

# Regeringens proposition 1997/98:112

Reformerat tandvårdsstöd

Prop.  
1997/98:112

---

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Harpsund den 12 mars 1998

*Thage G. Peterson*

*Margot Wallström*  
(Socialdepartementet)

## Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen läggs fram förslag om en omstrukturering av ersättnings-systemet för vuxentandvård (tandvårdsförsäkringen) fr.o.m. den 1 januari 1999. Tandvårdsförsäkringen skall inriktas på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården, s.k. bas-tandvård, men också ge vissa äldre personer samt andra personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov ett bättre ekonomiskt stöd än det nuvarande. Dessutom införs för mer omfattande och kostnadskrävande behandlingar med protetik och vid tandreglering ett särskilt högkostnadsskydd.

Stödet för basandvård innebär att tandvårdsersättning lämnas för all tandvård med undantag för i huvudsak undersökningar och protetiska åtgärder med fasta krontalsbelopp per utförd åtgärd enligt en ny tandvårdstaxa. Ersättningen motsvarar 30 procent av arvodena för dessa åtgärder enligt dagens tandvårdstaxa. Vårdgivaren fastställer patientavgiften. För personer i åldrarna 20–29 år omfattas även undersökningar av tandvårdsersättning. Försäkringsersättning för amalgamfyllningar kommer inte längre att lämnas och inriktningen är att användningen av amalgam om några år skall kunna förbjudas.

För basandvård införs dessutom en möjlighet att teckna abonnemang, vilket innebär att patienten för sitt behov av basandvård under två år betalar en fast avgift som vårdgivaren fastställer.

För personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har väsentligt ökade tandvårdsbehov föreslås att tandvårdsersättning lämnas för alla tandvårdsinsatser med fasta krontalsbelopp som motsvarar 60 procent av arvodena enligt dagens tandvårdstaxa .

Personer boende i särskilda boendeformer för service och omvårdnad av äldre och funktionshindrade m.fl. skall erbjudas uppsökande vård, varvid besöket för en munvårdsbedömning och individuell rådgivning m.m. skall vara avgiftsfritt. För de behandlingsinsatser som därefter kan bli nödvändiga skall patienten betala avgift som för öppen hälso- och sjukvård.

Även för personer som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skall avgiftsbestämmelserna vid öppenvårdsbesök inom hälso- och sjukvården gälla.

Den nuvarande principen med en högsttaxa föreslås – som framgår av ovanstående – bli avskaffad i och med införandet av det nya ersättnings-systemet. Det betyder att prissättningen på tandvård blir fri för vårdgivarna.

Vidare föreslår regeringen att de begränsningar som gällt för tandläkare sedan mitten av 1970-talet för att omfattas av tandvårdsförsäkringens ersättningssystem slopas vid införandet av det nya ersättnings-systemet. Tandvårdsersättning skall dock inte lämnas för vård som ges av tandläkare och tandhygienist som har fyllt 65 år. För redan anslutna tandläkare bör dock vissa övergångsvisa regler gälla.

Vårdgivarbegreppet föreslås ändras så att med vårdgivare avses antingen verksamhet som bedrivs i offentlig regi eller företag som bedriver tandvårdsverksamhet oavsett företagsform. För att vårdgivaren skall kunna omfattas av ersättningssystemet måste denne göra en anmälan till försäkringskassan som – efter kontroll av vissa formella krav är uppfyllda – registrerar vårdgivaren.

För den uppsökande verksamheten och den i anslutning härtill nödvändiga tandvården samt för tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skall ekonomiska resurser föras över till landstingen från den totala årliga ekonomiska kostnadsramen på högst 1 900 miljoner kronor. Staten och landstingen bör så snart det är möjligt träffa en överenskommelse om storleken på de medel som skall överföras och om de närmare villkor som skall gälla för medlens användning, inkl. uppföljning härav.

Propositionen innehåller också ett förslag som rör barn- och ungdomstandvården och som innebär att landstingen skall få rätt att vid behov ta ut avgift för sådan vård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

I propositionen redovisas också att regeringen avser att ge Högskoleverket i uppdrag att bedöma de utbildningsmässiga och ekonomiska konsekvenserna av Socialstyrelsens förslag till kompetensområde för tandhygienister.

1	Förslag till riksdagsbeslut .....	5
2	Lagtext .....	5
2.1	Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring .....	5
2.2	Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)....	9
2.3	Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).....	12
2.4	Förslag till lag om ändring i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring.....	13
2.5	Förslag till lag om upphävande av lagen (1980:705) med bemyndigande att meddela föreskrifter om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier.....	14
3	Ärendet och dess beredning.....	15
4	Tandhälsoutvecklingen och efterfrågan på tandvård.....	16
4.1	Tandhälsoutvecklingen .....	16
4.2	Efterfrågan på tandvård.....	18
5	Mål och principer för en förändrad tandvårdsförsäkring.....	19
6	Det nya ersättningssystemet.....	23
6.1	Förändrad tandvårdstaxa .....	23
6.1.1	Amalgamfyllningar .....	25
6.2	Stöd till särskilda patientgrupper .....	29
6.2.1	Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade.....	29
6.2.2	Tandvård som led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid .....	32
6.2.3	Tandvårdsinsatser vid väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder.....	34
6.2.4	Ersättning vid oralkirurgisk behandling.....	36
6.3	Bastandvård.....	38
6.4	Särskilt skydd mot höga tandvårdskostnader .....	45
6.5	Hjälpmedel .....	47
7	Reglering av vissa frågor .....	49
7.1	Rätt till ersättning för tandvård .....	49
7.2	Anmälan om anslutning och upphörande av verksamhet..	50
7.3	Återkravs-och sanktionsregler .....	51
7.4	Regler om överklagande.....	53
7.5	Tandteknisk verksamhet.....	53
7.6	Nationellt stöd till vårdgivarnas effektiviseringsarbete ....	54
7.7	Kompetenscentra.....	56
8	Reformens genomförande, administrativa och ekonomiska konsekvenser.....	58
8.1	Genomförande.....	58
8.2	Administrativa konsekvenser .....	60
8.3	Ekonomiska konsekvenser .....	64

9	Framtida kompetens för tandhygienister m.m. ....	66	Prop. 1997/98:112
9.1	Uppgifter och kompetens för tandhygienister.....	66	
9.2	Behovet av särskild kompetens vid tandvård för vuxna med funktionsnedsättningar och vissa sjukdomar.....	68	
10	Avgifter inom barn- och ungdomstandvården.....	69	
11	Författningskommentar.....	71	
11.1	Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	71	
11.2	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	74	
11.3	Förslaget till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen .....	77	
11.4	Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:380) om arbetskadeförsäkring.....	77	
11.5	Förslaget till lag om upphävande av lagen (1980:705) med bemyndigande att meddela föreskrifter om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier.....	77	
Bilaga	Förteckning över remissinstanser (SOU 1998:2).....	78	
	Utdrag ur protokollet vid regeringssammanträdet den 12 mars 1998.....	79	
	Rättsdatablad.....	80	

Regeringen föreslår att riksdagen

antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring,
2. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
3. lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
4. lag om ändring i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring.
5. lag om upphävande av lagen (1980:705) med bemyndigande att meddela föreskrifter om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier

## 2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (1962:381) om allmän försäkring<sup>1</sup>

*dels* att punkterna 7–12 i övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i nämnda lag skall upphöra att gälla,

*dels* att 2 kap. 3 § skall ha följande lydelse,

*dels* att det i lagen skall införas fyra nya paragrafer, 2 kap. 3 a och 3 b §§ samt 20 kap. 4 a § och 13 b §, av följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

2 kap.

3 §<sup>2</sup>

Ersättning för tandvård *utges* om vården *meddelas* vid folktandvårdsklinik, odontologisk fakultet eller annars genom det allmännas försorg *eller lämnas av tandläkare, som är uppförd på en av den allmänna försäkringskassan upprättad förteckning*. Ersättning *utges* enligt grunder som rege-

Ersättning för tandvård *lämnas* om vården *ges* vid *en* folktandvårdsklinik, *en* odontologisk fakultet eller annars genom det allmännas försorg. *Ersättning lämnas också, om vården ges hos en enskild näringsidkare, ett bolag eller en annan juridisk person, under förutsättning att vårdgiva-*

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1982:120

Senaste lydelse av

punkt 7 1975:1156

punkt 8 1975:1156

punkt 9 1985:1072

punkt 10 1975:1156

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1996:1534

ringen efter förslag av Riksförsäkringsverket fastställer för högst två år i sänder.

ren är uppförd på en förteckning som upprättats av den allmänna försäkringskassan.

