är grundläggande för utredningens förslag till ett nytt tandvårdsstöd. Den första delen av utredningens uppdrag, att föreslå en utformning av det s.k. grundstödet, redovisas.

5.1 Mål och principer

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

I tandvårdslagen (1985:125) anges det övergripande målet för tandvården som är 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 den individ som har det största behovet av tandvård.

Denna övergripande målformulering är grundläggande för utredningens förslag till utformning av det nya tandvårdsstödet. Vidare anser utredningen att ett nytt tandvårdsstöd skall

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

Tandvårdsstödet skall utformas på ett sådant sätt att tandvårdsmarknadens funktionssätt ges förutsättningar att utvecklas och att konkurrensen stärks. Stödets utformning skall inte medföra en incitamentsstruktur för patient eller vårdgivare som leder till vård-drivande eller negativt vårdstyrande effekter.

5.2 Stöd till hälsobefrämjande tandvård

Det första syftet med ett nytt tandvårdsstöd, att uppmuntra till förebyggande åtgärder, uppnås genom ett s.k. grundstöd. Denna del av det nya tandvårdsstödet skall ge ett grundläggande ekonomiskt stöd för tandvård för alla vuxna, från 20 år och uppåt. Stödet skall göra det möjligt för alla att få regelbundna undersökningar och viss förebyggande vård utan hinder av kostnaden från och med det år man fyller 20. Även den som är över 65 år skall omfattas av grundstödet. Stödet skall vara generellt och tillräckligt högt för att den som behöver undersöka sin tandhälsa och få viss förebyggande vård med ungefär 18 månaders mellanrum skall kunna få detta mot ett patientpris som, vid stödets införande, är i nivå med dagens genomsnittliga patientpris för ett besök i den öppna hälso- och sjukvården. Detta uppgår år 2006 till 194 kronor, vilket avrundats till 200 kronor. En närmare beskrivning framgår av kapitel 6. Tidsperioden mellan besöken, det s.k. revisionsintervallet, är dock individuellt och utgår från vårdgivarens bedömning av patientens tandhälsa och behov av tandvård. Därför behöver grundstödet utformas så att det medger andra revisionsintervall än 18 månader.

Grundstödet syftar till att stärka patientens incitament till att bibehålla och utveckla en god tandhälsa. Därigenom kan behovet av reparativ tandvård och protetik minimeras. Detta bör på sikt minska kostnaderna för tandvård både för patienterna och för staten. Syftet kan uppnås genom att förtydliga det hälsobefrämjande innehållet samt att förstärka den statliga subventionen. Utredningen menar att den förstärkta subventionen bör leda till att majoriteten av patienterna inte uppfattar kostnaden som ett hinder. Därigenom bör det finnas goda förutsättningar för att grundstödet syfte uppnås.

Utredningen bedömer att grundstödet bör leda till att andelen av den vuxna befolkningen som regelbundet besöker tandvården i förebyggande syfte ökar. Den bedömda ökningen beräknas ske i grupper som idag endast besöker tandvården för annan tandvård än

förebyggande, t.ex. akuttandvård eller reparativ tandvård, och i grupper som idag helt avstår från tandvårdsbesök. Ökningen bedöms ske till allra största del i åldersgruppen 20–49 år.

För att förklara de effekter som grundstödet bedöms leda till behövs en bild av nuläget när det gäller vuxnas tandvårdskonsumtion. Utredningen beskriver ovan bristen på ett samlat statistiskt underlag angående vuxnas tandvårdskonsumtion. Utredningen har använt sig av det underlag som finns i form av olika enkätundersökningar, statistik från Försäkringskassan samt underlag från folktandvården. Utifrån de beräkningar utredningen gjort kan sammanfattningsvis konstateras att cirka 80 procent av den vuxna befolkningen under en 18-månadersperiod besöker tandvården. De flesta som besöker tandvården genomgår under perioden en undersökning och viss förebyggande behandling. Cirka 20 procent får dock enbart en behandling som inte kan beskrivas som förebyggande, t.ex. akuttandvård eller reparativ tandvård. Av detta drar utredningen slutsatsen att cirka 60 procent av den vuxna befolkningen idag besöker tandvården regelbundet i förebyggande syfte. En närmare beskrivning framgår av kapitel 3.

I enskilda gruppers tandvårdskonsumtion märks i åldersgruppen 20–34 år en lägre besöksfrekvens än genomsnittet och trenden är avtagande. Denna grupp har generellt en god tandhälsa, som dock riskerar att inte kunna bibehållas på sikt. Detta kan leda till att de investeringar som görs i den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården inte kommer att tillvaratas på bästa sätt. Förklaringarna till att unga vuxna inte besöker tandvården är att man inte uppfattar sig ha ett stort tandvårdsbehov, men även ekonomiska skäl nämns som förklaring i olika undersökningar. Även personer i åldersgruppen 35–49 år har en lägre besöksfrekvens. Den grupp som besöker tandvård i minst utsträckning är ensamstående kvinnor med barn. Därutöver har personer med utländsk bakgrund lägre besöksfrekvens än genomsnittet. Det finns flera förklaringar till den minskande besöksfrekvensen. I de socioekonomiskt svagare grupperna bedömer utredningen att ökade kostnader för patienterna är en huvudorsak. Utredningen menar att förslaget till grundstöd kommer att underlätta för dessa grupper att regelbundet besöka tandvården i förebyggande syfte, eftersom patientens pris för dessa besök blir kraftigt subventionerat.

Utredningens bedömning av den förväntade effekten av grundstödet innebär att den andel av den vuxna befolkningen som besöker tandvården under en 18-månadersperiod i förebyggande syfte

ökar från dagens cirka 60 procent till cirka 85 procent. Detta innebär att antalet vuxna som regelbundet besöker tandvården för en undersökning och viss förebyggande vård ökar med totalt cirka 1,7 miljoner personer, beräknat på en 18-månadersperiod. Av dessa är knappt 500 000 personer sådana som idag inte alls besöker tandvården. Ökningen bedöms ske till allra största del i åldersgruppen 20–49 år. En närmare beskrivning av beräkningarna framgår av kapitel 6.

Företrädare för handikappförbunden¹ har uppmärksammat utredningen på behovet av att personer med förhöjt tandvårdsbehov på grund av kronisk sjukdom eller funktionshinder får förebyggande tandvård, för att minimera framtida risk för munsjukdomar. Personer med kroniska sjukdomar eller funktionshinder har ofta sämre ekonomi än befolkningen i övrigt. Handikappförbunden pekar på angelägenheten av ett generellt tandvårdsstöd som ger alla medborgare samma rätt till ersättning. Utredningen menar att grundstödet kan väntas ge positiva effekter även för dessa gruppers möjligheter att regelbundet besöka tandvården för att få förebyggande vård och därigenom säkerställa en bibehållen eller förbättrad tandhälsa.

5.3 Förslag till utformning av grundstödet

5.3.1 Ett tandhälsobesök

Utredningen föreslår att åtgärden inom grundstödet benämns tandhälsobesök.

Utredningen anser att innehållet i tandhälsobesöket motiverar att andelen tandhälsobesök som utförs av en tandhygienist blir högt. Tandhygienisterna utgör en viktig resurs.

Ur ett tandhälsoperspektiv är den egna vården viktig. Om en patient själv sköter sina tänder på ett tillfredställande sätt minskar behoven av reparativ tandvård. Ett led i egenvården är att regelbundet besöka tandvården i förebyggande syfte. De regelbundna besöken bidrar till patientens kunskaper om vad man kan göra för att bibehålla eller förbättra tandhälsan. Vidare kan tecken på karies och tandlossning upptäckas tidigt.

¹ Handikappförbundens samarbetsorgan (HSO).

Grundstödet innehåll skall omfatta ett besök i tandvården, som innehåller en undersökning och viss förebyggande vård. Utredningen har valt att benämna åtgärden tandhälsobesök. Tandhälsobesöket syftar till att ge patienten en undersökning, viss förebyggande vård, information om sin tandhälsa och vad patienten kan göra själv för att bibehålla eller förbättra sin tandhälsa samt en uppfattning om sitt framtida tandvårdsbehov. Avslutningsvis skall patienten vid tandhälsobesöket i förekommande fall få en ungefärlig kostnadsuppskattning av det framtida behandlingsbehovet. Om patienten har behov av ytterligare tandvård, dvs. förebyggande eller reparativ tandvård, protetik eller tandreglering, ingår inte detta i grundstödet utan avses omfattas av skyddet mot höga kostnader, som utredningen skall lämna förslag till senare.

Utförare

En omfattande reform inom tandvårdsområdet förutsätter att det finns tillräcklig kapacitet bland vårdgivarna att möta en ökad efterfrågan. Tillgången till vårdgivare behöver även vara fördelad så att den medger god tillgänglighet för alla i hela landet. Utredningen bedömer att förslaget om grundstöd leder till att fler patienter besöker tandvården i förebyggande syfte. För att detta inte skall medföra en risk för köer till tandvården, förutsätter utredningen att arbets- och organisationsformerna inom tandvården utvecklas så, att varje yrkesgrupps kompetens tillvaratas fullt ut.

