

Kommittédirektiv



Ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa

**Dir.
2018:16**

Beslut vid regeringssammanträde den 8 mars 2018

Sammanfattning

En särskild utredare ges i uppdrag att utreda och lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurs-effektivt och jämlikt. Föreslagna förändringar ska gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och syfta till att minska skillnaderna i tandhälsa i befolkningen. Utredaren ska analysera skillnader i tandhälsa samt identifiera faktorer och incitament för en mer jämlik tandvård och tandhälsa. Utredaren ska vidare analysera och överväga åtgärder för att tandvårdssystemet ska uppfattas som mer förutsägbart för såväl patienter och vårdgivare som företrädare för professionerna. Utredaren ska också pröva vilken betydelse prissättningen på tandvårdsmarknaden har för en jämlik tandvård och tandhälsa. Utredaren ska lämna de författningsförslag som bedöms nödvändiga.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020.

Bakgrund

Framväxten av det statliga tandvårdsstödet

År 1974 infördes i Sverige en allmän tandvårdsförsäkring som omfattade alla typer av behandlingar. Arvodet för respektive åtgärd reglerades genom en statlig tandvårdstaxa. Denna tandvårdsreform innebar också en utbyggnad av folktandvården, där landstingen fick ett lagstadgat ansvar för barn- och ungdoms-tandvården och specialisttandvården.

Ett flertal utredningar tillsattes under 1980- och 1990-talen i syfte att föreslå förändringar i tandvårdsstödet. Tre propositioner lämnades till riksdagen men ingen av dessa ledde till några förändringar. I propositionen Förändrat ersättningssystem för vuxentandvård (prop. 1993/94:93) föreslog regeringen riktlinjer för ett sådant förändrat system, vilka godkändes av riksdagen. I en efterföljande proposition (prop. 1993/94:221) presenterades lagförslag i enlighet med de riktlinjer som riksdagen godkänt, men efter kritik från bl.a. Lagrådet beslutade riksdagen att avslå propositionen och upphävde sitt tidigare beslut om riktlinjer. Propositionen Reformerad tandvårdsförsäkring (prop. 1995/96:119) återkallades av regeringen eftersom den inte skulle få tillräckligt stöd i riksdagen.

När tandvårdsstödet så småningom reformerades år 1999 (prop. 1997/98:112) avskaffades den statliga regleringen av arvoden för tandvård som tidigare funnits och det blev upp till respektive vårdgivare att sätta sina priser. Samtidigt upphävdes den statliga etableringskontrollen för tandläkare. 1999 års tandvårdsförsäkring var inriktad på att ge alla vuxna ett visst ekonomiskt stöd för den hälsofrämjande tandvården, s.k. bas-tandvård. I stället för att patienten skulle ersättas med en procentuell andel av sin totala tandvårdskostnad gavs en fast ersättning per tandvårdsåtgärd. Dessutom infördes ett särskilt skydd mot höga kostnader för mer omfattande och kostnadskrävande protetiska behandlingar och för tandreglering.

År 2002 infördes den så kallade 65-plusreformen (prop. 2001/02:51) som innebar ett utökat skydd mot höga kostnader för protetiska behandlingar. Patienter som omfattades av skyddet, dvs. de som var äldre än 64 år, betalade som mest 7 700 kronor samt materialkostnader för omfattande protetiska behandlingar vilket ledde till en kraftig ökning av efterfrågan på protetisk vård och till att systemet blev kostnadsdrivande. Patienter yngre än 65 år hade viss subvention för så kallad bas-tandvård men saknade ett reellt skydd mot höga tandvårdskostnader.

Det nuvarande tandvårdssystemet

Det statliga tandvårdsstödet

Det statliga tandvårdsstödet ändrade karaktär i samband med 2008 års tandvårdsreform (prop. 2007/8:49). En viktig förändring var att statens åtagande definierades tydligare och att stödet ska utgå från patientens tillstånd. Tidigare skulle omfattande behandlingar förhandsprövas av Försäkringskassan. Det nya stödet innebär i stället ett stort ansvar för den enskilda vårdgivaren eller behandlaren att bedöma vilken tandvård som, enligt det statliga regelverket, ska berättiga till ersättning. I grunden ligger ett generellt stöd som lämnas till alla som besöker tandvården.

I tandvårdslagen (1985:25) anges att *målet för tandvården* är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. *Målet med det statliga tandvårdsstödet* är att förbättra befolkningens tandhälsa genom att stimulera människor att regelbundet besöka tandvården. För personer med inga eller små tandvårdsbehov ska tandvårdsstödet bidra till att bevara en god tandhälsa genom ett ekonomiskt stöd till tandvård. För personer med stora tandvårdsbehov ska skyddet mot höga kostnader i det statliga tandvårdsstödet göra det möjligt att få tandvård till en rimlig kostnad. Statens ekonomiska åtagande ökade från tre till sex miljarder kronor per år.