*För att bli uppförd på en förteckning enligt första stycket skall vårdgivaren antingen själv vara legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist eller ha tillgång till en eller flera legitimerade tandläkare eller tandhygienister. Vidare krävs att vårdgivaren har F-skattsedel.*

*Ersättning lämnas enligt grunder som regeringen fastställer. Ersättning lämnas endast om tandvården utförts av en legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist som inte har fyllt 65 år.*

Ersättning lämnas inte för tandvård åt en försäkrad som fyller högst 19 år under det år då vården ges. Om avgiftsfri tandvård åt sådan försäkrad föreskrivs i tandvårdslagen (1985:125).

### 3 a §

*En vårdgivare som avser att ge tandvård i enskild verksamhet mot ersättning enligt denna lag skall skriftligen anmäla detta till den allmänna försäkringskassa inom vars område verksamheten skall bedrivas.*

*Om vårdgivaren uppfyller de krav som anges i 3 § andra stycket, skall försäkringskassan föra upp vårdgivaren på den förteckning som avses i 3 § första stycket.*

### 3 b §

*Om en vårdgivare som har förts upp på förteckningen hos en allmän försäkringskassa avser att upphöra med sin verksamhet eller att flytta verksamheten till en annan försäkringskassas område eller av annan anledning vill föras av från förteckningen, skall vårdgivaren anmäla detta till försäkringskassan senast tre månader i förväg.*

*En vårdgivare som har upphört att ge tandvård i enskild verksamhet eller har flyttat sin verksamhet från försäkringskassans område eller som inte längre uppfyller de krav som anges i 3 § andra stycket skall föras av från förteckningen genom beslut av försäkringskassan. Detsamma gäller om vårdgivaren inte har påbörjat verksamheten senast sex månader efter anmälan enligt 3 a §.*

## 20 kap.

### 4 a §

*Om en vårdgivare har fått tandvårdsersättning som avses i 2 kap. 3 § med ett för högt belopp, får den allmänna försäkringskassan kräva tillbaka det belopp som felaktigt betalats ut. Försäkringskassan får i ett sådant fall i stället räkna av beloppet från en fordran som vårdgivaren har på tandvårdsersättning.*

*Försäkringskassan får sätta ned den samlade tandvårdsersättning som en vårdgivare begär för viss tid till ett skäligt belopp, om det begärda beloppet kan antas vara för högt och ersättningen inte kan beräknas tillförlitligt på grundval av vårdgivarens uppgifter.*

### 13 b §

*I ärenden enligt 4 a § samt 2 kap. 3 a och b §§ gäller bestämmelserna i 10–13 §§ om omprövning och ändring av en allmän försäkringskassas beslut samt om överklagande av en försäkringskassas, Riksförsäkringsverkets eller domstols beslut.*

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.
  2. Äldre bestämmelser gäller fortfarande i fråga om tandvård som har påbörjats före ikraftträdandet.

3. En begäran om att föras upp på en förteckning enligt 2 kap. 3 § första stycket som gjorts före ikraftträdandet skall prövas enligt äldre bestämmelser.

4. En tandläkare som vid ikraftträdandet av denna lag är uppförd på en förteckning enligt 2 kap. 3 § första stycket står utan särskild anmälan kvar på förteckningen även efter denna tidpunkt, om tandläkaren på begäran av försäkringskassan lämnar uppgift om vem som är vårdgivare enligt lagrummet i dess nya lydelse. Har tandläkaren blivit uppförd på förteckningen för viss tid, förs tandläkaren av från förteckningen sedan den tiden gått till ända. Tandläkaren förs också av från förteckningen om han eller hon inte senast vid utgången av år 1999 har F-skattsedel.

5. Tandläkare som avses i punkt 4 och som vid ikraftträdandet av denna lag har uppnått eller senast ett år efter ikraftträdandet uppnår 65 års ålder har rätt till ersättningen trots den begränsning som gäller enligt 2 kap. 3 § tredje stycket, dock längst till utgången av år 1999.

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

Prop. 1997/98:112

Härigenom föreskrivs i fråga om tandvårdslagen (1985:125)

dels att 4, 8 och 15 a §§ skall ha följande lydelse

dels att det i lagen skall införas en ny paragraf, 8 a §, av följande lydelse

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

### 4 §

*Innan en behandlingsperiod påbörjas skall tandläkaren eller den som annars utför tandvården lämna patienten upplysning om den ungefärliga kostnaden för den valda behandlingen. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras under behandlingsperioden skall patienten upplysas om detta och om anledningen till ändringen.*

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

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

### 8 §

*Landstingskommunen skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård.*

*Landstinget skall planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Landstinget skall se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård.*

*Planeringen skall avse även den tandvård som erbjuds av annan än landstingskommunen.*

*Planeringen skall avse även den tandvård som erbjuds av annan än landstinget.*

*Vid tillämpningen av 8 § skall landstinget särskilt svara för att uppsökande verksamhet bedrivs bland dem som*

*1. kommunen har hälso- och sjukvårdsansvar för enligt 18 § första stycket hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), eller*

*2. får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller*

*3. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller*

*4. är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård, omsorg eller service som personer som omfattas av punkterna 1–3 ovan.*

*Landstinget skall också svara för att nödvändig tandvård erbjuds patienter som avses i första stycket.*

*Landstinget skall vidare se till att tandvård kan erbjudas dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.*

15 a §<sup>1</sup>

Tandvård som avses i 7 § första stycket 1 skall vara avgiftsfri för patienten. Uppkommer kostnad med anledning av att en sådan patient uteblivit från ett avtalat tandvårdsbesök, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som landstinget bestämmer.

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § första stycket 2 och 3 får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstinget

Tandvård som avses i 7 § 1 skall vara avgiftsfri för patienten. Uppkommer *kostnader* med anledning av att *patienten* uteblivit från avtalat tandvårdsbesök, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som landstinget bestämmer. *Landstinget får också ta ut avgift, om patienten på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.*

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § 2 och 3 får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstinget bestäm-

<sup>1</sup> Senaste lydelse 1994:743

bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

*Vid oralkirurgisk behandling och undersökningar för sådan behandling som ges vid en specialist tandpoliklinik eller motsvarande och som inte ersätts till någon del enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring gäller bestämmelserna om vårdavgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).*

mer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

*Vid tandvård som avses i 8 a § samt vid oralkirurgisk behandling och undersökningar för sådan behandling för vilka ett sjukhus tekniska och medicinska resurser behövs, gäller bestämmelserna om vårdavgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), om tandvårdsinsatserna inte ersätts till någon del enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring. Patienten skall ha rätt att välja om sådan tandbehandling som avses i 8 a § skall utföras av folktandvården eller av en enskild näringsidkare, ett bolag, eller en annan juridisk person som enligt 2 kap. 3 § lagen om allmän försäkring är uppförd på förteckning som upprättats av den allmänna försäkringskassan.*

- 
1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.
  2. För oralkirurgisk behandling och tandvårdsbehandling som har påbörjats före ikraftträdandet gäller äldre föreskrifter.

## 2.3 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)

Prop. 1997/98:112

Härigenom föreskrivs i fråga om hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)<sup>1</sup> att 26 a § skall ha följande lydelse.

### *Nuvarande lydelse*

### *Föreslagen lydelse*

#### 26 a §<sup>2</sup>

Den som har erlagt vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket *eller* avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 c § med sammanlagt högst 900 kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter erlägga ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift erlagts.

Den som har erlagt vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård enligt denna lag i andra fall än som avses i 18 § första stycket, avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 3 c § *eller avgifter för sådan tandvård som avses i 8 a § tandvårdslagen (1985:125)* med sammanlagt högst 900 kronor, eller det lägre belopp som bestämts av landstinget, är befriad från att därefter erlägga ytterligare avgifter för sådan vård eller sådana förbrukningsartiklar under den tid som återstår av ett år, räknat från det första tillfälle då avgift erlagts.