Utredningens förslag till innehåll i tandhälsobesöket medger att det kan utföras av antingen en tandläkare eller en tandhygienist, eller genom en kombination av de båda yrkesutövarna. Innehållet i tandhälsobesöket motiverar att andelen tandhälsobesök som utförs av en tandhygienist blir högt, eftersom tandhygienistens kompetens är särskilt inriktad på hälsobefrämjande och förebyggande tandvård. Tandhygienistutbildningen ger även goda odontologiska kunskaper och kunskaper om allmänhälsa m.m., som krävs för att kunna undersöka och bedöma individuella behov och åtgärder. Utredningens förslag bör därmed leda till att tandhygienisterna får en tydlig och framträdande roll, när det gäller undersökningar av vuxna.

Socialstyrelsens prognos över framtida tillgång av tandläkare och tandhygienister tyder på att antalet tandläkare kommer att minska. Prognosen indikerar också en betydande ökning av antalet

tandhygienister. Socialstyrelsen prognostiserar att antalet tandhygienister om femton år är lika stort som antalet tandläkare.² Mot en sådan bakgrund är det viktigt även ur ett resurs- och tillgänglighetsperspektiv att tillvarata tandhygienisterna som grupp. Tandsköterskorna är inte en legitimerad yrkesgrupp, men utför idag under ledning av tandläkare eller tandhygienist, vissa mindre delar av de moment som ingår i tandhälsobesöket.

5.3.2 Innehållet i tandhälsobesöket

Utredningen föreslår att tandhälsobesöket, förutom sedvanlig hälsodeklaration och anamnes, skall ha följande innehåll.

1. Klinisk undersökning och diagnostik, inklusive nödvändiga röntgenbilder för att registrera karies och tandlossning.
2. Bedömning av aktuell sjukdomsrisk.
3. Förebyggande vård som vid behov innefattar följande åtgärder: borttagande av mjuka beläggningar och synlig tandsten (salivsten), fluorlackning samt enklare justeringar av fyllningar.
4. Hälsorådgivande samtal, inklusive information och instruktion.
5. Bedömning av behov av ytterligare undersökning och behandling samt behov av ytterligare röntgenundersökning. I förekommande fall en översiktlig kostnadsberäkning för sådan ytterligare tandvård.

Utredningens bedömning är att den genomsnittliga tidsåtgången för tandhälsobesöket bör uppgå till cirka 30 minuter. Det innehåll som utredningen anger i tandhälsobesöket skall ses som en rekommendation som gäller för den genomsnittlige patienten. Den undersökning och vård som ges till patienten i det enskilda fallet bygger dock på patientens individuella förutsättningar och behov. Det betyder att vissa patienter inte kommer att behöva få del av samtliga åtgärder i punktlistan ovan. Tandhälsobesökets omfattning är därmed beroende av den enskilde tandläkarens eller tandhygienistens professionella bedömning. Definitionen av innehållet utgör dock ett riktmärke för vad som ingår. Denna syftar även till att ge patienten förutsättningar för att kontrollera att man fått den tandvård som man har rätt att begära.

² Socialstyrelsen (2006).

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

5.3.3 Utformning av den statliga subventionen

Utredningen föreslår att grundstödet utgörs av ett fast subventionsbelopp. Beloppets storlek framgår av kapitel 6.

Det nya tandvårdsstödet omfattar ett generellt stöd till hela den vuxna befolkningen. Subventionen förstärks genom det nya stödet och statens finansieringsandel ökar. Utredningen konstaterar att tandvårdsmarknaden i flera avseenden har bristande funktionssätt. Bristen på transparens i priser och kostnader är stor. I och med att statens finansieringsandel ökar försvagas patientens respektive vårdgivarens incitament att hålla kostnaderna nere. Mot en sådan bakgrund anser utredningen det inte vara rimligt att utforma ett stöd som innebär att staten står hela risken för kostnads- och volymökningar. Istället bör stödet utformas på ett sätt som ger förutsägbarhet och kontroll över de statliga utgifterna. Utredningen föreslår därför att grundstödet utformas så att den statliga subventionen utgör ett fast belopp.

Det fasta subventionsbeloppet skall vara av en storlek så att patientens kostnad för tandhälsobesöket kan beräknas till cirka 200 kronor vid besök var 18:e månad. En närmare beskrivning av beloppets storlek framgår av kapitel 6. Det fasta subventionsbeloppet kan behöva justeras beroende på prisförändringar som kan ske fram till tidpunkten för stödets införande. Jämförelsen med det genomsnittliga patientpriset för ett besök i den öppna hälso- och sjukvården görs i samband med stödets införande.

5.3.4 Prissättningen av tandhälsobesöket

Utredningen föreslår följande alternativ till utformning när det gäller frågan om prissättning av tandhälsobesöket.

Alternativ 1: Fri prissättning av tandhälsobesöket.

Alternativ 2: Ett villkor för att tandvårdsersättning skall utgå är att vårdgivaren följer ett fast angivet pris för tandhälsobesöket.

Utredningen anser att alternativ 1 är att föredra.

Givet att den statliga subventionen utformas som ett fast belopp är patientens pris för tandhälsobesöket beroende av hur prissättningen fungerar. Det är grundläggande för utredningen att det nya tandvårdsstödet blir en subvention av patientens pris och inte en subvention till vårdgivarna. Subventionen skall innebära ett lägre pris för patienten än vad priset hade varit utan en subvention. Detta skall inte bara gälla vid själva införandetillfället, utan även på sikt. Det är dock rimligt att anta att en viss prisökningstakt bör kunna få slå igenom.

Utredningen föreslår två alternativ för hantering av prissättningen av tandhälsobesöket. I alternativ 1 utformas grundstödet med bibehållen fri prissättning av tandhälsobesöket. I alternativ 2 utformas grundstödet med ett villkor. Villkoret för att vårdgivaren skall få ersättning från det statliga tandvårdsstödet är att vårdgivaren följer ett angivet pris för tandhälsobesöket.

Alternativ 1

Utredningens slutsats av de analyser som hittills gjorts är att det finns betydande marknadsmisslyckanden inom tandvårdsområdet och att det kan finnas delvis oförklarade prisökningar sedan 1998, se kapitel 4. Samtidigt har utredningen svårt att se att bristerna på tandvårdsmarknaden skulle vara så omfattande att de självklart motiverar en ekonomisk reglering, vilket är ett kraftigt ingrepp i en marknad. Utredningen menar också att det är svårt att utforma ett optimalt regelverk för en ekonomisk reglering. Risken är att regleringen blir dålig, vilket kan hämma vårdgivarnas investeringsvilja och en naturlig utveckling av tandvårdsmarknaden. En dålig reglering skulle också kunna innebära att vårdgivarna söker vägar att kompensera sig för kostnadsökningar inom den reglerade delen

i andra, oreglerade, delar av tandvårdsstödet. En sådan utveckling skulle medföra att de ursprungliga syftena med regleringen förloras.

För att patientens pris, i ett alternativ med fri prissättning, skall kunna upprätthållas på den angivna nivån förutsätts att effektiva åtgärder vidtas för att stimulera konkurrens och göra patienterna mer medvetna och aktiva. Det finns svaga men tydliga indikationer på ökad konkurrens på den svenska tandvårdsmarknaden. Lågprisalternativ, främst ännu i storstäderna, och en ökande utlandstandvård är tecken på detta. Det bör inte uteslutas att vårdgivare i högre utsträckning än idag skulle kunna använda priset på tandhälsobesöket som ett konkurrensmedel.

Välinformerade, aktiva och medvetna patienter, som har en kunskap om både pris och innehåll i tandhälsobesöket, utgör en stark faktor för att hålla priserna på tandhälsobesöket nere. Utredningen redovisar nedan förslag som syftar till att stärka patientens ställning och förbättra tandvårdsmarknadens funktionssätt. Förslagen kommer att utvecklas och preciseras i det fortsatta arbetet.

En bibehållen fri prissättning av tandhälsobesöket förutsätter att vårdgivarna tar ett tydligt ansvar för en rimlig prisutveckling och att vårdgivarna inte utnyttjar sin starka ställning gentemot patienterna till att höja priserna så att subventionens värde urholkas. Utredningen har fört en dialog med företrädare för vårdgivare, såväl privata som offentliga, om dessa frågor. Utredningen avser att fortsätta den dialogen i syfte att identifiera former för att löpande följa och diskutera prisutvecklingen.

Utredningen lämnar nedan förslag om en på förhand definierad process för att följa upp och utvärdera införandet av grundstödet, en s.k. kontrollstation. Resultatet av utvärderingen bör ligga till grund för beslut om förändringar, om det visar sig att prisutvecklingen leder till en kraftig urholkning av subventionen. En sådan utveckling skulle kunna tvinga fram ekonomiska regleringar inom tandvårdsmarknaden.

Alternativ 2

En prisreglering innebär att patientens pris för tandhälsobesöket inte kommer att variera annat än om subventionsbeloppet förändras. I alternativ 2 skulle en prisreglering utformas så att ett villkor

för att tandvårdsersättning skall utgå är att vårdgivaren följer ett fast angivet pris för tandhälsobesöket.