Det statliga tandvårdsstödet består av tre olika bidrag: allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag och skydd mot höga kostnader. Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) ges till alla som är 23 år eller äldre och som enligt socialförsäkringsbalken anses vara bosatta i Sverige. ATB får användas för betalning av all ersättningsberättigande tandvård. Storleken på ATB beror på patientens ålder. Till och med det år patienten fyller 29 år och från och med det år patienten fyller 65 år är bidraget 300 kronor per år. Från och med det år patienten fyller 30 år och till och med det år patienten fyller 64 år är bidraget 150 kronor per år. Från och med den 15 april 2018 dubbleras bidraget för alla tre åldersgrupperna. ATB blir tillgängligt den 1 juli varje år, och varje bidrag kan användas under en tvåårsperiod. Bidraget får även användas för att betala abonnemangstandvård.

Den 1 januari 2018 blev tandvården avgiftsfri för unga till och med 22 år och från och med den 1 januari 2019 kommer den att bli avgiftsfri för unga till och med 23 års ålder. Samtidigt höjs även den undre gränsen för ATB.

Särskilt tandvårdsbidrag (STB) är ett bidrag som betalas ut till patienter som har en sjukdom eller en funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa. Bidraget får användas för att betala förebyggande åtgärder som ger rätt till ersättning och även för att betala abonnemangstandvård. Bidraget ges två gånger per år med 600 kronor och varje bidrag får användas under en period om högst sex månader.

Skyddet mot höga tandvårdskostnader infördes för att möjliggöra för personer med omfattande tandvårdsbehov att få vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad. Den ersättning som betalas ut kallas tandvårdsersättning. För varje tandvårdsåtgärd som enligt föreskrifter från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) bedöms vara ersättningsberättigande finns ett referenspris som tandvårdsersättningen beräknas utifrån. Om vårdgivarens pris för den aktuella åtgärden är lägre, ska det priset ligga till grund för beräkningen. Om vårdgivarens pris är högre än referenspriset, får patienten själv betala den del som överstiger referenspriset. Tandvårdsersättning lämnas när patientens totala, ersättningsberättigande kostnad överstiger 3 000 kronor. För den del av kostnaderna som överstiger 3 000 kronor men inte 15 000 kronor lämnas tandvårdsersättning med 50 procent och för den del som överstiger 15 000 kronor lämnas ersättning med 85 procent av kostnaderna. Därmed bär patienten alltid en del av kostnaden för varje åtgärd. Nivåerna i högkostnadsskyddet har varit oförändrade sedan 2008 samtidigt som referenspriserna har stigit, vilket innebär att allt fler patienter har fått del av högkostnadsskyddet.

Bedömningen av vilken tandvård som är ersättningsberättigande ska alltid utgå från patientens tillstånd (diagnos). Därför ska tandläkaren eller tandhygienisten alltid fastställa vilket tillstånd som patienten har. När tillståndet har fastställts anger reglerna vilken eller vilka tandvårdsåtgärder som berättigar till ersättning.

Det fanns även andra viktiga ambitioner med 2008 års tandvårdsreform, bl.a. att stärka patienten i förhållande till vårdgivarna och att säkerställa god kostnadskontroll för staten.

Regeringen ansåg att marknaden inte fungerade tillräckligt väl, främst på grund av patientens informationsunderläge gentemot vårdgivaren när det gäller det egna tandvårdsbehovet, möjliga och lämpliga behandlingsåtgärder samt priser för olika behandlingar.

Kontrollen över de statliga utgifterna inom tandvårdsstödet var en annan viktig komponent som byggdes in i systemet. Detta präglades av erfarenheterna av 65-plusreformen. För att staten skulle öka sitt ekonomiska åtagande för att sänka patienternas tandvårdskostnader – och särskilt vid kostsamma behandlingar – underströks behovet av att förbättra kontrollen av utbetald ersättning och utförd vård.

Landstingens tandvårdsstöd

Utöver det statliga tandvårdsstödet finns landstingens tandvårdsstöd som riktar sig till specifika grupper som av olika skäl har särskilda behov av tandvård. Vissa av stöden ges till personer med särskilt definierade sjukdomar eller funktionsnedsättningar medan andra riktar sig till personer med långvarigt och stort vård- och omsorgsbehov.

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F-tandvård) vänder sig till personer som har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling på grund av viss sjukdom eller funktionsnedsättning. Denna typ av tandvård ges till hälso- och sjukvårdsavgift och syftet är att det inte ska uppstå nämnvärda ekonomiska hinder för dessa patienter att få den tandvård de behöver, som ofta är regelbunden och kostsam. Det är landstingen som bedömer och avgör om en patient anses uppfylla kriterierna för stödet.