Har en förälder eller föräldrar gemensamt flera barn under 18 år i sin vård, får barnen gemensamt avgiftsbefrielse när kostnaderna för avgifter enligt första stycket sammanlagt uppgår till där avsett belopp.

Kostnadsbefrielse gäller under den tid som avses i första stycket även för barn som under denna tid fyller 18 år.

Med förälder avses även fosterförälder. Som förälder räknas även den med vilken en förälder stadigvarande sammanbor och som är eller har varit gift eller har eller har haft barn med föräldern.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

2. För tandvårdsbehandling som påbörjats före ikraftträdandet gäller äldre föreskrifter.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1992:567

<sup>2</sup> Senaste lydelse 1996:1151

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

Prop. 1997/98:112

Härigenom föreskrivs att 3 kap. 9 § lagen (1976:380) om arbetsskade-  
försäkring<sup>1</sup> skall ha följande lydelse.

*Nuvarande lydelse*

*Föreslagen lydelse*

3 kap  
9 §

Ersättning för tandvård enligt  
3 § *utges* under förutsättning att  
tandvården *lämnas* inom den offent-  
liga vården eller av *tandläkare* som  
är ansluten till sjukförsäkringen  
enligt lagen (1962:381) om allmän  
försäkring.

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

---

Denna lag träder i kraft den 1 januari 1999.

<sup>1</sup> Lagen omtryckt 1993:357

2.5 Förslag till lag om upphävande av lagen (1980:705) med bemyndigande att meddela föreskrifter om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier Prop. 1997/98:112

Härigenom föreskrivs att lagen (1980:705) med bemyndigande att meddela föreskrifter om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier skall upphöra att gälla vid utgången av juni 1998.

Våren 1992 påbörjades inom Socialdepartementet en översyn av tandvårdsförsäkringen. De främsta skälen härför var att kostnaderna under senare år ökat mer än beräknat trots att tandhälsan blivit allt bättre för en övervägande del av befolkningen. På grundval av detta översynsarbete framlade den dåvarande borgerliga regeringen i januari 1994 till riksdagen propositionen Förändrat ersättningssystem för vuxentandvård (prop. 1993/94:93). Propositionen innehöll förslag om två parallella ersättningssystem, premietandvård och tandvård mot ersättning enligt åtgärdstaxa med valfrihet för patienter och vårdgivare att välja system. Premietandvård avsågs bygga på avtal mellan patient och vårdgivare. Vårdgivaren skulle ha rätt att själv bestämma storleken på patientavgiften (premien) och försäkringskassan skulle lämna en till vårdgivaren årlig fast ersättning per patient. Ersättningens storlek varierade beroende på patientens ålder. Åtgärdstaxan avsågs utgöra en reviderad version av den då gällande tandvårdstaxan, med i huvudsak statligt reglerade arvoden och patientavgifter. För båda systemen skulle finnas ett gemensamt högkostnadsskydd. Riksdagen beslutade att godkänna de i propositionen föreslagna riktlinjerna (bet. 1993/94:SfU10, rskr. 1993/94:203).

Regeringen överlämnade kort därefter till riksdagen prop. 1993/94:221 vilken innehöll förslag till erforderliga lagändringar och ytterligare redovisning för hur ett förändrat ersättningssystem för vuxentandvård avsågs bli utformat på grundval av de riktlinjer som riksdagen godkänt.

Socialförsäkringsutskottet föreslog att riksdagen skulle upphäva beslutet att godkänna riktlinjerna (bet. 1993/94:Sfu18) mot bakgrund av den kritik som framförts mot förslaget av bl.a. Lagrådet, vars yttrande utskottet inhämtade med anledning av att utskottet inte ansåg sig ha fått de klarlägganden som begärdes i utskottets betänkande 1993/94:Sfu10. Utskottet ansåg att regeringen borde återkomma med ett nytt förslag om ersättning för vuxentandvård. Vid behandlingen av betänkandet beslutade riksdagen att återförvisa ärendet till utskottet. I dess nya betänkande 1993/94:Sfu28 hemställde utskottet åter att riksdagen skulle besluta i enlighet med hemställan i betänkandet 1993/94:Sfu18. Riksdagen beslutade enligt utskottets hemställan.

Det fortsatta arbetet med ett förändrat ersättningssystem skedde inom Socialdepartementet med inriktning på att komplettera det tidigare regeringsförslaget enligt vad riksdagen anförde. Ett förslag till lagreglering av förhållandet mellan vårdgivare och patient i premietandvården utarbetades och remissbehandlades varefter Lagrådets synpunkter inhämtades. Regeringen följde i allt väsentligt vad Lagrådet anförde och förelade riksdagen i början av år 1996 prop. 1995/95:119 Reformerad tandvårdsförsäkring. Propositionen – som i huvudsak byggde på det tidigare förslaget och innehöll förslag om bl.a. premietandvård – återkallades emellertid av regeringen sedan det framkommit att den inte hade tillräckligt stöd i riksdagen.

Regeringen aviserade i 1996 års ekonomiska vårpropositionen (prop. 1995/96:150) en begränsning och omstrukturering av tandvårdsförsäkringen fr.o.m. år 1998. Den innebar att samtliga subventioner i försäkringen skulle avskaffas med undantag för ett ekonomiskt stöd för vissa

s.k. särskilda patientgrupper i samhället. Härmed avsågs personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov. För ändamålet avsattes en årlig kostnadsram på högst 1 000 miljoner kronor. En särskild arbetsgrupp tillsattes inom Socialdepartementet med uppgift att utarbeta ett sådant förslag. Arbetsgruppen överlämnade i mars 1997 rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling (Ds 1997:16). Rapporten har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna samt en sammanställning av remissvaren finns tillgänglig hos Socialdepartementet (S97/2172/F).

I 1997 års ekonomiska vårproposition (prop. 1996/97:150) framförde regeringen sin avsikt att lämna förslag om en förändrad tandvårdsförsäkring som kan träda i kraft den 1 januari 1999. Tandvårdsförsäkringen avsågs härigenom ges en ändrad inriktning. Härmed avsågs dels att med utgångspunkt i förslagen i rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling införa ett bättre stöd till personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov, dels att ge övriga vuxna patienter ett ekonomiskt stöd med en mer tandhälsoinriktad utformning än det nuvarande. Regeringen beslutade därför i juni 1997 tillkalla en särskild utredare och fastställde direktiv med nämnda inriktning. Utredaren har den 8 januari 1998 överlämnat betänkandet Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvård (SOU 1998:2). Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns redovisade i bilaga. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgängliga hos Socialdepartementet (S98/73/SF).

Regeln om hur beslut överklagas avseende de nya reglerna om sanktioner och återbetalningsskyldighet är sådana att Lagrådets yttrande bör inhämtas.

Lagrådet har dock tidigare yttrat sig över den aktuella paragrafen, liksom även övriga föreslagna ändringar i lagen (1962:381) om allmän försäkring. Den lämnades då utan kommentar av Lagrådet (se prop. 1995/96:119). Enligt regeringens mening behöver på grund därav, och då frågan är av enkel beskaffning, Lagrådets yttrande inte inhämtas igen.

## 4 Tandhälsoutvecklingen och efterfrågan på tandvård

### 4.1 Tandhälsoutvecklingen

#### *Utvecklingen för barn och ungdomar*

Socialstyrelsen har sedan år 1985 följt utvecklingen av tandhälsan hos barn och ungdomar. De uppgifter som har redovisats visar generellt sett på en fortgående förbättring av tandhälsan även om det finns mindre problemområden.

Inom gruppen 3- och 6-åringar har andelen barn som inte har någon karies i mjölkttänderna ökat från år 1985. Det finns dock stora skillnader i förekomsten av karies hos förskolebarnen mellan landstingen. Inom storstadsområdena är tandhälsan inte lika bra vilket kan förklaras av att

sociala problem är vanligare där och av att andelen invandrarbarn där är större.

Beträffande gruppen 12-åringar har andelen kariesfria ökat kraftigt sedan år 1995 samtidigt som medelvärdet för antalet kariesskadade och fyllda tänder per person har minskat. Detta medelvärde för hela landet uppgick år 1996 till 1,2 tänder. Detta skall ställas mot det mål som World Health Organisation (WHO) satt upp på högst 2,0 kariesskadade och fyllda tänder, vilket således innebär att det målet redan är uppfyllt.