Som framgår ovan är en optimal prisreglering svår att konstruera, men fördelarna med en prisreglering behöver vägas mot nackdelarna. En reglering kan göras inom ramen för grundstödet alternativt inom delar av skyddet mot höga kostnader. När det gäller grundstödet bedömer utredningen att det bör vara möjligt att identifiera ett skäligt pris för tandhälsobesöket, då åtgärden är relativt enkel att definiera och kostnadsberäkna. Det faktum att åtgärden är relativt enkel att beskriva och kommunicera talar dock för att man skulle avstå från att prisreglera just den delen av ett nytt tandvårdsstöd. Detta eftersom det är rimligt att förvänta sig ett ökat patienttryck när det gäller pris och innehåll i tandhälsobesöket, vilket skulle verka dämpande på prisutvecklingen. Ett alternativ är då att i stället överväga någon form av prisreglering inom delar av skyddet mot höga kostnader.

Utredningen menar att en prisreglering av tandhälsobesöket enligt alternativ 2 inte bör övervägas förrän konsekvenserna när det gäller kopplingarna till skyddet mot höga kostnader är fullständigt belysta. Eftersom utredningen skall återkomma med förslag till skydd mot höga kostnader senare, har frågan om en reglering av priserna inom delar av det nya tandvårdsstödet ännu inte genomarbetats fullt ut.

Summering

Vid en samlad bedömning anser utredningen att en fri prissättning av tandhälsobesöket är att föredra. Utredningen menar dock att behovet av en prisreglering inom delar av det nya tandvårdsstödet kan övervägas i det fortsatta arbetet med utformning av skyddet mot höga kostnader. Utredningen avser därför återkomma till frågan i det betänkande som lämnas till regeringen den 30 juni.

5.4 Åtgärder för att utveckla tandvårdsmarknaden

Utredningen anser att patientens ställning på tandvårdsmarknaden behöver stärkas och att tandvårdsmarknadens funktionssätt behöver utvecklas. Detta gäller oavsett hur det nya tandvårdsstödet konstrueras. Utredningen lämnar därför generella förslag som

syftar till att åstadkomma detta inom hela tandvårdsmarknaden och som inte enbart har en direkt koppling till förslaget om grundstöd. Utredningen menar att åtgärderna har stor betydelse för att stimulera patienterna att bli mer medvetna och aktiva och att i övrigt utveckla marknadens funktionssätt. Utredningen avser att återkomma senare med närmare beskrivningar och preciseringar av förslagen.

5.4.1 Bättre underlag för prisjämförelser

Utredningen föreslår, i linje med vad Konsumentverket och Konkurrensverket tidigare föreslagit, att vårdgivare åläggs att regelbundet lämna uppgifter till Försäkringskassan som underlag för prisjämförelser och kontroller.

Utredningen föreslår att Konsumentverket ges i uppdrag att utforma och tillhandahålla en elektronisk prisjämförelsetjänst inom tandvårdsområdet, med stöd av uppgifter från Försäkringskassan.

Utredningen menar att det finns tydliga behov av förbättrad information på tandvårdsmarknaden. Därför bör vårdgivarna åläggas att lämna uppgifter som kan användas för att göra prisjämförelser. Dessutom behövs uppgifter för att kontrollera att den vård som utförs står i överensstämmelse med regelverket. Reglerna om skyldighet för vårdgivare att lämna uppgifter bör förtydligas och utvidgas. Uppgifterna bör lämnas till Försäkringskassan, som även bör få ansvar för tillsyn av vårdgivarnas tillämpning av reglerna. Bestämmelserna bör utformas så att Försäkringskassan kan avgöra när och hur uppgifterna skall lämnas. Det bör övervägas om skyldigheten att lämna uppgifter skall förenas med ekonomiska sanktioner.

Konsumentverket har en väl utvecklad webbplats med ett stort antal besökare varje år. Utredningen anser att den mest naturliga placeringen för en prisjämförelsetjänst inom tandvårdsområdet är Konsumentverkets webbplats. Det bör finnas synergieffekter att tillvarata eftersom många konsumenter besöker webbplatsen i andra syften än att undersöka priser inom tandvårdsområdet. Utredningen avser att vid behov återkomma med förslag om ökade resurser till Konsumentverket för att möjliggöra en prisjämförelsetjänst inom tandvårdsområdet.

5.4.2 Informationskampanj

Utredningen föreslår att en särskild informationskampanj riktad till allmänheten genomförs i samband med införandet av grundstödet.

Patienter som har god kunskap om pris och innehåll i tandhälsobesöket utgör en stark faktor för att skapa ett tryck på vårdgivarna att tillhandahålla avsedd vård till avsett pris. För att skapa ett sådant tryck kan det räcka med att en minoritet av patienterna är aktiva.³

För att göra reformen allmänt känd anser utredningen att en särskild informationskampanj riktad till allmänheten bör genomföras i samband med införandet av grundstödet. Särskilt viktiga punkter att informera om är patientens pris, subventionens storlek, kopplingen till hur ofta patienten genomför tandhälsobesöket samt innehållet i tandhälsobesöket. Utredningen avser att återkomma med preciserade förslag senare.

5.4.3 Rådgivningsbyrå för patienter

Utredningen avser att föra en dialog med företrädare för vårdgivare, privata och offentliga, i syfte att undersöka förutsättningarna för att inrätta en rådgivningsbyrå för patienter inom tandvårdsområdet. Rådgivningsbyrån bör bl.a. ha till uppgift att svara på frågor från patienter om priser och prisjämförelser, regelverk, tandvårdsstödet utformning m.m.

Utredningen avser att fortsätta den dialog som inletts med företrädare för privata och offentliga vårdgivare. Förutsättningarna att inrätta en rådgivningsbyrå för patienter inom tandvårdsområdet, ett slags "Konsumenternas tandvårdsbyrå", bör diskuteras inom ramen för denna dialog. Rådgivningsbyrån bör bl.a. ha till uppgift att svara på frågor från patienter om priser och prisjämförelser, regelverk, tandvårdsstödet utformning m.m. Byrån bör också ha till uppgift att fånga upp konsumentproblem inom tandvårdsmarknaden som skall sammanställas och redovisas för berörda myndigheter och organisationer inom tandvårdsområdet, t.ex. branschorganisationer. Byrån bör ha ett delat huvudmannaskap mellan stat

³ Konkurrensverket (2004).

och vårdgivare, både privata och offentliga. Byrån bör i huvudsak finansieras av branschen.

5.4.4 Uppgifter i samband med behandling

Utredningen föreslår, i linje med vad Konsumentverket och Konkurrentverket tidigare föreslagit,

att återkallelser till tandhälsobesök görs skriftligt med uppgifter om vilka åtgärder besöket omfattar samt en prisuppgift,

att vårdgivaren, i fall som resulterar i ytterligare behandling, tillhandahåller patienten en skriftlig behandlingsplan inklusive prisuppgifter,

att vårdgivaren tillhandahåller en gällande prislista att ta med hem.

Patienten på tandvårdsmarknaden har begränsad information och kunskap, vilket gör att man har små möjligheter att bedöma priser, behandlingsförslag och kvalitet på den vård som utförs. Den främsta källan till information om såväl priser, behandlingsalternativ och vårdinnehåll är vårdgivaren. Det är därför viktigt att vårdgivarens skyldighet att lämna uppgifter av olika slag är tydligt definierad.

Konsumentverket lämnade år 2003 till regeringen förslag⁴ som syftade till att ge patienterna mer och bättre information. Konkurrentverket tillstyrkte i en rapport⁵ till regeringen 2004 dessa förslag och kompletterade förslagen med ytterligare delar. Förslagen syftar till att öka patientens kunskap om prisbilden för tandvårdstjänster. Utredningen anser att de brister på tandvårdsmarknaden som förslagen syftade till att åtgärda kvarstår och att förslagen därför fortfarande är giltiga och bör genomföras.

Återkallelssystem inom tandvården är en viktig faktor för att patienterna skall genomföra regelbundna besök i förebyggande syfte. Utredningen anser att detta bör stimuleras. Återkallelser till tandhälsobesök bör göras skriftligt och innehålla uppgifter om vilka åtgärder tandhälsobesöket omfattar samt en prisuppgift.

Patienten bör få en skriftlig behandlingsplan. Genom att patienten får en sådan förbättras möjligheterna att jämföra kostnaden hos annan vårdgivare. Behandlingsplanen bör innehålla patientens tandhälso-

⁴ Konsumentverket (2003).

⁵ Konsumentverket (2004).

status, åtgärdsalternativ inklusive priser samt uppskattad totalkostnad. Det bör också framgå vilket behandlingsalternativ som vårdgivaren rekommenderar inklusive motivering. Skriftliga behandlingsplaner kan även ge ett visst stöd för det fall att tvist uppstår om behandlingen.

Patienten bör även få en prislista att ta med hem för att på ett enkelt sätt kunna jämföra med kostnadsposterna på tandvårdskvittot och i behandlingsplanen.

5.5 Utvecklad uppföljning

5.5.1 Utvecklat IT-stöd

Utredningen föreslår att ett nytt IT-stöd utvecklas för att administrera och följa upp det nya tandvårdsstödet samt att ta fram underlag på individnivå gällande tandhälsa och tandvårds-konsumtion.

Utredningen anser att ett nytt tandvårdsstöd förutsätter att ett nytt IT-stöd utvecklas. Försäkringskassans befintliga IT-stöd för det statliga tandvårdsstödet kan inte hantera de krav som ett nytt tandvårdsstöd ställer. Det nya IT-stödet bör redan från början utformas med syfte att hantera alla delar av det nya tandvårdsstödet. Nedan beskrivs dock endast förutsättningarna avseende förslaget om grundstöd.