Uppsökande verksamhet vänder sig till personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade eller som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Den uppsökande verksamheten består av en avgiftsfri munhälsobedömning som syftar till att ge

individuellt anpassade råd om daglig munvård och bedöma behovet av nödvändig tandvård. I samband med den uppsökande verksamheten bedriver landstingen även utbildning i munhygien för vårdpersonal.

Nödvändig tandvård (N-tandvård) vänder sig till samma personkrets som den uppsökande verksamheten. Den nödvändiga tandvården ges till hälso- och sjukvårdsavgift och ska vara sådan tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Undersökningar, förebyggande åtgärder, lagning av kariesangrepp, tandlossningsbehandling med mera ingår i den nödvändiga tandvården. Däremot ingår inte behandling med fastsittande protetik bakom kindtänderna i nödvändig tandvård.

I landstingens ansvar ingår även att erbjuda tandvård till dem som har ett behov av särskilda tandvårdsåtgärder som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid (S-tandvård). Patienter som har rätt till stödet omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. De tandvårdsåtgärder som patienten har rätt till enligt stödet är sådana som bedöms viktiga för att inte äventyra den medicinska behandlingen. För de behandlingsåtgärder som inte är ett nödvändigt led i en sjukdomsbehandling betalar patienten enligt det statliga tandvårdsstödet ersättningsregler.

Oralkirurgiska behandlingar som kräver sjukhustekniska och medicinska resurser ska också ges enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Det handlar om behandlingar som kräver ett samarbete mellan oralkirurg och olika medicinska specialister.

Tandhälsans fördelning i befolkningen

Fram till 2008 följdes tandhälsan i Sverige främst genom enkätundersökningar och vissa regionala epidemiologiska studier. När 2008 års tandvårdsreform infördes påbörjades också en rapportering av vissa tandhälsovariabler till Socialstyrelsen. Det blev då möjligt att på individnivå följa tandhälsans utveckling. Sedan dess har tandhälsan utvecklats ytterligare i positiv riktning på befolkningsnivå. För alla patienter som tar del av det allmänna tandvårdsbidraget, dvs. i praktiken alla som besöker tandvården,

rapporterar vårdgivarna uppgifter om antalet kvarvarande tänder och antalet intakta tänder. Dessa uppgifter registreras i Socialstyrelsens tandhälsoregister. En jämförelse av befolkningens tandhälsa mellan 2009 och 2016 visar på förbättringar. Sedan 2009 har antalet ej intakta tänder minskat med nästan tio procent och intakta tänder har ökat med motsvarande andel. Stigande ålder förefaller inte ha någon negativ inverkan på tandhälsan på befolkningsnivå, dvs. många behåller samma antal kvarvarande och antal intakta tänder även när de blir äldre. Detta gäller särskilt för åldrarna upp till 65 år. Bland dem som är 65 år och äldre är trenden att de behåller fler egna tänder med stigande ålder. En förklaring till detta är att antalet personer med omfattande lagningar, inte minst med amalgam, successivt minskar i antal, vilket innebär att behovet av att göra om fyllningar minskar. Om utvecklingen fortsätter i samma riktning indikerar det att antalet äldre framöver kommer att ha fler egna tänder, men att dessa fortsatt i hög grad kommer att vara lagade och därmed utgöra en riskfaktor för behov av tandvård. När man blir äldre kan munhälsan generellt sett snabbt förändras, vilket pekar på vikten av att kunna upprätthålla en god tandvård livet ut.

Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper, både bland barn och vuxna. I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning *Hälsa på lika villkor* 2016 uppgav 7 procent av kvinnorna och 9 procent av männen att de hade dålig tandhälsa. Dålig tandhälsa är också mer än dubbelt så vanlig bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Personer som är i ekonomisk kris, saknar kontantmarginal eller har låga inkomster uppgav i betydligt större utsträckning än övriga att de avstått från tandvård trots behov.