Uppgifterna för 19-åringar kan sägas visa slutresultatet av landstingens organiserade vård av barn och ungdomar under det sista året med avgiftsfrihet. Medelvärdet för antalet kariesskadade och fyllda tänder per person för denna grupp har fram till år 1996 minskat med närmare fyra tänder. Andelen ungdomar som är helt kariesfria på tändernas sidoytor har ökat med ca 20 procentenheter och år 1996 var 57 procent av de undersökta 19-åringarna helt kariesfria på sidoytorna.

Det bör i anslutning härtill framhållas att vad som i dessa undersökningar anges som karies är s.k. manifest karies, som inte enbart är begränsad till tandens emalj utan även når in i tandbenet och i allmänhet kräver en fyllning. Primärkaries som är en yttligare form har inte registrerats, men även den kräver behandling, främst med fluorpreparat.

Förbättringen av tandtillståndet hos barn och ungdomar förväntas fortsätta fast i en långsammare takt än som hittills varit fallet.

#### *Utvecklingen för vuxna*

Till skillnad från vad som gäller för barn och ungdomar föreligger det betydande svårigheter att beskriva tandhälsan och dess utveckling bland vuxna. Det finns dock ett antal undersökningar på riks- och regionalnivå som ger en uppfattning om detta.

Ett mått på tandhälsoläget som ofta används är antalet kvarvarande tänder i olika åldrar. Det kan t.ex. nämnas att en undersökning på riks-nivå visar att år 1985 var för 35–39-åringar det genomsnittliga antalet kvarvarande tänder 26 av 28 möjliga, medan gruppen 55–60-åringar i genomsnitt hade 15 kvarvarande tänder. Det finns inte anledning anta att stora tandförluster uppstått sedan dess inom någon av dessa grupper.

Enligt en annan undersökning på riksnivå avseende åren 1988–1989 saknade sex procent av befolkningen egna tänder vilket är halvering sedan år 1975. Trots denna påtagliga förbättring hos befolkningen som helhet, kvarstår enligt undersökningen betydande socioekonomiska skillnader. Vid en regional jämförelse framgår att tandlösheten i storstadsområdena har minskat mer än i övriga regioner. När det gäller förekomsten av enbart egna tänder har kategorien arbetare haft en mer positiv utveckling än kategorien tjänstmän. Trots denna utjämning finns fortfarande skillnader även i slutet av 1980-talet. Det har enligt undersökningen också skett en regional utjämning och förbättringen var särskilt kraftig i de nordliga och glesbefolkade delarna av landet.

Regionala undersökningar i Jönköpings län, Örebro och Östergötlands län samt i Dalarna under 1980- och 1990-talet bekräftar i stort sett att avsevärda förbättringar skett men även att det fortfarande finns tand-

hälsoproblem inom grupper inom befolkningen, t.ex. personer med låg utbildning, ensamstående, invandrare och rökare.

Tandhälsan hos sjuka och funktionshindrade är mindre väl beskriven genom stora urvalsundersökningar beroende på att det är en heterogen grupp som är svår att nå. Det kan dock konstateras att sjukdom, funktionshinder och allmän försvagning av de fysiska och psykiska funktionerna gör att den dagliga munhygien blir eftersatt vilket dramatiskt ökar riskerna för att tandjukdomar skall blossa upp och försämra förutsättningarna för de omfattande tandvårdsbehandlingar som tidigare har utförts. Detta innebär att många äldre institutionsboende, kroniskt sjuka eller funktionshindrade ofta har sämre hälsa än befolkningen i övrigt.

## 4.2 Efterfrågan på tandvård

En stor majoritet av den vuxna befolkningen söker tandvård regelbundet. Socialstyrelsen konstaterar i en rapport om efterfrågan på tandvård under perioden 1990–1995 att några större förändringar av tandvårdskonsumtionen inte skett under åren 1990–1994. I rapporten anges dock att arbetslöshet och försämrade ekonomiska villkor för många människor fått allt större betydelse för om tandvårdsbesök sker. Under år 1995 synes en förändring ha skett i benägenheten att efterfråga tandvård. Det gäller inte bara att andelen patienter som besökt tandvården minskat utan även att omfattningen och typen av tandvård ändrats. Det är framför allt fråga om yngre vuxna som i minskande omfattning söker tandvård. Många personer skjuter också upp de regelbundna kontrollbesöken, avböjer vård eller väljer billigaste möjliga alternativ. Den år 1994 införda självriskan inom tandvårdsförsäkringen på först 500 kronor vilken under 1995 höjdes till 700 kronor och sedan den 1 oktober 1997 uppgår till 1 300 kronor har säkert varit av stor betydelse för detta. Även höjda egenavgifter för läkarvård och läkemedel har sannolikt bidragit till att dämpa efterfrågan på tandvård.

Arbetslöshetens konsekvenser för tandvårdsefterfrågan har varit föremål för ett forskningsprojekt vid Lunds universitet och Centrum för folkhälsoforskning i Karlstad. Av de drygt 1 200 tillfrågade arbetslösa personerna ansåg sig 26 procent ha sämre tandhälsa än andra jämnåriga och hela 57 procent uppgav att de avstått från tandvårdsbesök en eller flera gånger av ekonomiska skäl. Personer under 50 år hade i dubbelt så hög grad som de äldre avstått från tandvårdsbesök av nämnda skäl. Detta är enbart fråga om en enstaka studie, där enskilda personer har tillfrågats om hur de uppfattar sin tandhälsa, men den ger ändå en indikation på hur arbetslösheten påverkar tandvårdsefterfrågan.

I en rapport från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum redovisas en studie av situationen för ålderspensionärer med låga inkomster. Av denna framgår att det finns en uppenbar risk för att tandhygien blir eftersatt i denna grupp. Var tredje ålderspensionär med låga inkomster uppgav sig inte ha besökt tandläkare de senaste två åren.

Socialstyrelsen har tillsammans med folktandvårdsorganisationerna i fyra landsting gett SCB i uppdrag att genomföra en intervjuundersökning om tandhälsa, tandvårdsbesök, tandvårdskostnader och betalningsvillig-

het för tandvård. Målgruppen var 2 000 personer i åldrarna 20–65 år bosatta i de fyra landstingen. Av de intervjuade uppgav åtta procent att de var arbetslösa. Av dessa hade fyra procent erhållit socialbidrag under det senaste året och 28 procent av dessa hade fått bidrag för tandvård. Det framkom att andelen personer som besökt tandläkare under en tvåårsperiod var betydligt lägre bland dem som var arbetslösa, uppburit socialbidrag eller hade uppgivit den lägsta hushållsinkomsten. Närmare 25 procent av de intervjuade ansåg sig inte ha råd med den tandvård de själva tyckte sig behöva. Denna grupp hade också större kostnader för tandvård än de personer som ansåg sig ha råd med erforderlig tandvård.

I fråga om betalningsvillighet framkom bl.a. att personer i åldrarna 20-29 år inte var lika benägna som personer i de andra åldersgrupperna att betala de 350 kronor som en undersökning enligt dagens taxa kostar. Ungefär 60 procent av de intervjuade i gruppen 20–35 år var beredda att betala 650 kronor eller mer för en fyllning i en framtand medan ca 40 procent uppgav att de inte ville betala detta belopp. Drygt 60 procent av den grupp personer som inte ansåg sig ha råd med den tandvård de ansåg nödvändig ville betala mindre än 650 kronor. En högre andel mindre betalningsvilliga personer tillhörde gruppen med de lägsta hushållsinkomsterna.

## 5 Mål och principer för en förändrad tandvårdsförsäkring

**Regeringens bedömning:** Samhällets stöd till vuxentandvård bör främst syfta till en bättre tandhälsa bland befolkningen så att vårdbehovet och därmed kostnaderna för enskilda och samhället på sikt minskar.

Tandvård för vissa grupper av äldre, sjuka och funktionshindrade bör ges ett bättre ekonomiskt stöd än det nuvarande.

Ett särskilt skydd för höga tandvårdskostnader bör finnas även för vuxna som inte omfattas av det särskilda stödet till nämnda grupper.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag. Regeringen har dock genom att utöka kostnadsramen även kunnat prioritera införandet av ett särskilt skydd mot höga tandvårdskostnader utan samband med sjukdom eller funktionshinder.