Grundstödet medför att antalet utbetalningar ökar, eftersom fler personer blir berättigade till ersättning och bedömningen är att fler personer kommer att nyttja sin rätt till ersättning. IT-stödet behöver fungera som ett stöd för Försäkringskassans administration och kontroll. Konsekvensen för vårdgivarna av förslaget om grundstöd är att de kommer att behöva lämna fler tandvårdsräkningar till Försäkringskassan än idag. Vidare behöver vårdgivarna, för att kunna ta ut rätt pris av patienten, få information från Försäkringskassan om vilken subvention patienten har rätt till. Det nya IT-stödet behöver utformas så att vårdgivare på ett enkelt sätt kan koppla upp sig mot IT-stödet och få den nödvändiga informationen om aktuell patient. Vårdgivaren skall även rapportera in information till Försäkringskassan. En konsekvens av detta är att samtliga tandvårdsräkningar behöver lämnas elektroniskt, se närmare nedan.

Utöver dessa krav behöver det nya IT-stödet även ge underlag på individnivå när det gäller tandvårdskonsumtion och tandhälsa. Bristen på sådan samlad information i dagsläget är betydande. Utredningen avser att under det fortsatta arbetet precisera krav och förutsättningar i dessa delar. Särskilt viktigt är att beakta integritetsaspekter och patientsäkerhet.

Utredningen anser att Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla ett nytt IT-stöd. Utredningen avser att återkomma med en närmare beskrivning av förslaget, inklusive kostnadsberäkning och uppskattning av tidsåtgång för utvecklingsinsatsen. Utredningen avser att vid behov återkomma med förslag om ökade resurser till Försäkringskassan för denna åtgärd.

5.5.2 Uppföljning och utvärdering av ett nytt tandvårdsstöd

Utredningen föreslår att en process för uppföljning och utvärdering av det nya tandvårdsstödet, en s.k. kontrollstation, tydligt definieras. Kontrollstationen skall bl.a. omfatta utvecklingen av priser och tandvårdskonsumtion. En bedömning av tandvårdsmarknadens funktionssätt skall göras.

Utredningen anser att berörda myndigheter bör ges i uppdrag att ta fram en strategi för hur tandhälsan bland vuxna skall följas.

Ett nytt tandvårdsstöd är en stor reform. Utredningen anser att det är nödvändigt att i samband med reformen skapa bättre förutsättningar än idag för att följa tandvårdskonsumtion och tandhälsa bland den vuxna befolkningen. Några viktiga faktorer att följa och utvärdera är marknadens funktionssätt, patientens ställning och prisutvecklingen.

I syfte att följa upp och utvärdera ett nytt tandvårdsstöd föreslår utredningen att en kontrollstation efter tre år införs. Denna skall vara tydligt definierad på förhand och bl.a. omfatta utvecklingen av tandhälsa, tandvårdskonsumtion, priser (inklusive de statliga utgifterna och patientens kostnad) och konkurrens. I detta arbete bör en fortlöpande uppföljning ske, bl.a. i form av årliga rapporter. I arbetet med att definiera en kontrollstation för det nya tandvårdsstödet bör erfarenheterna från uppföljningen av sänkningen av bokmomsen tillvaratas. Utredningen avser att återkomma med preciserade förslag senare.

5.6 Subventionens beräkning

5.6.1 Konstruktion

Utredningen föreslår att subventionen i grundstödet beräknas enligt följande. Utgångspunkten är att besök sker var 18:e månad. Hänsyn måste dock tas till de individuella variationerna. För att möjliggöra detta beräknas subventionen i artondelar. Subventionens värde kan inte ackumuleras till mer än motsvarande arton månaders värde och kan inte nyttjas oftare än var 12:e månad. Första gången som subventionen nyttjas utgår hela subventionsbeloppet.

Subventionsbeloppet i grundstödet behöver beräknas på ett sätt som medger individuella revisionsintervall. Subventionsbeloppets storlek utgår från vad som anges i utredningsdirektiven om att patientens pris för ett besök var 18:e månad vid stödets införande skall vara i nivå med den genomsnittliga kostnaden för ett besök i den öppna hälso- och sjukvården. Utredningen har beräknat detta pris till cirka 200 kronor.

Det är dock viktigt att grundstödet utformas på ett sätt som gör att patienten uppmuntras att genomföra ett tandhälsobesök så ofta som vårdgivaren bedömer att patienten behöver. Grundstödet skall inte innebära att patienter ges ekonomiska incitament att genomföra ett tandhälsobesök var 18:e månad, om detta inte överensstämmer med vårdgivarens rekommenderade revisionsintervall.

Subventionsbeloppet skulle kunna beräknas i ett samlat belopp, som utgår en gång var 18:e månad. Detta skulle dock medföra att patienter med behov av att genomföra ett tandhälsobesök med kortare intervall än 18 månader, t.ex. 12 månader som är ett vanligt intervall, får betala olika pris vid besöken.

En sådan beräkning av subventionen riskerar att få negativa konsekvenser för de patienter som har kortare revisionsintervall än 18 månader. Utredningens uppskattning är att cirka 3,3 miljoner personer besöker tandvården för undersökning och viss förebyggande vård under en 12-månadersperiod. Utgångspunkten är att dessa personer av vårdgivaren bedöms ha behov av ett revisionsintervall om 12 månader. Utredningen menar att det finns en risk för att dessa patienter ges incitament att förlänga revisionsintervallet till 18 månader, eftersom patienten därmed skulle undvika att vartannat besök blev betydligt dyrare. Särskilt bör en sådan risk

finnas bland de grupper som idag avstår från regelbundna tandvårdsbesök av ekonomiska skäl.

Utredningen anser därför att subventionen i grundstödet bör beräknas på ett sätt som fördelar ut subventionsbeloppet på 18-månadersperioden och därmed innebär att patienter med kortare revisionsintervall än 18 månader får en proportionellt beräknad del av subventionen vid varje besökstillfälle. Utredningen föreslår att subventionen skall kunna nyttjas vid valfri tidpunkt för ett tandhälsobesök och uppgå till ett värde motsvarande det antal månader som förflutit sedan den tidpunkt då subventionen senast nyttjades, dock minst 12 månader. Med denna lösning ges patienter med revisionsintervall från 12 månader och uppåt möjlighet att vid varje besökstillfälle få del av subventionen. Första gången som subventionen nyttjas utgår hela subventionsbeloppet. En beskrivning av konsekvenserna framgår av tabell 7. Beskrivningen utgår från att vårdgivarens pris för tandhälsobesöket är 700 kronor och att det fasta subventionsbeloppet räknat på 18 månader är 500 kronor.

Tabell 7 Alternativa beräkningar av subventionen i grundstödet

	Utbetalning av subventionen en gång var 18:e månad		Utbetalning av subventionen uppdelad i 18-delar	
	<i>Subvention som utgår</i>	<i>Beräknat patientpris</i>	<i>Subvention som utgår</i>	<i>Beräknat patientpris</i>
Första tandhälsobesöket	Hel subvention	200	Hel subvention	200
Andra tandhälsobesöket efter antal månader				
0–11	0	700	0	700
12	0	700	12/18-delar	366
13	0	700	13/18-delar	339
14	0	700	14/18-delar	311
15	0	700	15/18-delar	283
16	0	700	16/18-delar	255
17	0	700	17/18-delar	228
18	Hel subvention	200	18/18-delar (Hel subvention)	200
19–	Hel subvention	200	18/18-delar (Hel subvention)	200

Om patienten genomför nästa tandhälsobesök efter 12 månader utgår 12/18-delars subvention. I dessa fall blir patientens pris högre än 200 kronor. Om patienten genomför nästa tandhälsobesök efter 18 månader utgår 18/18-delars subvention, dvs. det fulla värdet, och priset för patienten kan då beräknas till cirka 200 kronor. Om patienten genomför nästa tandhälsobesök efter 24 månader utgår den maximala subventionen om 18/18-delar, vilket gör att patientens pris även i det fallet blir cirka 200 kronor.

Utredningen anser att subventionen högst skall uppgå till det belopp som är beräknat på en 18-månadersperiod. Om subventionen är möjlig att ackumulera till att omfatta en längre tidsperiod finns det risk för att patienter, som bedöms ha behov av att genomföra tandhälsobesök var 18:e månad, av ekonomiska skäl genomför tandhälsobesök var 24:e månad eller ännu mer sällan. Syftet skulle då vara att få tandhälsobesöket avgiftsfritt. Därmed riskerar patienten undervård, vilket kan skapa större framtida tandvårdsbehov. Detta kan i sin tur leda till att det hälsobefrämjande syftet med grundstödet inte kan uppnås till fullo. Om subventionen inte är möjlig att ackumulera är det tänkbart att det finns en risk för övervård. Utredningen bedömer dock denna risk som försumbar och att risken i vart fall är att föredra framför risken för undervård i det motsatta alternativet.

5.6.2 Utbetalning

Utredningen föreslår att ersättningen inom grundstödet betalas ut av Försäkringskassan till vårdgivaren i efterhand. Vårdgivarens underlag till Försäkringskassan bör lämnas elektroniskt.