Trots låg kariesförekomst bland barn och ungdomar finns det ändå en social olikhet när det gäller sjukdomens utbredning. Tandhälsan skiljer sig åt mellan olika landsting och regioner. Andelen kariesfria 6-åringar var 75 procent 2015. Detta är dock en minskning med tre procent sedan 2010. Samtidigt har andelen kariesfria 12-åringar och 19-åringar ökat något under samma

period. Eftersom goda tandvårdsvanor grundläggs i förskoleåldern indikerar karies i mjölkttänderna en sämre prognos för munhälsa senare i livet. Sociala skillnader i risken för karies kan observeras redan hos mindre barn och bland yngre skolbarn. Det finns ett samband mellan barns och föräldrars tandhälsa. Karies är 1,5–2 gånger vanligare bland barn och unga till föräldrar som själva har dålig tandhälsa. Ju sämre tandhälsa föräldrarna har, desto mer ökar risken för att barnen ska få omfattande kariesangrepp. Föräldrarnas sociala förhållanden har betydelse för barn och unga både när det gäller att komma (eller inte komma) till tandvården och när det gäller att få karies. Till exempel är barn som är placerade i samhällsvård en särskilt utsatt grupp. En studie har visat att det sammantaget är ungefär dubbelt så vanligt med sämre tandhälsa och låg tandvårdskonsumtion bland tidigare placerade, jämfört med övriga.

Allt fler äldre behandlas för parodontit (en fortlöpande nedbrytning av benvävnaden runt tänderna som kan leda till tandlossning och tandförlust om den lämnas obehandlad). Andelen personer som är 60 år eller äldre och som behandlas för parodontit har ökat från 16 till 20 procent mellan 2010 och 2015. En anledning till ökningen är att allt fler äldre personer har fler egna tänder kvar.

Att avstå från tandvård av ekonomiska skäl

Ekonomiska skäl att avstå från vård är särskilt tydliga inom tandvården. Omfattande tandvårdsbehov kan medföra betydande kostnader för den enskilde. I Sverige står patienterna för ca 61 procent av finansieringen av tandvården och det offentliga för 39 procent. De för många höga kostnaderna inom tandvården har lett till att fler vuxna avstår från tandvård av ekonomiska skäl än från vård och behandling inom hälso- och sjukvården. Att inte sköta sina tänder kan få allvarliga konsekvenser. Utöver höga tandvårdskostnader kan det leda till följsjukdomar som medför lidande för den enskilde men även betydande kostnader för det offentliga. Utformningen av tandvårdssystemen är en viktig del i arbetet med att sluta hälsoklyftorna inom en generation.

Uppdraget att analysera skillnader i tandhälsa samt identifiera faktorer och incitament för en mer jämlik tandvård och tandhälsa

Sjukdomsförebyggande tandvård

En god tandhälsa är på lång sikt det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader för såväl patienten som staten. Detta uppnås genom god egenvård och förebyggande insatser i tandvården som minimerar vårdbehovet. Det är därför viktigt att styrningen av tandvården stöder beteenden hos vårdgivare och patienter som på sikt minskar tandvårdsbehoven.

Framgångsrik förebyggande tandvård är avgörande för att bibehålla den goda tandhälsan som finns bland stora grupper av befolkningen. Förebyggande insatser är även viktiga hos de patienter som har tidigare behandlade tänder, eftersom uppkomst av nya sjukdomsangrepp på redan behandlade tänder kan förhindras eller upptäckas på ett tidigt stadium. Tidigare lagade och ej intakta tänder löper alltid ökad risk för ny behandling. I betänkandet Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter (SOU 2015:76) konstateras också att fler intakta tänder och lägre kariesfrekvens leder till mindre behov av tandreparationer och protetik. Det statliga tandvårdsstödet konstruktion innebär att subventionen företrädesvis används till reparativ vård snarare än till förebyggande insatser. Högkostnadsskyddet, vars andel är cirka 80 procent av den totala subventionen, bygger på att patienten konsumerar ersättningsberättigande tandvård om minst 3 000 kronor per år innan stödet bidrar till tandvårdskostnaderna. Det allmänna tandvårdsbidraget är ett generellt stöd som kan användas för all behandling inom tandvården, inte endast förebyggande insatser.

Den relativt goda tandhälsan i befolkningen är en långsiktig effekt av förebyggande tandvård, bland annat genom en ökning av fluoranvändning, utbyggd avgiftsfri barn- och ungdomstandvård samt satsning på information om munhygien i skola och tandvård sedan slutet av 1950-talet då nära 100 procent av befolkningen hade karies. Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår emellertid skillnader i

tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper, både bland barn och vuxna.

Socioekonomiska skillnader i tandvårdsbesök och tandhälsa

I betänkandet Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter (SOU 2015:76) identifieras vissa grupper som besöker tandvården i låg utsträckning.