**Remissinstanserna:** En klar majoritet av remissinstanserna är i princip positiva till den föreslagna inriktningen även om många framhåller eller förutsätter att det också måste finnas ett stöd för dem som drabbas av höga tandvårdskostnader. Till de mer eller mindre negativa hör bl.a. *Riksförsäkringsverket*, *Sveriges Konsumentråd*, *Praktikertjänst AB*, *Sveriges Privattandläkarförening* och *Pensionärernas Riksorganisation*, *Landsorganisationen* och *Tjänstemännens Centralorganisation* vilka anser att ett högkostnadsskydd bör prioriteras framför ett system med bas-tandvård. *Tjänstetandläkarföreningen* är positiv till den föreslagna inriktningen på stödet. Vid en ökad budgetram bör dock innan stöd ges till

behandling av helt tandlösa käkar och övrig protetisk behandling stödet för behandling av infektioner och inflammationer förbättras så att samma patientavgifter införs härför som gäller för den öppna sjukvården. *Socialstyrelsen* tillstyrker i huvudsak förslagen, men anser att förhöjd ersättning bör utges till personer som varit arbetslösa under minst 10 månader det senaste året. När det gäller inriktningen i övrigt är det endast *Sveriges Privattandläkarförening* som avstyrker förslaget främst med hänvisning till att landstingen tillförs nya uppgifter. *Handikappombudsmannen* ställer sig avvisande till utformningen av förslaget om extra hög subvention vid insatser till följd av funktionsnedsättning och framhåller att även om ett sådant förslag gynnar personer med funktionsnedsättning i jämförelse med andra grupper kommer många funktionshindrade att drabbas av mycket höga tandvårdskostnader till följd av mycket höga sammanlagda kostnader.

**Skälen för regeringens bedömning:** Utgångspunkten för tandvårdsförsäkringen när den infördes år 1974 var att den skulle gälla för alla vuxna och omfatta alla slags behandlingar. Alla fick också ersättning från försäkringen för uppkomna tandvårdskostnader. Den 1 september 1994 infördes en s.k. självrisk som innebär att ersättning lämnas endast för tandvårdskostnader över en viss nivå. Denna var först 500 kronor, fr.o.m. den 1 juli 1995 var den 700 kronor och 1 300 kronor fr.o.m. den 1 oktober 1997. Det innebär att numera får endast ca 20 procent av tandvårdspatienterna ersättning från tandvårdsförsäkringen.

Enligt tandvårdslagen (1985:125) är det övergripande målet för tandvården en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Målet för den gällande tandvårdsförsäkringen är att genom försäkringen göra en god tandvård tillgänglig för alla till en för alla medborgare överkomlig kostnad.

Statsfinansiella skäl har under 1990-talet gjort det nödvändigt att reducera ersättningsnivåerna i tandvårdsförsäkringen och lett till införandet av en självrisk vilket medfört att en allt mindre andel av befolkningen fått ett ekonomiskt stöd för sina tandvårdsbehandlingar. Tandvårdsförsäkringen har allt mer kommit att inriktas på att ge stöd till dyrbara behandlingar till en mindre del av befolkningen. Tandvårdsförsäkringens ursprungliga syfte att göra tandvård tillgänglig för alla till en överkomlig kostnad har således i stort sett frångåtts.

Förändringarna i tandvårdsförsäkringens ersättningsregler och därmed dess inriktning mot ett högkostnadsskydd är indirekt resultatet av att de förslag som lagts fram för att ändra den principiella inriktningen mot en mer tandhälsoinriktad tandvårdsförsäkring inte har kunnat genomföras. För att uppfylla de krav på utgiftsminskningar som ställts på tandvårdsförsäkringen liksom på andra områden inom socialförsäkringen har enkla tekniska lösningar såsom sänkta ersättningsnivåer och införande av självrisk fått ske i avvaktan på en mer permanent förändring av försäkringen.

Även om det inte finns några undersökningar som klart belyser effekterna av en tandvårdsförsäkring anser regeringen att utformningen av ersättningsystemet påverkar både efterfrågan på tandvård och på arten av den tandvård som efterfrågas. Tecken finns t.ex. på att nuvarande system med ett bra skydd enbart mot höga tandvårdskostnader tenderar att upprätthålla efterfrågan på dyrbara behandlingar, men minska efter-

frågan på den viktiga regelbundna s.k. bastandvården. En sådan utveckling är på sikt av stor betydelse för tandhälsan för landets hela befolkning.

Regeringen har därvid - i likhet med flertalet remissinstanser - gjort den bedömningen att det i första hand är angeläget att prioritera en sådan inriktning på försäkringen som ger hela befolkningen möjlighet att förbättra sin tandhälsa så att tandvårdsbehovet på sikt kan minska och därmed även den enskildes och samhällets kostnader. Utöver detta är det - som regeringen redan tidigare har framhållit - angeläget att prioritera ett särskilt ekonomiskt stöd till vissa grupper äldre, sjuka och funktionshindrade och om kostnadsramen medger det även prioritera patienter med höga behandlingskostnader.

Konkret innebär detta att regeringen förordar följande principiella utformning av ett nytt ersättningssystem i prioriteringsordning.

- Äldre, sjuka och funktionshindrade med kommunal omsorg inkl. hem-sjukvård skall bli föremål för uppsökande verksamhet och bedömning av sin tandhälsa samt vid behov få nödvändig tandvård till en låg kostnad.
- Personer som behöver tandvård som led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skall få denna tandvård enligt samma avgiftsregler som gäller för den öppna hälso- och sjukvården.
- Personer som till följd av långvarig/kronisk sjukdom eller funktionshinder behöver mer tandvård än vad som i övrigt är normalt, skall inte ha ökade kostnader för denna tandvård.
- Alla vuxna skall få möjlighet till regelbundna undersökningar, förebyggande åtgärder och övrig hälsobevarande tandvård samt viss infektions- och inflammationsbehandling till en överkomlig kostnad (bastandvård).
- Personer med stora tandvårdsbehov skall få ett ekonomiskt stöd för höga behandlingskostnader.

Av ovanstående framgår att regeringen - i valet mellan att ge stöd för att i möjligaste mån förhindra uppkomsten av tandskador och stöd för att åtgärda redan uppkomna skador utöver vad som kan åtgärdas med fyllningar - gjort den bedömningen att det första alternativet måste sättas främst. Det huvudsakliga motivet för detta är att en tandhälsoinriktad ersättningsform kan förväntas underlätta befolkningens möjligheter att få regelbunden vanlig tandvård, s.k. bastandvård, och leda till att tandtillståndet bibehålls och på sikt ytterligare förbättras. Det bör därvid framhållas att World Health Organisation (WHO) har angett riktlinjer för planering av den framtida tandvården som innebär satsningar på förebyggande vård och identifiering av grupper i befolkningen som har stor risk för sjukdomar i munnen. Även om WHO:s principer i första hand är avsedda att utgöra grund för uppbyggnad av ett lands tandvårdssystem och således inte tar speciellt sikte på svenska förhållanden, bör de enligt regeringen ändå vara av intresse för den nya inriktningen på vårt ersättningssystem för tandvård. Det kan också nämnas att nästan alla europeiska länder valt att ekonomiskt stödja bastandvård, däribland Danmark och Finland.

Ett alternativ med enbart ett högkostnadsskydd medför ett stort ekonomiskt stöd till ett begränsat antal personer, något som i många enskilda

fall kan vara angeläget, men som på sikt kan motverka en god tandhälsa och samhällsekonomisk effektivitet. Regeringen ställer sig dock positiv till att införa ett särskilt skydd mot höga kostnader om det ekonomiska utrymmet medger detta men anser att detta skydd i så fall måste ges en något annorlunda utformning än dagens högkostnadsskydd.