När det gäller utbetalningen av ersättningen inom grundstödet är det teoretiskt tänkbart att betala ut den till patienten, till vårdgivaren eller till båda dessa. För att bedöma till vem ersättningen skall betalas ut måste först definieras om den 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 anser utredningen att ersättningen inom grundstödet måste betalas ut i efterhand, eftersom antalet tandhälsobesök som

genomförs varje år är betydande och det finns högst begränsade möjligheter att utforma ett kontrollsystem av rimlig omfattning.

Om ersättningen för tandhälsobesöket skall 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 kunna medföra att vissa patienter avstår från tandvård av ekonomiska skäl. Detta skulle motverka syftet med grundstödet. Mot en sådan bakgrund menar utredningen att ersättningen skall betalas ut till vårdgivaren.

För att säkerställa att utbetalningarna kan kontrolleras är det viktigt att informationsutbytet mellan vårdgivarna och Försäkringskassan utvecklas. Utredningen anser att vårdgivarens underlag som lämnas till Försäkringskassan som grund för utbetalning av ersättning bör skickas elektroniskt. I dagsläget görs detta med knappt hälften av alla tandvårdsräkningar. En förutsättning för att det nya tandvårdsstödet skall kunna administreras och följas upp är att informationen om patienter och utförd vård är samlad. Detta förutsätter ett nytt IT-stöd, vilket beskrivs ovan, samt att alla tandvårdsräkningar lämnas elektroniskt.

Utredningen avser att se över frågan om och i så fall på vilket sätt patienten skall involveras när det gäller information om subventionen. Tänkbara alternativ är t.ex. värdebevis eller tandvårdskort. De olika lösningarna innebär dock inte att ersättningen i sig betalas ut till patienten, utan värdebeviset eller tandvårdskortet e.dyl. är enbart bärare av en information om att det finns en subvention. Syftet med att införa denna typ av information är att uppmuntra patienten att genomföra tandhälsobesöket och bygger på antagandet att sådan information har en motiverande effekt.

6 Kostnadsberäkningar

I detta kapitel redovisas en beräkning av patientens och vårdgivarens pris för ett tandhälsobesök, hur många personer som förväntas att genomföra regelbundna tandhälsobesök samt avslutningsvis de statsfinansiella konsekvenserna av förslaget till grundstöd.

6.1 Patientens pris

Enligt utredningens direktiv skall patientens pris för ett tandhälsobesök som genomförs var 18:e månad vid stödets införande vara i nivå med det genomsnittliga priset för ett besök i den öppna hälso- och sjukvården. Den genomsnittliga patientavgiften (ovägt) för besök till primärvård och specialistvård i den öppna hälso- och sjukvården i januari 2006 är 194 kronor. Utredningens utgångspunkt för beräkningen är mot denna bakgrund 200 kronor.

Tabell 8 Genomsnittliga patientavgifter för besök till primärvård och specialistläkare inom öppen hälso- och sjukvård år 2006, kronor

Landsting	Genomsnitt öppenvård
Stockholm	200
Uppsala	160
Sörmland	150
Östergötland	175
Jönköping	160
Kronoberg	225
Kalmar	200
Blekinge	185
Skåne	225
Halland	195
Västra Götaland	210
Värmland	200
Örebro	185
Västmanland	210
Dalarna	150
Gävleborg	225
Västernorrland	225
Jämtland	170
Västerbotten	200
Norrbottn	200
Gotland	225
<i>Genomsnitt</i>	<i>194</i>

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting.

6.2 Priset för ett tandhälsobesök

Patientens pris skall vara cirka 200 kronor för ett tandhälsobesök om det utförs var 18:e månad. Subventionens storlek är beroende av vilket pris vårdgivarna i nuläget beräknas ta för denna åtgärd. Oavsett om priset för ett tandhälsobesök prisregleras eller sätts fritt på marknaden är det självfallet viktigt att vårdgivarpriset som beräkningen av subventionen utgår från är rimligt. Om priset sätts för lågt riskerar vårdgivarna att få problem med att finansiera tandhälsobesöket, kvaliteten riskerar att försämrats eller så riskerar patienterna att få betala betydligt mer än 200 kronor. Om priset sätts för högt riskerar subventionen i stället att bli ett stöd till

vårdgivarna, om inte vårdgivarna i sin tur ytterligare sänker priset till patienten.

6.2.1 Folktandvårdens priser är utgångspunkten

Utredningen anser att en utgångspunkt för att beräkna ett rimligt vårdgivarpris bör vara folktandvårdens priser. Enligt tandvårdslagen har landstingen det övergripande ansvaret för att befolkningen inom respektive län får en god tandvård, även om landstingen (i folktandvårdens regi) inte utför vården själva.¹ Kommuner och landsting får inte ta ut högre avgifter än vad som svarar mot kostnaderna för de tjänster eller nyttigheter som kommunen eller landstinget tillhandahåller, den s.k. självkostnadsprincipen.²

Utredningens förslag till innehåll i tandhälsobesöket innebär en bedömd genomsnittlig tidsåtgång om cirka 30 minuter. Materialåtgången bör vara begränsad. Tandhälsobesöket kan utföras av tandläkare eller tandhygienist. Utredningen menar att innehållet i tandhälsobesöket motiverar att andelen tandhälsobesök som utförs av en tandhygienist blir högt.

Det finns ingen samlad information om vilka priser vårdgivarna tar för olika åtgärder. En viss vägledning kan fås av Försäkringskassans prisundersökningar. För att följa prisutvecklingen samlar Försäkringskassan årligen in priser för vissa fördefinierade behandlingspaket. Av dessa behandlingspaket liknar behandlingspaket 2 mest innehållet i det föreslagna tandhälsobesöket. Detta behandlingspaket omfattar undersökning och förebyggande åtgärder av mindre omfattning (åtgärd 11 och 24).

Behandlingspaket 2 omfattar en undersökning som utförs av tandläkare. Det är därför en nackdel att enbart utgå från detta behandlingspaket för att beräkna priset för tandhälsobesöket, då tandhälsobesöket i stor utsträckning bör kunna utföras av tandhygienist. Behandlingspaket 3 omfattar undersökning som utförs av tandhygienist. De två olika behandlingspaketen är dock inte helt jämförbara, eftersom man i behandlingspaket 3 utgår från att behandlingstiden är längre än i behandlingspaket 2. Priset för behandlingspaket 3 är därför enbart marginellt lägre än behandlingspaket 2.

¹ 5 § tandvårdslagen.

² 8 kap 3c § kommunallagen.

Prisvariationerna för behandlingspaket 2 inom både folktandvården och privattandvården framgår av tabell 9.

Tabell 9 Vårdgivarpriser³ för undersökning och förebyggande åtgärder, behandlingspaket 2, år 2005, kronor

	Behandlingspaket 2	
	Folktandvården	Privattandvården
Min	722	404
Kv 1	756	696
Medel	780	807
Median	779	787
Kv 3	793	872
Max	1 007	1 836

Källa: Försäkringskassans prisundersökning april 2004–maj 2005.

6.2.2 Alternativa prisberäkningar

Vid beräkningen av subventionens storlek väljer utredningen att inledningsvis utgå från priset för behandlingspaket 2. Medianpriset för behandlingspaket 2 i folktandvården år 2005 är cirka 780 kronor. Alla landsting utom ett hade år 2005 ett pris som var maximalt 100 kronor högre än folktandvårdens medianpris. Inom privattandvården låg cirka 75 procent av vårdgivarna på priser maximalt 100 kronor högre än medianpriset i folktandvården. Spridningen i pris är således relativt begränsad. Minimipriset för behandlingspaket 2 i folktandvården är cirka 720 kronor. Detta är knappt 10 procent under medianpriset.

Utredningen bedömer att priset för behandlingspaket 2 är högre än ett rimligt pris för tandhälsobesöket. Den främsta anledningen till detta är att andelen tandhälsobesök som utförs av tandhygienist bör bli högt. Genomsnittslönen inom folktandvården för en tandhygienist uppgår till cirka 60 procent av tandläkarlönen.

Det är främst tidsåtgången som är kostsam i tandhälsobesöket. Tandhälsobesöket beräknas i genomsnitt ta cirka 30 minuter att genomföra, oavsett om det är en tandläkare eller en tandhygienist som utför behandlingen. Timtaxan inom folktandvården för tandläkare uppgår till 1 290 kronor (median). Denna taxa skall täcka in

³ Vissa vårdgivare har olika priser för olika åldersgrupper. De angivna priserna är genomsnittet av åldersgrupperna 20–29, 30–64 och 65+.

både lönekostnader och övriga fasta kostnader för att driva verksamheten. Det finns ingen timtaxa för tandhygienister. Beräknat utifrån mediantimtaxan inom folktandvården skulle en åtgärd som tar cirka 30 minuter kosta cirka 645 kronor, exklusive material. Materialkostnaden för tandhälsobesöket uppskattas av utredningen till högst 40–50 kronor. Timtaxan är dock inte basen för de priser folktandvården debiterar, utan används främst för ovanliga tidskrävande åtgärder. Dessutom är timtaxan beräknad enbart utifrån tandläkarkostnaden. En beräkning utifrån timtaxan indikerar dock ett lägre pris för tandhälsobesöket än såväl median- som minimipriset för behandlingspaket 2.