I de grupper där en lägre andel människor uppsöker tandvården trots behov återfinns personer med små ekonomiska marginaler. De grupper som rapporterar att de har dålig tandhälsa avstår också i högre utsträckning från att söka tandvård av ekonomiska skäl. Det kan gälla människor i någon form av socialt utanförskap, med mer begränsad tillgång till information om tandhälsa och om de möjligheter som finns att få tandvård och tandvårdsstöd. Det handlar också om vissa grupper med stora omsorgsbehov och vissa äldre. Det berör också vissa i gruppen nyanlända och andra som inte har haft tillgång till barn- och ungdomstandvård och som upplever språkliga och andra barriärer. Effekten kan bli att tandhälsan, som redan tidigare kan ha varit dålig, försämras ytterligare. Detta påverkar den sammantagna hälsan och välbefinnandet för dessa personer och kan också skapa ännu större behov av akuta tandvårdsinsatser längre fram.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i två rapporter från 2016 analyserat omfördelningen av resurser inom tandvårdsstödet högkostnadsskydd samt inkomstens betydelse för konsumtionen av tandvård. En viktig observation är att personer med högre inkomst har bättre tandhälsa än personer med lägre inkomst och att sambandet ökar med stigande ålder. Detta medför att även om högre inkomst ökar sannolikheten för att göra tandvårdsbesök så konsumerar personer med högre inkomst mindre tandvård jämfört med personer med lägre inkomster. Resultaten av studierna visar också att högkostnadsskyddets utformning leder till att resurser omfördelas från individer med högre inkomst till individer med lägre inkomst, genom att personer med låga inkomster i högre utsträckning får sina tand-

vårdskostnader täckta genom högkostnadsskyddet. Omfördelningen sker främst bland yngre och minskar ju äldre patienten är. I åldersgruppen 65–89 är en ökad disponibel inkomst förknippad med en högre sannolikhet att få tandvårdskostnaderna täckta genom högkostnadsskyddet. I denna patientgrupp minskas därmed omfördelningen i socialförsäkringssystemet.

TLV har visat att det inte förekommer några signifikanta skillnader mellan olika inkomstgrupper när det gäller hur mycket som betalas ut i stöd från högkostnadsskyddet. I de flesta åldersgrupper får den genomsnittliga låginkomsttagaren inte mindre statlig subvention än individer med högre inkomst. Låginkomsttagaren tenderar emellertid att besöka tandvården i lägre utsträckning, men får i gengäld mer omfattande tandvård när de väl besöker tandvården, ofta i ett akut skede.

Socioekonomiska faktorer har stor betydelse för tandhälsan. En indikator på tandhälsan inom olika befolkningsgrupper är förekomsten av tandförluster. Antalet tanduttagningar per 100 invånare har under perioden 2009–2016 minskat från 8,7 till 7,4 tänder, vilket är ett resultat av den förbättrade tandhälsan generellt i befolkningen. Det är dock stora skillnader i antalet borttagna tänder mellan personer med olika utbildningsbakgrund. År 2016 fick personer med högst grundskoleutbildning 11,1 tänder borttagna per 100 invånare. Motsvarande siffra för personer med eftergymnasial utbildning var 5,4. Tandhälsa visar också samband med inkomst. De med sämst tandhälsa återfinns i grupper med låg inkomst och bäst tandhälsa i grupper med hög inkomst.

Socioekonomiska faktorer har också betydelse för om vuxna personer besöker tandvården för undersökning i förebyggande syfte. Utbildning är här en viktig faktor. I åldersgruppen 35–79 år besökte 68,5 procent tandvården 2014–2015 för en undersökning. Bland dem med eftergymnasial utbildning var andelen 79 procent och bland dem med grundskoleutbildning var den 51 procent. Kvinnor besöker tandvården i något högre utsträckning än vad män gör i grupperna med gymnasial och eftergymnasial utbildning, medan andelen kvinnor och män är lika i gruppen med grundskoleutbildning. Det kan indikera att förutsättningarna

för hur en person väljer att besöka tandvården varierar mellan grupper med olika utbildningsbakgrund.

Regeringen har identifierat ett behov av insatser och kommer att ge myndigheter i uppdrag att bl.a. förbättra information om tandvårdsstöden, mäta patientbedömd kvalitet på mottagningsnivå, kartlägga tandhälsans bestämningsfaktorer samt föreslå hur samarbetet mellan tandvården och hälso- och sjukvården kan förbättras.

Utredaren ska särskilt

- analysera skillnader i tandhälsa i befolkningen utifrån kön, ålder, bostadsort, socioekonomisk bakgrund, funktionsnedsättning samt andra relevanta faktorer,
- identifiera faktorer och incitament som ytterligare främjar regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte, och
- identifiera faktorer och incitament som är avgörande för att uppnå en jämlik tandhälsa.