Utredningen har övervägt frågan om ett stöd till enskilda individer, vilkas ekonomiska situation är sådan att de behöver stöd för den dagliga livsföringen och till följd härav inte har utrymme för tandvårdskostnader. Regeringen instämmer i utredningens uppfattning att tandvårdsförsäkringen inte är lämplig som givare av ett riktat ekonomiskt stöd till enskilda personer med svag ekonomi. Om ett sådant stöd infördes skulle försäkringen i princip få samma uppgift som den nyligen ändrade socialtjänstlagen när det gäller stöd för tandvård. Ett sådant stöd skulle dessutom leda till en ökad administration eftersom de individuella bedömningarna av rätten till försäkringsersättning inte bara skulle avse en bedömning av om vården är nödvändig utan också en prövning av enskilda patienters ekonomiska situation. För att en person skall tillförsäkras en skälig levnadsnivå enligt socialtjänstlagen måste behovet av akut tandvård tillgodoses. Relevant behandling eller vårdinsats bör självklart grunda sig på praxis utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Behovet av bastandvård eller mer omfattande tandvård kan för den enskilde i vissa fall vara av avgörande betydelse för att han skall tillförsäkras en skälig levnadsnivå. En dålig tandstatus kan många gånger vara ett hinder för den enskildes möjligheter att kunna försörja sig och leva ett självständigt liv. Därför kan kommunen ge bistånd även till mer omfattande tandvårdsbehandling. Eftersom regeringen nu föreslår ett avsevärt förbättrat stöd för tandvård till bl.a. äldre, sjuka och funktionshindrade personer under vissa villkor och många personer inom dessa patientkategorier ofta har dåliga ekonomi bör dock behovet av ekonomiskt bistånd från socialtjänsten minska något för de kategorierna.

Mot bakgrund av att bl.a. behovet av socialtjänstens insatser har ökat påtagligt under senare år har regeringen tillkallat en särskild utredare för en översyn av vissa frågor rörande socialtjänstlagen och socialtjänstens uppgifter (Dir. 1997:109). Utredaren skall enligt direktiven främst belysa sambandet mellan förändringar i socialförsäkringssystemen och kostnaderna för socialbidrag och dessutom diskutera socialtjänstens uppgift att främst bistå vid tillfälliga sociala eller ekonomiska problem. Regeringen utgår från att de ökade svårigheterna för många människor att betala sina tandvårdskostnader kommer att behandlas av utredningen.

### 6.1 Förändrad tandvårdstaxa

**Regeringens förslag:** Den statliga regleringen av arvoden för tandvård avskaffas. Till följd härav ersätts systemet med högsta arvodesbelopp per åtgärd i tandvårdstaxan av ett system med försäkringersättning i form av fasta krontalsbelopp för resp. åtgärd. Dessa belopp benämns grundbelopp i en ny taxa. Förändringen innebär att ersättningen för tandvård skall utges efter grunder som regeringen fastställer.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** I stort sett samtliga remissinstanser är positiva till eller anser att det är möjligt genomföra förslaget att slopa prisregleringen på tandvård och i stället införa ett nytt taxesystem med fasta ersättningsbelopp för varje åtgärd. Några *landsting* är tveksamma till förslaget eller finner konsekvenserna svåra att överblicka. *Landsorganisationen i Sverige* avstyrker förslaget med hänvisning till att effekterna inte är tillräckligt väl belysta. Många remissinstanser pekar på behovet av att patienterna får information om de olika vårdgivarnas prissättning och framhåller att det är mycket angeläget att prisutvecklingen noga följs.

**Skälen för regeringens förslag:** Sedan tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 har regeringen i tandvårdstaxan fastställt de högsta arvoden som en vårdgivare får debitera. Detta gällde även tandtekniska arbeten men den särregleringen avskaffades den 15 oktober 1996. Kostnaden för ädla metaller och gjutmetaller får debiteras utanför de fastställda högsta arvoden.

Nuvarande taxa med högsta priser har i stort sett varit normerande för vårdgivarna, men under senare år har det förekommit vissa kampanjer både från folktandvårdens och privata vårdgivares sida med sänkta priser på undersökningar för unga vuxna. Avskaffandet av prisregleringen på tandtekniska arbeten ledde till en generell prissänkning på dessa, men denna prissänkning synes inte ha kommit patienterna eller försäkringen till del, sannolikt beroende på den nuvarande högsttaxan. En annan nackdel med en sådan detaljreglerad högsttaxa är att den kan göra det svårt att följa med i den tekniska utvecklingen inom tandvården eftersom nya behandlingsmetoder och material som utvecklas sällan blir beaktade i taxan förrän efter omfattande utredning och diskussion om i första hand lämplig arvodesnivå.

Mot denna bakgrund anser regeringen liksom nästan samtliga remissinstanser att det finns goda skäl för att avskaffa den nuvarande prisregleringen. En sådan avreglering har varit efterfrågad av alla vårdgivarorganisationer samt av dentalbranschen i övrigt under många år. Det finns givetvis en risk för att denna avreglering inledningsvis leder till en generell prishöjning. Regeringen har emellertid gjort den bedömningen att förutsättningarna för att nu avskaffa prisregleringen utan att en prishöjning sker är mycket goda. Denna bedömning grundas på flera faktorer. Det finns ett betydande överskott på tandläkare vilket bör innebära att

konkurrensen om patienterna därmed blir stor. Samtidigt är efterfrågan på tandvård begränsad hos många personer till följd av små ekonomiska resurser. Vidare gäller att folktandvårdens priser kommer att sättas genom politiska beslut och bli allmänt kända och därmed få karaktären av riktpriiser. Folktandvården är väl utbyggd i hela landet. Regeringen utgår därför från att folktandvårdens priser sätts med hänsyn till konkurrensen med privattandvården samt till kommunallagens krav på att verksamheten inte får drivas i vinstsyfte, men att priserna sätts på en sådan nivå att subventioner från andra verksamheter inom landstinget inte blir erforderliga. Det är också angeläget att för den händelse folktandvården har särskilda kostnader, t.ex. för lokalisering i glesbygd, dessa kostnader inte täcks av höjda patientavgifter utan att finansiering sker i särskild ordning av landstinget. Detta får dock inte skapa konkurrenssnedvridande effekter lokalt eller regionalt. Om, trots allt, avregleringen av prissättningen leder till oacceptabla prishöjningar på tandvård kommer regeringen inte att tveka om att återinföra prisregleringen.

Regeringen utgår från att Konkurrensverket, Konsumentverket och Riksförsäkringsverket noga följer utvecklingen av den slojade prisregleringen och fortlöpande informerar regeringen om effekterna härav.

Ett avskaffande av prisregleringen på vuxentandvård innebär att det inte längre är möjligt att behålla den nuvarande konstruktionen med försäkringsersättning som en procentuell andel av behandlingsarvodet. Vid en fri prissättning av arvoden blir det därför nödvändigt att omarbota taxan på det sättet att för varje åtgärd i taxan anges försäkringsersättningen med ett fast krontalsbelopp. Från administrativ synpunkt är en sådan förändring välkommen både för försäkringsadministrationen och vårdgivarna eftersom det leder till en förenklad hantering av tandvårdsräkningarna. Vidare behöver inte – som nu är fallet – årliga uppräknings av tandvårdstaxans arvoden på grund av den allmänna pris- och löneutvecklingen ske efter överläggningar med vårdgivarorganisationerna. Ersättningsbeloppen kan således vara oförändrade tills det av andra orsaker kan vara befogat att göra ändringar. Till detta kommer att en taxa med fasta ersättningsbelopp också bör skapa förutsättningar för en bättre kostnadskontroll från statens sida.

Beräkningen av försäkringsersättningens storlek i den ändrade taxan har utgått från att det finns en kostnadsram för helår på högst 1 900 miljoner kronor och att medel inom denna har avsatts för det högprioriterade ekonomiska stödet till äldre, sjuka och funktionshindrade som skall ges enligt reglerna för hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, dvs. inte ersättas via tandvårdstaxan. Kostnaden för ett särskilt högkostnads-skydd har också beaktats. Med hänvisning till att utgiftsramen inte får överskridas, kommer regeringen att ge Riksförsäkringsverket i uppdrag att inför budgetpropositionen för år 1999 göra en slutlig beräkning av kostnaderna för det reformerade ersättningssystemet. I det fall kostnaderna för detta bedöms överskrida avsatta medel kommer regeringen att vidta kostnadsbegränsande åtgärder. Med hänsyn härtill har de krontalsbelopp som skall anges för varje åtgärd i taxan beräknats utgöra 30 procent av nuvarande arvodesbelopp i tandvårdstaxan som gäller fr.o.m. den 1 oktober 1997. Dessa ersättningsbelopp kallas *grundbelopp*. Den förteckning över taxerubriker och åtgärder som finns i den

nuvarande tandvårdstaxans bilaga 1 bör enligt regeringens bedömning kunna utgöra underlag för den framtida förteckningen över ersättningsbara åtgärder.