Det finns inget säkert underlag för att beräkna det exakta priset för ett tandhälsobesök. Det är också oklart hur stor andel tandhälsobesök som kommer att utföras av tandläkare respektive tandhygienist. Utredningen menar dock att innehållet i tandhälsobesöket motiverar att andelen tandhälsobesök som utförs av tandhygienist blir högt. Utredningens bedömning är därför att folktandvårdens priser för behandlingspaket 2 är högre än vad som är ett rimligt pris för tandhälsobesöket. Mot en sådan bakgrund, samt att beräkningar utifrån timtaxan för tandläkare indikerar ett lägre pris än priset för behandlingspaket 2, gör utredningen bedömningen att ett pris på 700 kronor är rimligt för tandhälsobesöket.

6.3 Hur många kommer att genomföra ett tandhälsobesök?

Nedan beskrivs målgruppen för grundstödet samt hur många som i dagsläget regelbundet beräknas genomgå en undersökning med viss förebyggande behandling. Därefter redovisas utredningens bedömning av hur många som kommer att genomföra ett tandhälsobesök efter införandet av grundstödet.

Grundstödet skall omfatta alla personer som är 20 år och äldre. Enligt utredningens direktiv berörs inte landstingens ansvar för viss tandvård av utredningens uppdrag. I beräkningarna av hur många som kommer att behöva få tillgång till stödet räknar utredningen därför med att de personer som idag omfattas av landstingens ansvar också i framtiden får den tandvård de behöver via landstingens försorg.

Tabell 10 Målgrupp för grundstödet, år 2005, 1000-tal

	Antal personer 1000-tal
Folkmängd, 20-w år	6 889
Avgår, landstingens ansvar	
– Uppsökande vård	-180
– Led i sjukdomsbehandling	-35
<i>Målgrupp för grundstöd</i>	<i>6 674</i>

Källa: SCB, Sveriges Kommuner och Landsting.

Av tabell 10 framgår att antalet personer som är 20 år och äldre är cirka 6,9 miljoner. Enligt uppgifter från Sveriges Kommuner och Landsting uppgick gruppen som omfattas av den uppsökande tandvården till ca 180 000 personer år 2004 och omkring 35 000 personer fick tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Utredningen utgår från att dessa personer även i framtiden får sitt tandvårdsbehov täckt via landstingens försorg. Därför räknas dessa personer bort från målgruppen. Det maximala antalet personer som beräknas ingå i målgruppen för grundstödet uppgår därför år 2005 till cirka 6,7 miljoner.

Enligt vad som anges i kapitel 3 beräknas i dagsläget 78 procent av den vuxna befolkningen besöka tandvården under en 18-månadersperiod. Cirka 60 procent beräknas genomgå en undersökning med viss förebyggande behandling.

Tabell 11 Antal personer som besöker tandvården och som beräknas genomgå en undersökning och viss förebyggande behandling under en 18-månadersperiod, år 2005

	Antal personer miljoner	Andel procent
Målgrupp i befolkningen	6,7	
Antal personer som besöker tandvården	5,2	78
Antal personer som genomgår en undersökning med viss förebyggande behandling, skattning	4,0	60

Källa: FHI, samt egna beräkningar.

Av målgruppen inom den vuxna befolkningen på 6,7 miljoner personer, beräknas därför antalet besök till tandvården till drygt 5 miljoner under en period av 18 månader. Av dessa beräknas cirka 4 miljoner personer genomgå en undersökning med viss förebyggande behandling, dvs. åtgärder som motsvarar ett tandhälsobesök.

6.3.1 Dynamisk effekt

Utredningen bedömer att grundstödet bör leda till att andelen av den vuxna befolkningen som regelbundet besöker tandvården i förebyggande syfte ökar. Den bedömda ökningen beräknas ske i grupper som idag endast besöker tandvården för andra insatser än förebyggande tandvård, t.ex. akuttandvård eller reparativ tandvård, och i grupper som idag helt avstår från tandvårdsbesök.

Utredningens bedömning är att den andel av befolkningen som besöker tandvården under en 18-månadersperiod i förebyggande syfte ökar från dagens cirka 60 procent till cirka 85 procent. Detta innebär att antalet vuxna som regelbundet besöker tandvården i förebyggande syfte ökar med totalt cirka 1,7 miljoner personer, beräknat på en 18-månadersperiod (tabell 12). Av dessa är cirka 1,2 miljoner personer sådana som idag endast besöker tandvården för annan tandvård än förebyggande samt knappt 500 000 personer sådana som idag inte alls besöker tandvården. Ökningen beräknas ske till allra största del i åldersgruppen 20–49 år.

Tabell 12 Antal personer som besöker tandvården i förebyggande syfte under en 18-månadersperiod i dagsläget och utredningens bedömning om antalet besök efter grundstödet införande

	Nuläge		Bedömning		Tillskott
	Andel av målgrupp	Antal personer miljoner	Andel av målgrupp	Antal personer miljoner	Antal personer miljoner
Målgrupp i befolkningen	-	6,7	-	6,7	-
Besöker tandvården	78	5,2	85	5,7	0,5
Besöker tandvården i förebyggande syfte, skattning	60	4,0	85	5,7	1,7

Källa: FHI, samt egna beräkningar.

Tabell 13 visar besöksfrekvensen under 18 månader i olika åldersgrupper baserat på uppgifter från Försäkringskassan,⁴ samt utredningens bedömning av hur många som kommer att genomföra regelbundna tandhälsobesök efter grundstödets införande.

Tabell 13 Antal personer som besöker tandvården i dagsläget under en 18-månadersperiod samt utredningens bedömning om antalet besök efter grundstödets införande

Åldersgrupp	Folkmängd 1000-tal	Nuläge, besök		Bedömning, besök		Tillskott, besök	
		Andel besök	Antal 1000-tal	Andel besök	Antal 1000-tal	Andel	Antal 1000-tal
20–29 år	1 071	64	682	85	911	21	229
30–39 år	1 248	73	911	85	1 061	12	150
40–49 år	1 221	75	916	85	1 038	10	121
50–59 år	1 209	85	1 032	85	1 032	0	0
60–64 år	573	89	512	89	512	0	0
65–74 år	766	85	649	85	649	0	0
75– år	799	76	609	85	679	9	71
Befolkning	6 889	78	5 380	85	5 881	7	501
Målgrupp ⁵	6 674	78	5 212*	85	5 697**	7	485

Källa: Försäkringskassan samt egna beräkningar.

* Av dessa besöker enligt utredningens beräkning cirka 4 miljoner personer tandvården i förebyggande syfte.

** Alla dessa kommer enligt utredningens bedömning att besöka tandvården i förebyggande syfte.

Behovet av förebyggande tandvård är i genomsnitt lika stort i alla åldersgrupper. I åldersgrupperna över 50 år besöker cirka 85 procent tandvården under en 18-månadersperiod. I åldersgruppen 16–19 år besöker cirka 80 procent tandvården under en 12-månadersperiod (se kapitel 3), vilket bör betyda att besöksfrekvensen i denna åldersgrupp under en 18-månadersperiod är högre än 80 procent.

Utredningen antar att effekten av grundstödet blir att andelen personer i åldersgruppen 20–49 år som besöker tandvården i förebyggande syfte kommer att öka till samma nivå som i åldersgrupperna 16–19 respektive över 50 år, dvs. cirka 85 procent.

⁴ Motsvarande uppgifter från Folkhälsoinstitutet visar på liknande besöksfrekvenser för de olika åldersgrupperna.

⁵ Exklusive personer som omfattas av landstingens ansvar.

6.4 Statsfinansiella konsekvenser

Patientens pris för ett tandhälsobesök var 18:e månad skall uppgå till cirka 200 kronor. Utredningen anser att ett rimligt pris för ett tandhälsobesök är 700 kronor, vilket innebär att det fasta subventionsbeloppet uppgår till 500 kronor per tandhälsobesök och 18-månadersperiod. Enligt utredningens bedömning kommer cirka 5,7 miljoner personer att genomföra ett tandhälsobesök under en 18-månadersperiod efter grundstödet införande (85 procent av målgruppen). Baserat på denna bedömning beräknas den statliga bruttokostnaden för grundstödet uppgå till cirka 1,9 miljarder kronor årligen.

Tabell 14 Statlig bruttokostnad för grundstödet vid ett beräknat vårdgivarpris på 700 kronor, patientpris som är 200 kronor och en subvention per besök på 500 kronor

Kostnad 18 månader (miljarder kronor)			Kostnad 12 månader (miljarder kronor)		
Max 6,7 milj. pers.	Nuläge 4,0 milj. pers.	Bedömning 5,7 milj. pers.	Max 6,7 milj. pers.	Nuläge 4,0 milj. pers.	Bedömning 5,7 milj. pers.
3,3	2,1	2,8	2,2	1,4	1,9

Källa: Egna beräkningar.

Enkätundersökningar visar att knappt 90 procent av de tandvårdsbesök som genomförs under en 18-månadersperiod sker under de första 12 månaderna. Detta medför sannolikt att de statliga utgifterna under den första 12-månadersperioden efter införandet blir proportionellt sett högre än 2/3-delar av utgifterna beräknade för en 18-månadersperiod. Beroende på när införandet sker under budgetåret kommer detta att ge olika statsbudgeteffekter. Över tiden jämnas dock detta ut och de genomsnittliga årliga kostnaderna blir enligt tabellen ovan.