Uppdraget att lämna förslag till hur tandvårdssystemet ska kunna uppfattas som mer förutsägbart samt bli mer resurseffektivt och jämlikt

Ett tandvårdssystem som består av flera delar

Enligt tandvårdslagen (1985:125) ska varje landsting erbjuda en god tandvård bl.a. åt dem som är bosatta inom landstingen. Tandvård som landstingen själva bedriver benämns folktandvård. Folktandvården ansvarar för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar t.o.m. det år de fyller 22 år, specialisttandvård för vuxna och övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstingen bedömer lämpligt. Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter folktandvården ansvarar för enligt tandvårdslagen. Det senare är vanligt vad gäller barn- och ungdomstandvård samt i vissa landsting även för uppsökande verksamhet och tandvård till asylsökande.

Det statliga tandvårdsstödet består av tre delar – det allmänna tandvårdsbidraget, det särskilda tandvårdsbidraget och skyddet mot höga kostnader. Utöver det statliga tandvårdsstödet finns

landstingens tandvårdsstöd som riktar sig till specifika grupper som av olika skäl har särskilda tandvårdsbehov. Vissa av stöden ges till personer med särskilt definierade sjukdomar eller funktionsnedsättningar medan andra riktar sig till personer med stort vård- och omsorgsbehov. Vissa som har akuta tandvårdsbehov och saknar medel kan få stöd från socialtjänsten.

Kunskapen om de olika stöden är otillfredsställande och särskilt de landstingsfinansierade stöden upplevs ofta som komplexa och svåra att överblicka för såväl patienter som många vårdgivare. Processen för att beviljas stöd är omständlig och kräver samverkan mellan flera aktörer. Tandvården, hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst är i olika hög grad involverade i genomförandet av landstingsstöden och det stöd till tandvård som ges genom ekonomiskt bistånd från kommunernas socialtjänst. Även kriterierna för rätten till vissa av stöden uppfattas som otydliga, vilket bidrar till variationer i tolkningen över landet. Socialstyrelsen har i uppdrag att genomföra en samlad utvärdering på nationell nivå av samtliga tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen (1998:1338) och det statliga särskilda tandvårdsbidraget samt lämna förslag på eventuella förbättringar. Socialstyrelsen ska slutredovisa uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 december 2018.

Allmän- och specialisttandvård är indelad i en offentlig och en privat vårdverksamhet, där den offentliga vården i huvudsak utförs i landstingen (folktandvården). Den privata tandvården utgörs till stor del av mindre enheter som ofta ägs av tandläkarna själva. Utöver dessa mindre enheter finns också ett producentkooperativ (Praktikertjänst) med omkring 1 200 anställda tandläkare. Även tandhygienister arbetar i privattandvården. Under senare år har det också tillkommit ytterligare aktörer på den privata marknaden, i form av vårdföretag som har etablerats på flera orter i Sverige. Omkring hälften av Sveriges tandläkare och tandhygienister arbetar i privat regi, men det är stora regionala skillnader i fördelningen mellan offentlig och privat vård. I dag finns ca 1 250 privata tandvårdsmottagningar och ca 1 000 folktandvårdsmottagningar i Sverige. Generellt sett utförs merparten av barn- och ungdomstandvården inom den offentliga

tandvården, medan något mer än hälften av tandvården för den vuxna befolkningen utförs i privat regi.

Det uppdelade ansvaret och utförandet av tandvård får konsekvenser vad gäller t.ex. e-hälsans utveckling inom tandvårdsområdet. Tandvården har behov av olika it-baserade funktioner och tjänster för att bedriva sin verksamhet på ett effektivt och patientsäkert sätt. Det handlar t.ex. om funktionalitet för informationsutbyte i form av att dela journalhandlingar såsom röntgenbilder, att få tillgång till läkemedelsförteckningen eller att få en samlad bild över patientens vård och hälsa. Det senare kan innebära att förebygga läkemedelsförskrivningar med risk för skadliga interaktioner, där särskild risk förekommer när inte tandvården har tillgång till it-stöd med funktionalitet för att ta del av aktuella journalhandlingar från andra utförare. Landstingen har initierat ett arbete som bland annat innebär att tandvården involveras i nationella projekt som arbetar med utbyte av journalhandlingar, läkemedelsinformation och röntgenbilder. Med anledning av landstingets begränsade ansvar inom tandvårdsområdet ligger fokus i arbetet på att ta fram lösningar och system för den egna verksamheten. Detta kan dock utan nationell samordning ytterligare bidra till svårigheterna med det uppdelade ansvaret och utförandet mellan folktandvården och privata tandvårdsgivare, då det saknas nationella, gemensamma grundförutsättningar och regelverk för e-hälsoutvecklingen i tandvården.

Tandvårdsutgifter

De totala tandvårdsutgifterna uppgick till 27 miljarder kronor 2015, enligt uppgifter från Statistiska centralbyrån (hälsoräknenskaperna) och Försäkringskassan. År 2015 uppgick de statliga kostnaderna för tandvården till 5,3 miljarder kronor, landstingens till 6,1 miljarder kronor, kommunernas till 7 miljoner kronor och hushållens till 15,3 miljarder kronor. Av de totala utgifterna utgjorde hushållens utgifter ca 61 procent.