En annan fråga är hur stor tandvårdsersättningen skall vara för de åtgärder som utförs av tandläkare med specialistkompetens. Privatpraktiserande tandläkare som har specialistkompetens i någon av specialiteterna oral kirurgi, protetik, tandlossningssjukdomar, rotbehandling eller tandreglering och uppfyller vissa villkor får – när vederbörande ger tandvård inom sin specialitet – beräkna arvode med det högsta belopp som anges i avdelning II i bilaga 1 till taxan. Arvodena för dessa specialister är ca 30 procent högre än vad som gäller för övriga privatpraktiserande specialister och för specialister inom folktandvården.

Regeringen delar utredningens uppfattning att prissättningen skall vara fri även för tandläkare med specialistkompetens av samma skäl som redovisats för allmäntandläkare. Vidare anser regeringen att det härigenom och inte minst från konkurrenssynpunkt saknas skäl att behålla nuvarande skilda regler för specialister vilka grundas på när de påbörjade sin specialistverksamhet eller utbildning eller om de är verksamma i privat eller offentlig tandvård. Tandvårdsersättningen bör enligt regeringens uppfattning utgöra 30 procent av de högsta arvodesbelopp som gäller enligt den specialisttandvårdstaxa som överensstämmer med taxan för allmäntandvård. För oralkirurgisk vård som kräver sjukhusresurser gäller dock, som framgår av avsnitt 6.2.4, att patienten betalar som för öppen hälso- och sjukvård.

Förslaget förutsätter ändring i 2 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring (AFL).

### 6.1.1 Amalgamfyllningar

#### Slopad ersättning för amalgamfyllningar

**Regeringens bedömning:** Tandvårdsersättning för amalgamfyllningar bör slopas.

**Utredningens förslag:** Utredningen redovisade inget förslag men pekade på möjligheten att inte lämna ersättning för fyllningar av amalgam i bastandvården utan enbart för andra material.

**Remissinstanserna:** Flertalet av de remissinstanser som yttrat sig i denna fråga är negativa eller tveksamma till att slopa ersättningen för amalgamfyllningar. Skälen som framförs härför är flera. *Riksförsäkringsverket* framför dels att det är fråga om CE-märkta produkter vilket gör att de inte kan förbjudas, dels att kostnaden för dessa fyllningar i förhållande till fyllningar med andra material är lägre. *Föreningen Svensk Dentalhandel* anser att dentala amalgamer inte är ett folkhälsoproblem och att miljöaspekter skall läggas av andra myndigheter. *Stockholms läns landsting* framhåller att amalgamfyllningar i vissa situationer är det ur patientens synvinkel bästa alternativet. *Sveriges Tandläkarförbund* och *Landstingen i Västernorrland och Jämtland* anser att det med hänsyn till riksdagens beslut år 1994 inte är svårt att slopa ersättningen för amal-

gamfyllningar. *Sveriges Tandläkarförbund* anser dock att amalgam i princip bör kunna tillåtas som fyllningsmaterial i vissa behandlingssituationer. *Tandvårdskadeförbundet* stöder varmt förslaget att inte subventionera amalgam som fyllningsmaterial men framhåller att den slopade ersättningen inte räcker för att åstadkomma kostnadsneutralitet i förhållande till andra alternativ.

**Skälen för regeringens bedömning:** Amalgam är en s.k. medicinteknisk produkt och omfattas av EU:s direktiv om medicintekniska produkter (93/42/EEG).

Våren 1994 fattade riksdagen ett principbeslut om att amalgam som tandfyllningsmaterial skulle avvecklas inom barn- och ungdomstandvården fr.o.m. den 1 juli 1995 och inom vuxentandvården senast fr.o.m. år 1997. Socialutskottet vidhöll i betänkandet *Tandvårdsfrågor* (bet. 1996/97:SoU11) att amalgamanvändningen inom tandvården skulle avvecklas och ansåg det ytterst angeläget att avvecklingsarbetet fortsatte och att samtliga vårdgivare och andra berörda medverkade i detta arbete. Utskottet konstaterade också att Kemikalieinspektionen hade pekat på flera faktorer som påverkar avvecklingstakten, bl.a. att arbetsmiljön på tandklinikerna behöver anpassas till hanteringen av de nya materialen. En annan faktor som påverkar situationen är att Sverige som en konsekvens av inträdet i den Europeiska unionen inte har rätt att hindra att s.k. CE-märkta produkter släpps in på den svenska marknaden.

Regeringen kan konstatera att det inte är möjligt att omedelbart förbjuda användningen av amalgam inom den svenska tandvården. Däremot finns det inget som hindrar att ersättningsbestämmelserna nu utformas så att användningen av amalgam inte onödigt stimuleras. Med hänsyn till att det finns andra alternativa tandfyllningsmaterial som bedöms vara mer fördelaktiga miljömässigt och från medicinsk synpunkt och att det sker en fortsatt utveckling på området, anser regeringen att det nu finns goda grunder för att slopa tandvårdsersättningen för amalgamfyllningar fr.o.m. den 1 januari 1999. Med hänsyn till att det nuvarande arvodet för en amalgamfyllning är lägre än för fyllningar med alternativa material bör en sådan åtgärd leda till en ökad kostnadsneutralitet mellan olika alternativa material så att patienten inte enbart av ekonomiska skäl väljer en amalgamfyllning.

### **Förbud mot amalgam**

Nuvarande lydelse av EU:s direktiv om medicintekniska produkter (93/42/EEG) medger inte att en produkt förbjuds för användning om det inte kan bevisas att den kan äventyra patienternas hälsa eller säkerhet. Hitintills visar samtliga nationella och internationella utvärderingar (bl.a. av EU och WHO) att det inte går att påvisa att amalgam ger allmänna hälsoeffekter. Inga kontrollerade studier har publicerats som påvisar systematiska biverkningar av amalgam. Studier rekommenderas dock i bl.a. WHO-rapporten för att kunna identifiera speciella riskgrupper och individer som är mycket känsliga för amalgam och andra fyllningsmaterial.

I flera länder finns rekommendationer om att amalgam med hänsyn till att kvicksilver är en potent skadlig tungmetall bör undvikas på vissa patientgrupper, t.ex. gravida kvinnor, njursjuka eller barn. I Sverige finns en rekommendation när det gäller blivande mödrar. I Tyskland anses svåra njurfunktionsstörningar vara en relativ kontraindikation för användningen av amalgam eftersom njuren är ett målorgan för kvicksilverförgiftning. I Canada rekommenderas att amalgam inte används för patienter med störd njurfunktion. I ett antal länder framhålls patientens rätt att få tillräcklig information för att kunna göra ett informerat val ("informed choice") mellan olika material.

När det gäller barn och ungdomar finns i Sverige en överenskommelse mellan staten och Landstingsförbundet om att amalgam i princip inte skall användas fr.o.m. den 1 juli 1995.

Genom EU:s nya Amsterdamfördrag understryks betydelsen av att bevaka hälsoskyddsaspekter i det gemensamma arbetet. Så har t.ex. den s.k. artikel 129 fått en ny lydelse där dessa aspekter betonas ytterligare. Samtidigt framhålls den stora vikten av de nationella insatserna i varje land. Tyngdpunkten läggs framför allt vid förebyggande insatser mot ohälsa.

I den ändrade artikel 129 sägs bl.a. följande: "En hög hälsoskyddsnivå för människor skall säkerställas vid utformning och genomförande av all gemenskapspolitik och alla gemenskapsåtgärder. Gemenskapens insatser, som skall komplettera den nationella politiken, skall inriktas på att förbättra folkhälsan, förebygga ohälsa och sjukdomar hos människor och undanröja faror för människors hälsa".

Företrädare för samtliga medlemsländer har i Rådet nyligen ställt sig bakom en föreslagen ändring av det medicintekniska direktivet som innebär ett steg i den riktning som Amsterdamfördraget aviserar. Ändringen innebär att en medlemsstat får möjlighet att ingripa mot en viss produkt för att säkerställa folkhälsoaspekter även om produkten som sådan inte kan bevisas medföra hälsoproblem. Företrädare för samtliga medlemsstater är eniga om tillägget.