Från bruttokostnaden skall nuvarande subvention för undersökning med förebyggande behandling dras ifrån. De åtgärder som finns idag och som i princip också omfattas av tandhälsobesöket är åtgärd 11, 12 och 24 (undersökning med diagnostik, rådgivning och förebyggande behandling av mindre omfattning). Baserat på uppgifter från Försäkringskassans IT-stöd om åtgärder som utförts under 2005, uppgår ersättningarna för dessa åtgärder till cirka 230 miljoner kronor. Statens nettokostnad för grundstödet beräknas därför till cirka 1,7 miljarder kronor årligen.

7 Konsekvensanalys och fortsatt arbete

7.1 Författningsmässiga konsekvenser

Utredningens förslag till utformning av grundstödet får författningsmässiga konsekvenser. Även förslagen som syftar till att utveckla tandvårdsmarknadens funktionssätt, särskilt vad avser förtydligad och utvidgad skyldighet för vårdgivare att lämna uppgifter, förutsätter ändringar i gällande författningar.

Utredningens preliminära bedömning är att utredningens förslag till grundstöd kan införas genom ändringar i befintliga förordningar. Utredningen vill dock påpeka att alternativ 2 sannolikt förutsätter förändringar i tandvårdslagen eller lagen om allmän försäkring. Den preliminära bedömningen är att grundstödet bör utformas som en ny åtgärd, som ersätter nuvarande åtgärder 11, 12 och 24 i bilaga, avdelning A, förordningen om tandvårdstaxa, där också definitionen av tandhälsobesöket bör framgå. Behovet av att skilja mellan åtgärd som utförs av tandläkare respektive av tandhygienist kommer att övervägas. Beräkningen av den statliga subventionen bör också framgå av denna förordning. Detta kan göras genom en ändring av 8 § förordningen om tandvårdstaxa. Förslagen om skriftlig kallelse till tandhälsobesöket och behandlingsplan samt tillhandahållande av prislista kan sannolikt regleras genom en ändring av 23 och 26 §§ förordningen om tandvårdstaxa. Därutöver kan eventuellt ytterligare författningsändringar komma att behövas, t.ex. vad avser regleringen av abonnemangstandvård. Utredningen kommer i nästa betänkande att lämna de förslag till författningsändringar som är nödvändiga för att införa förslaget till grundstöd.

Utredningens preliminära bedömning är att de förslag till grundstöd som lämnas i detta betänkande är förenliga med EG-rätten.

I samband med tandhälsobesöket skall det även vara möjligt för patienten att få ytterligare vård. Det kan antingen vara vård som vårdgivaren erbjuder till samma pris som för tandhälsobesöket,

t.ex. i en abonnemangslösning som till del grundar sig på en individuell riskbedömning, eller vård som patienten efterfrågar eller behöver och som då medför en extra kostnad för patienten.

För kontrollen och beräkningen av grundstödet, samt för att Försäkringskassan skall kunna få kontroll på skyddet mot höga kostnader, kan det behövas bestämmelser som reglerar inom vilken tidsrymd en vårdgivare skall skicka in en tandvårdsräkning till Försäkringskassan.

7.2 Konsekvenser för administration och kontroll

Utredningens bedömning av effekterna av grundstödet är att fler personer kommer att få ersättning från det statliga tandvårdsstödet än idag. Detta leder till administrativa konsekvenser för både vårdgivarna och den utbetalande myndigheten Försäkringskassan.

7.2.1 Försäkringskassans administration

Försäkringskassans administration av tandvårdsstödet kommer, med utredningens förslag, att öka jämfört med idag. Utredningen återkommer med närmare kostnadsberäkningar kring detta. Ett väl fungerade IT-stöd är en förutsättning för att Försäkringskassans administration skall vara effektiv. En annan förutsättning för att utredningens förslag till grundstöd skall kunna genomföras är att tandvårdsräkningarna som lämnas till Försäkringskassan lämnas elektroniskt.

7.2.2 Vårdgivarnas administration

Förslaget till grundstöd leder till att varje vårdgivare kommer att hantera ett ökat antal tandvårdsräkningar. För att underlätta för vårdgivarna är det viktigt att de IT-lösningar som Försäkringskassan tar fram är anpassade till vårdgivarnas krav och behov. Eftersom det redan idag är många vårdgivare som skickar in tandvårdsräkningarna elektroniskt till Försäkringskassan anser utredningen att det bör finnas goda förutsättningar för en ökad IT-användning bland vårdgivarna.

Utredningens förslag att Försäkringskassan skall betala ut ersättningen för tandvårdsstödet direkt till vårdgivarna i efterhand

medför inte någon förändring jämfört med idag. Skillnaden mot i dag är att den ersättning som Försäkringskassan kommer att betala ut till vårdgivarna kommer att vara av större omfattning eftersom antalet utbetalningar kommer att öka. Detta betyder att vårdgivarna kommer att få en större del av sin inkomst i efterhand. Försäkringskassan har i dag reglerat att ersättningen till vårdgivarna skall betalas ut inom 30 dagar från det att tandvårdsräkningen kom in till myndigheten. Eftersom subventionen från staten kommer att öka och Försäkringskassan kommer att betala ut mer ersättning till fler vårdgivare anser utredningen att det finns skäl att se över om tiden för när Försäkringskassan skall ha betalat ut en ersättning behöver förkortas.

Utredningen kommer att i det fortsatta arbetet närmare analysera förslagets effekter för små och medelstora företag.

7.2.3 Kontroll

I Försäkringskassans ansvar för administrationen ingår också kontrollen av grundstödet. Kontrollen bör omfatta att patienten har rätt till ersättning, hur stor ersättningen skall vara och att vårdgivaren har utfört vård som ger rätt till ersättning. Försäkringskassans kontroller av den ersättning som betalas ut har stor betydelse för att reformen skall bli ändamålsenlig. Mot bakgrund av det stora antal utbetalningar av ersättning för grundstöd som kommer att göras varje år menar utredningen att det rimligaste är att de grundläggande kontrollerna görs med automatik via ett IT-stöd. Utöver automatiska kontroller behövs, enligt utredningens uppfattning, ett systematiskt arbete för kontroller av att vårdgivaren utför den vård som ingår i tandhälsobesöket. Detta kan sannolikt ske utifrån den kontrollstrategi som Försäkringskassan i dag arbetar utifrån. I kontrollarbetet bör Försäkringskassan bland annat klarlägga vilka indikationer som kan tyda på att vårdgivaren inte utför den vård som är avsedd. Utredningen anser att detta arbete är viktigt för att grundstödet på sikt inte skall urholkas.

De förslag utredningen lämnar i detta betänkande innebär inte någon förändring jämfört med i dag när det gäller ansvarsfördelningen mellan Socialstyrelsen och Försäkringskassan avseende den kontroll och tillsyn som respektive myndighet gör.

Utredningens förslag till innehåll i tandhälsobesöket är relativt detaljerat. Detta bör leda till att behovet av ytterligare normering

angående innehållet i tandhälsobesöket är begränsat. Det bör vara rimligt att i de flesta fall anta att ett tandhälsobesök utifrån vårdgivarens rekommendation är att betrakta som vård som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

7.3 Utredningens fortsatta arbete

Enligt direktiven skall utredningen senast den 30 juni 2006 lämna förslag till utformning av ett skydd mot höga kostnader. De närmare förslagen till författningsändringar när det gäller skyddet mot höga kostnader lämnar utredningen dock först i slutbetänkandet den 1 december 2006. Utredningen lämnar då förslag till författningsändringar i hela den befintliga lagstiftningen om tandvårdsstödet, dvs. tandvårdslagen, tandvårdsförordningen, lagen om allmän försäkring och förordningen om tandvårdstaxa.

Utredningen kommer i nästa skede av arbetet att fördjupa analyserna av tandvårdsmarknadens funktionssätt. Av särskilt intresse är prisutvecklingen på material, vinsterna i branschen och prisutvecklingen på olika delar av tandvårdsmarknaden. En huvudfråga kommer att vara hur incitamentsstrukturen för vårdgivare och patienter påverkas av ett förstärkt statligt tandvårdsstöd.

En förutsättning för alla förändringar är att respekten för dagens näringsstruktur bibehålls. En offentlig reglering får inte snedvrida konkurrensen mellan privata företag och folktandvården. Konkurrenssituationen mellan folktandvården och de privata vårdgivarna, idag och med ett nytt tandvårdsstöd, är därför en viktig fråga som kommer att behandlas senare.

Utredningen kommer i det fortsatta arbetet även att göra en analys av tandvårdsstödet i ett internationellt perspektiv. Detta för att kunna se hur tandvårdsstöd och tandvårdsmarknader fungerar i andra länder.

I det fortsatta arbetet skall övervägas om det finns skäl att konstruera det ekonomiska stödet på ett sådant sätt att en urholkning på grund av kostnadsutvecklingen kan förhindras.

För att säkerställa att subventionen i det nya tandvårdsstödet kommer patienten till del räcker det inte att utveckla formerna för prissättning och övriga marknadsfunktioner. Det är också helt avgörande att innehållet i den tandvård som ersätts av tandvårdsstödet står i överensstämmelse med regelverket. I arbetet med detta

delbetänkande har utredningen konstaterat att, till skillnad från övrig hälso- och sjukvård, saknas det i stor utsträckning övergripande vårdprogram och riktlinjer för behandling av olika sjukdomstillstånd i munhålan. Det finns få dokument som ger stöd för bedömningen av vilken tandvård som är nödvändig enligt 6 § förordningen om tandvårdstaxa.

Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, har publicerat ett antal rapporter som gäller tandvård.¹ Dessa visar på svag eller ingen evidens för många av de metoder som idag används inom tandvården, men som enligt beprövad erfarenhet visat sig ha klinisk effekt. Underlaget ger begränsad vägledning för att Socialstyrelsen skall kunna utfärda riktlinjer om vilken undersökning, behandling och vård som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Framförallt gäller detta reparativa och rehabiliterande behandlingsåtgärder och vård. Det finns också en skillnad mellan begreppet nödvändig vård enligt förordningen om tandvårdstaxa och begreppet nödvändig tandvård i tandvårdslagen, vilket kan få konsekvenser för utredningens arbete när det gäller skydd mot höga kostnader. Frågan om normering, tillsyn och kontroll av den tandvård som ersätts av det statliga tandvårdsstödet kommer att bli en central fråga i det fortsatta arbetet med att utforma ett skydd mot höga kostnader.

Idag erbjuder folktandvården inom flera landsting abonnemangstandvård. För personer i de lägsta riskgrupperna, främst åldrarna 20–29 år, är det vanligt att abonnemanget uppgår till en kostnad på cirka 300–400 kronor per år. För denna kostnad får personer i de lägsta riskgrupperna all nödvändig bastandvård. Utredningen menar att införandet av ett grundstöd i enlighet med förslaget ger en god grund för en fortsatt utveckling av abonnemangstandvården. En förstärkt subvention kommer att kunna nyttjas i en abonnemangslösning och kombineras med ett mer omfattande innehåll som vårdgivaren anger utifrån en riskbedömning av patienten. Utredningen har i uppgift att se över hur abonnemangstandvård kan fungera parallellt med det nya tandvårdsstödet och återkommer senare med förslag som berör abonnemangstandvården.

¹ Att förebygga karies (2002), Kronisk parodontit – prevention, diagnostik och behandling (2004), Bettavvikelser och tandreglering i ett hälsoperspektiv (2004), Tidig belastning av dentala implantat (2004).

Som tidigare nämnts anser utredningen att införandet av grundstödet förutsätter ett nytt IT-stöd. IT-stödet måste även kunna administrera ett framtida skydd mot höga kostnader. Utöver dessa två användningsområden skall IT-stödet kunna användas för att få fram statistik inom tandvårdsområdet. Statistiken skall kunna ligga till grund för analyser av tandvårdskonsumtion och tandhälsa på individnivå. I det fortsatta arbetet kommer frågan om utvecklad statistik att belysas närmare.

Utredningen anser att det är viktigt att patienterna görs mer medvetna om statens subvention av grundstödet. Ett sätt att uppnå detta är att de som omfattas av tandvårdsstödet får ett slags värdebevis, tandvårdskort eller liknande. Frågan kommer att utredas vidare.

Källförteckning

- Proposition 1984/85:79, *med förslag till tandvårdslag m.m.*
Proposition 1993/94:93, *Förändrat ersättningsystem för vuxentandvården*
Proposition 1993/94:221, *Ersättningsystem för vuxentandvård*
Proposition 1995/96:119, *Reformerad tandvårdsförsäkring*
Proposition 1997/98:112, *Reformerat tandvårdsstöd*
Proposition 2001/02:51, *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.*
Proposition 2005/06:1, *Budgetproposition för 2006*
- SOU 1998:2 *Tänder hela livet – nytt ersättningsystem för vuxentandvården*
SOU 2001:36, *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre*
SOU 2002:53, *Tandvården till 2010*
SOU 2005:4, *Liberalisering, regler och marknader*
- Ds 1997:16, *Tandvårdsförsäkringen i omvandling*
- EG-domstolens dom, mål C-158/96 Kohll, REG 1998 I-01931
Regeringsrättens dom RÅ 2004 ref. 41
Regeringsrättens dom den 16 november 2005 i mål nr 7281-04
- Atkinson Review (2005), *Atkinson Review: Final report*, Palgrave Macmillan.
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
Hugoson, A et al [red] (2003), *Oral hälsa: sammanställning av konsensuskonferens i Mullsjö 12–14 november 2002*, Gothia, Stockholm

- FSI (2005), *Frågor om kostnader för tandvård*, Forskningsgruppen för Samhälls- och informationsstudier
- Försäkringskassan (2005), *Prisutvecklingen inom privattandvården och folktandvården, april 2004 till och med maj 2005*, rapport
- Försäkringskassan (2006), *Kontroll av prisinformation på tandvårdsmottagningar*, PM
- Konkurrensverket (2004), *Tandvård och konkurrens*, Konkurrensverkets rapportserie 2004:1
- Konsumentverket (2003) *Konsumenten på tandvårdsmarknaden*, Konsumentverkets rapportserie 2003:23
- RFV (2004), *Landstingens och privattandvårdens patientpriser, april 2004*, rapport
- Socialstyrelsen (2003) *Tandhälsan hos barn och ungdomar 1985–2002*, lägesbeskrivning
- Socialstyrelsen (2006), *Årsrapport NPS 2006 – En analys av barnmorskors, sjuksköterskors, läkares, tandhygienisters och tandläkares arbetsmarknad*, rapport
- Sveriges Kommuner och Landsting (2005a), *Produktivitetsberäkningar för somatisk sjukvård år 2002–2003*, rapport
- Sveriges Kommuner och Landsting (2005b), *Folktandvårdens priser för allmäntandvård år 2005*, PM
- Sveriges Kommuner och Landsting (2006), *Folktandvårdens priser för allmäntandvård år 2006*, PM 060124.

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.

Statens offentliga utredningar 2006

Kronologisk förteckning

1. Skola & Samhälle. U.
2. Omprövning av medborgarskap. Ju.
3. Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. N.
4. Svenska partnerskap – en översikt. Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
5. Organisering av regional utvecklingspolitik – balansera utveckling och förvaltning. Rapport 2 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. N.
6. Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt. En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. UD.
7. Studieavgifter i högskolan. U.
8. Mångfald och räckvidd. U.
9. Kontroll av varor vid inre gräns. Fi.
10. Ett förnyat programkontor. U.
11. Spel i en föränderlig värld. Fi.
12. Rattfylleri och sjöfylleri. Ju.
13. Djurskydd vid hästavel. Jo.
14. Samernas sedvanemarker. Jo.
15. Detaljhandel med nikotinläkemedel. S.
16. Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. Fö.
17. Ny häkteslag. Ju.
18. Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. Fö.
19. Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. Ju.
20. Tonnageskatt. Fi.
21. Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. Ju.
22. En sammanhållen diskrimineringslagstiftning. Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. Ju.
23. Nya skatteregler för idrotten. Fi.
24. Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. S.
25. Arbetslivsresurs. Ett statligt ägt bolag efter sammanslagning av Samhall Resurs AB (publ) och Arbetslivstjänster. N.
26. Sverige som värdland för internationella organisationer. UD.
27. Stöd till hälsobefrämjande tandvård. S.

Statens offentliga utredningar 2006

Systematisk förteckning

Justitiedepartementet

- Omprövning av medborgarskap. [2]
Rattfylleri och sjöfylleri. [12]
Ny häkteslag. [17]
Att återta mitt språk. Åtgärder för att stärka det samiska språket. [19]
Mediernas Vi och Dom. Mediernas betydelse för den strukturella diskrimineringen. [21]
En sammanhållen diskrimineringslagstiftning.
Del 1+2, särtryck av sammanfattningen, lättläst sammanfattning och daisy. [22]

Utrikesdepartementet

- Skyddsgrundsdirektivet och svensk rätt.
En anpassning av svensk lagstiftning till EG-direktiv 2004/83/EG angående flyktingar och andra skyddsbehövande. [6]
Sverige som värdland för internationella organisationer. [26]

Försvarsdepartementet

- Ny reglering om brandfarliga och explosiva varor. [16]
Kustbevakningens personuppgiftsbehandling. Integritet – Effektivitet. [18]

Socialdepartementet

- Detaljhandel med nikotinläkemedel. [15]
Avgift för matservice inom äldre- och handikappomsorgen. [24]
Stöd till hälsobefrämjande tandvård. [27]

Finansdepartementet

- Kontroll av varor vid inre gräns. [9]
Spel i en föränderlig värld. [11]
Tonnageskatt. [20]
Nya skatteregler för idrotten. [23]

Utbildnings- och kulturdepartementet

- Skola & Samhälle. [1]
Studieavgifter i högskolan. [7]
Mångfald och räckvidd. [8]
Ett förnyat programkontor. [10]

Jordbruksdepartementet

- Djurskydd vid hästavel. [13]
Samernas sedvanemarkar. [14]

Näringsdepartementet

- Stärkt konkurrenskraft och sysselsättning i hela landet. [3]
Svenska partnerskap – en översikt.
Rapport 1 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. [4]
Organisering av regional utvecklingspolitik – balansera utveckling och förvaltning.
Rapport 2 till Organisationsutredningen för regional tillväxt. [5]
Arbetslivsresurs.
Ett statligt ägt bolag efter sammanslagning av Samhall Resurs AB (publ) och Arbetslivstjänster. [25]

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)