Prissättning i tandvårdssystemet

Prissättningen i tandvårdssystemet består av två huvudkomponenter – referenspriser och fri prissättning.

För varje tandvårdsåtgärd som enligt TLV:s föreskrifter anses vara ersättningberättigande finns ett referenspris som tandvårdsersättningen beräknas från. TLV fastställer referenspriserna utifrån kostnader för att utföra respektive åtgärd. Eftersom kostnaderna skiljer sig åt för olika verksamheter och för olika arbeten vid olika tillfällen bygger modellen för referensprisberäkningen på att alla ingående delar i varje åtgärd beräknas för sig. Beräkningen av referenspriserna ska följa utvecklingen inom tandvården. De ska därmed spegla kostnaderna för den bästa och mest kostnadseffektiva metoden för ett rimligt behandlingsalternativ av god standard enligt de nationella riktlinjerna för vuxentandvården och annat vetenskapligt eller sakkunnigt underlag. En grundprincip är att varje referenspris ska bära sina egna kostnader och inte subventionera andra åtgärder.

Beräkningen av varje referenspris består av många olika komponenter. De innehåller både direkta och indirekta kostnader för både tandvårdsmottagningar och i förekommande fall även tandtekniska laboratorier. Beräkningen baseras på fyra delar: arbetskostnad, direkt material, dentalt material samt ett påslag.

Referenspriserna har efter 2008 justerats årligen. Detta innebär att arbetskostnaden har räknats upp med ett publikt index och kostnaderna för direkt och dentalt material har justerats med specialbeställda index från SCB.

Vårdgivarpriserna, referenspriserna, beloppsgränserna och ersättningsnivåerna avgör hur mycket och hur stor andel av tandvårdskostnaderna patienten slutligen betalar. Differensen i kostnaden mellan referenspriset och vårdgivarpriset står patienten själv för.

Under perioden 1974–1998 var tandvårdspriserna reglerade genom en statlig taxa. Under denna period ökade vårdgivarnas priser mindre än totala konsumentprisindex (KPI). KPI visar vad konsumenterna betalar för en tjänst, dvs. utvecklingen exklusive den del som ersätts genom offentliga subventioner. Efter det att prisregleringen för tandvård avskaffades 1999 var

prisökningarna betydligt högre än i ekonomin i stort. Enligt SKL var den totala prisökningen 71 procent från januari 1998 till januari 2006. Priserna steg med 16 procent under 1999. Efter 2008 års tandvårdsreform fortsatte vårdgivarpriserna att öka. De ökar nu i snabbare takt än före reformen och har ökat i snabbare takt än referenspriserna. Vårdgivarpriserna har i genomsnitt ökat med drygt 2 procent per år efter 2009 vilket är en något högre ökning än för referenspriserna. I genomsnitt ligger den privata tandvårdens priser något över folktandvårdens priser. Även omsättningen på tandvårdsmarknaden har ökat mer än mängden producerad tandvård sedan reformen trädde i kraft. Det betyder att den omsättningshöjning som inte kan förklaras av ökad produktion förklaras av höjda priser. Det finns även tecken på att rörelsemarginalerna inom tandvårdsbranschen ökat sedan 2008–2009. Riksrevisionen har beskrivit hur priserna på mer omfattande behandlingar utvecklades i snabbare takt efter än före 2008 års reform. Av detta skäl har regeringen gett TLV i uppdrag att etablera en prisjämförelsetjänst på tandvårdsområdet. Vidare har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utforma och genomföra en pilotenkät till tandvårdspatienter i syfte att mäta patientbedömd kvalitet på mottagningsnivå.

Det finns indikationer på att tandvårdsmarknaden inte fungerar optimalt. Priskonkurrensen kunde vara större. Patienter har små möjligheter att ifrågasätta behandlare när det gäller t.ex. bedömning av vårdbehov och nödvändig behandling.

Referensprisernas och vårdgivarprisernas prisutveckling

Referenspriserna inom tandvårdsstödet har två syften: dels att underlätta för patienter att jämföra vårdgivarpriser, dels att ge staten möjlighet att ha kontroll över utgifterna.

För patienten ska referenspriserna vara vägledande för bedömning av om en vårdgivare är dyr eller billig. Tanken är att patienterna ska kunna vara prismedvetna konsumenter, vilket i sin tur gynnar konkurrensen och minskar risken för att patienter avstår från nödvändig tandvård. Vårdgivarna har ett långtgående ansvar att informera om vad en behandling förväntas kosta och om tandvårdsstödet. På patientens kvitto ska referenspriset för

varje debiterad åtgärd framgå. I en enkätstudie till behandlare inom tandvården uppgav dock endast 46 procent att de ofta eller alltid informerar patienterna om referenspriset och dess betydelse.

Referenspriset är avsett att vara ett normalpris för respektive åtgärd och spegla vad en åtgärd normalt kostar. Patienten kan därigenom få en bild av vad som är ett rimligt pris för en viss åtgärd eller behandling. För att referenspriserna inte ska urholkas angavs det i förarbetena till 2008 års reform att de bör ses över och vid behov justeras. Prisjusteringen bör ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med hänsyn tagen till produktivitetsutvecklingen i form av bl.a. utveckling av nya behandlingar och material.

Referenspriserna har ökat med ca 12 procent sedan systemet infördes. Det finns en tydlig korrelation mellan referenspriserna och vårdgivarpriserna, dvs. vårdgivarpriserna tenderar att anpassa sig till referensprisernas utveckling. I sin granskning av tandvårdsreformen menade Riksrevisionen att referenspriserna blir kostnadsdrivande eftersom vårdgivarna justerar sina priser uppåt när referenspriserna höjs. Det uppstår också en tydlig ökning av vårdgivarpriserna strax efter att TLV justerat referenspriserna.

Vårdgivarpriserna, referenspriserna, beloppsgränserna och ersättningsnivåerna avgör hur mycket och hur stor andel av tandvårdskostnaderna patienten slutligen betalar. De flesta vårdgivare prissätter sina åtgärder på eller nära nivån för referenspriset. År 2013 betalade drygt 60 procent av patienterna mellan 90 och 110 procent av referenspriset för sin tandvård. En fjärdedel av patienterna debiterades ett pris som låg mer än 10 procent över referenspriset och övriga 14 procent av patienterna betalade mindre än 90 procent av referenspriset.

Det har presenterats olika förklaringar till att vårdgivarnas prissättning följer referenspriserna. Riksrevisionen menar att referenspriserna fungerar som ett golv för prissättningen eftersom det saknas tydliga incitament att prissätta tandvårdsåtgärder under referenspriset, vilket riskerar att driva på prisutvecklingen.

Med fri prissättning kan den tandvårdskostnad som patienten slutligen betalar variera stort. Den del av tandvårdsgivarens pris som överstiger referenspriset får patienten stå för själv. Den oförutsägbarhet som detta innebär riskerar att särskilt påverka tandvårdskonsumtionen och därmed tandhälsan bland grupper med sämre ekonomiska förutsättningar.

Ytterligare en faktor som kan påverka patientens pris är s.k. abonnemangstandvård vilket erbjuds av Folktandvården och innebär regelbunden tandvård till fast pris för en period om tre år. Utöver den fasta premien, som vanligtvis betalas månadsvis, betalar patienten ingenting för den tandvård som utförs inom ramen för ett abonnemang. Vilken vård som ingår i avtalet och prissättningen skiljer sig delvis åt mellan landstingen. Genom riskgruppering anpassas premien, utöver den vård patienten förväntas konsumera, även till patientens risk att utveckla sjukdom eller andra skador i munnen.

Utredaren ska särskilt

- lämna förslag till hur tandvårdssystemet ska kunna uppfattas som mer förutsägbart för såväl patienter och vårdgivare som företrädare för professionerna,
- pröva vilken betydelse prissättningen på tandvårdsmarknaden har för en jämlik tandvård och tandhälsa, samt pröva om det är motiverat med justeringar eller andra alternativ med beaktande av att systemet även fortsättningsvis ska erbjuda mångfald samt ge tandvårdspatienter goda möjligheter till valfrihet, och
- lämna de författningsförslag som bedöms nödvändiga.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska analysera och redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med vad som anges i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) och 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. Utredaren ska genomföra och redovisa beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna för staten, landstingen, kommunerna, vårdgivarna och tandvårdspatienterna av de förslag som lämnas. Vidare ska

utredaren analysera och redovisa eventuella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen i enlighet med vad som anges i regeringsformen 14 kap. 3 §.

Samråd och redovisning av uppdraget

Arbetet ska präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Utredaren ska samråda med aktörer som berörs av arbetet, inklusive statliga myndigheter, företrädare för professionen och kommun- och landstingssektorn samt relevanta samhällsaktörer däribland patient- och brukarorganisationer. I sitt arbete ska utredaren beakta andra pågående arbeten som är relevanta för de frågeställningar som angetts i uppdraget, däribland det reformarbete som utreds inom ramen för Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och i utredningen Ordning och reda i vården (S 2018:08). Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020.

(Socialdepartementet)