Regeringen bedömer att det skall vara möjligt att förbjuda försäljningen av amalgam med stöd av det föreslagna tillägget till det medicintekniska direktivet. Den kunskap som i dag finns är tillräcklig för att motivera ett beslut om att i förebyggande syfte undvika att amalgam används som tandfyllningsmaterial i framtiden. Det finns i dag alternativa material och inlägg för alla typer av fyllningar.

Som ovan redovisats rekommenderar bl.a. WHO att studier genomförs för att kunna identifiera särskilda riskgrupper som är känsliga för amalgam. Det faktum att vi i dag inte har säker kännedom om vilka patienter som tillhör dessa särskilda riskgrupper talar också för att ett allmänt förbud mot amalgam införs.

Oron för att materialet ger ogynnsamma hälsoeffekter är ett hälsoproblem i sig sett ur ett folkhälsoperspektiv. Enligt regeringens mening måste det bedömas som väsentligt att vara lyhörd för människors oro och försöka tillmötesgå rimliga krav för att ge medlemsskapet i EU en legitimitet i de stora folkgrupperna samtidigt som förpliktelserna enligt fördraget inte får äventyras.

Tandhälsosituationen i Sverige är mycket god, vilket medför bättre möjligheter än i många andra länder att avveckla användningen av amal-

gam utan stora kostnadseffekter för enskilda. Användningen av amalgam har dessutom successivt minskat kraftigt under 1990-talet. Av totala antalet amalgam- och kompositfyllningar under år 1995 var amalgamfyllningarna ca 15 procent. Även om antalet amalgamfyllningar har ökat något under senare tid är andelen sådana fyllningar fortfarande mycket begränsad i förhållande till totalantalet fyllningar och inlägg. Även detta gör att en avveckling är betydligt lättare att genomföra.

För vissa material som är alternativ till amalgam, t.ex. kompositmaterial, finns en risk för allergier och andra arbetsskador. Regeringen vill framhålla vikten av att åtgärder vidtas för att undvika sådana hälso- och miljöproblem för berörd vårdpersonal.

Kemikalieinspektionen har inspekterat tillverkare och importörer av tandfyllningsmaterial. Erfarenheterna av inspektionen har redovisats i rapporten "Ihålig produktinformation om tandfyllning" (8/97). Inspektionen visade att många leverantörer har dåliga kunskaper om de krav som ställs på dem i kemikaliekontrollen. Företagen saknade i allmänhet egen kompetens för att bedöma sina produkter med avseende på hälso- och miljöfarlighet.

Produktinformation är en förutsättning för att tandvårdspersonalen skall kunna göra ett bra produktval från hälso- och miljösynpunkt. Förpackningar skall vara märkta och varuinformationsblad och bruksanvisningar medfölja produkten. Kemikalieinspektionens rapport visar att flera företag hade brister i sin produktinformation. Bristerna gällde både varuinformationsblad och förpackningsmärkning. Företagen har som ett resultat av inspektionen förbättrat sina rutiner för kemikaliekontroll.

Det är väsentligt att tillverkarna förser sina produkter med erforderlig information enligt gällande författningar. Om den saknas eller är bristfällig blir det svårt eller omöjligt att handskas med materialen på ett sätt som inte medför risker eller kvalitetsbrister för patienterna eller personalen och att vidta skyddsåtgärder.

Det föreslagna tillägget till det medicintekniska direktivet förväntas formellt antas under hösten 1998. 18 månader därefter skall bestämmelserna i direktivet vara tillämpliga. Regeringen avser, under förutsättning av att så sker, vidta nödvändiga åtgärder för att kunna införa ett förbud mot användningen av amalgam senast fr.o.m. år 2001.

Amalgam innehåller en stor andel kvicksilver. Sedan lång tid har ett arbete skett i Sverige med inriktning på att begränsa och fasa ut användningen av kvicksilverhaltiga produkter av miljöskäl, både nationellt och internationellt. Frågan om kvicksilver finns nu upptagen på kommissionens arbetsprogram. Regeringen avser att även i detta sammanhang driva frågan om en begränsning av användningen av amalgam på grundval av dess negativa miljöeffekter.

### 6.2.1 Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade

**Regeringens förslag:** Personer som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad samt personer som bor i egen bostad och har så stora behov av vård och/eller omsorg att dessa personer kan jämföras med boende på sjukhem eller motsvarande skall erbjudas att utan avgift få sitt muntillstånd bedömt och få den nödvändiga tandvården utförd mot en avgift som tillämpas inom den öppna hälso- och sjukvården, för närvarande högst 900 kronor under en 12-månadersperiod. Sjukvårdshuvudmännen skall i samråd med kommunerna svara för verksamheten och få ersättning från staten.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i stort sett med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Samtliga remissinstanser utom Sveriges Privattandläkarförening är i princip positiva till den föreslagna satsningen på dessa grupper av äldre och funktionshindrade. *Privattandläkarföreningen* framhåller att landstingen enligt gällande lagstiftning redan har ansvaret för att nödvändiga resurser ställs till förfogande för detta ändamål. *Praktikertjänst AB* och *TCO* stöder satsningen men är kritiska till att landstingen skall få ansvaret för verksamheten och vill behålla nuvarande administration. *Riksförsäkringsverket* och *Sveriges Tandhygienistförening* stöder förslaget, men inte i det avseende som innebär att patienter som vill vända sig till annan tandläkare än den anvisade skall fråntas rätten att erhålla nödvändig tandvård till öppenvårdsavgift. Några landsting ser svårigheter i fråga om avgränsning av personkretsen och *Pensionärernas Riksorganisation* vill att stödet skall formuleras så att det omfattar personer med särskilda behov inom den kommunala äldreomsorgen. När det gäller frågan om vem som skall svara för den uppsökande verksamheten framförs olika uppfattningar. Flertalet landsting, och majoriteten i *Sveriges Tandvårdschefförening* vill inte att det skall ställas krav i lag om upphandling av denna verksamhet utan anser att varje landsting måste få avgöra i vilken utsträckning upphandling av sådan tandvård behöver ske. *Landstingsförbundet* och *Landstinget Sörmland* anser att det bör vara möjligt att tillämpa samma ersättningsregler för den nödvändiga tandvården som för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. *Praktikertjänst AB* anser däremot att det är av vikt att landstingen i lag åläggs att upphandla tjänsterna i konkurrens. Några landsting framhåller att svårigheter kan föreligga att utifrån sekretesslagen identifiera dessa patientgrupper.

**Skälen för regeringens förslag:** I rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling (Ds1997:16) föreslogs att personer inom äldre- och handikappomsorgen samt hemtjänsten som behöver särskilt stöd genom uppsökande verksamhet skulle erbjudas en munvårdsbedömning, individuell rådgivning och instruktion om daglig munvård samt erhålla ett tandvårdserbjudande om eventuell erforderlig behandling.Handledning skulle ges till vård- och omsorgspersonal. Landstingen skulle i sam-

verkan med kommunerna ansvara för verksamheten. Såväl folktandvården som privata vårdgivare avsågs utföra den uppsökande verksamheten som skulle vara avgiftsfri för patienterna och kommunerna. Landstingen skulle svara för finansieringen och få ersättning från staten för denna. Remissinstanserna var nästan enhälligt positiva till förslaget, men flera av dem framhöll att de personer som efter munhälsobedömningen var i behov av tandvård borde få ett ekonomiskt stöd för denna. Orsaken härtill är att många av de berörda patienterna betalar så höga avgifter för det kommunala boendet och omsorgen m.m. att hela inkomsten med undantag för ett s.k. förbehållsbelopp går till att betala dessa. I de landsting där försök påbörjats med uppsökande verksamhet för boende på sjukhem m.m. har det visat sig att oväntat många personer av ekonomiska skäl inte accepterat erbjudande om undersökning och nödvändig vård. Ofta är dessa patienter i sådant tillstånd att de själva har svårt att inse betydelsen av tandvård för att kunna äta utan smärtor och andra problem eller för det allmänna välbefinnandet.

Mot denna bakgrund anser regeringen att den uppsökande verksamheten är en mycket angelägen stödåtgärd och att den skall vara avgiftsfri för både patienter och kommuner och finansieras genom att medel överförs till landstingen från kostnadsramen för tandvårdsförsäkringen. Regeringen förutsätter att landstingen själva kommer att konkurrensutsätta denna verksamhet och är därför inte beredd att nu föreslå lagstiftning om detta utan avvaktar med ett ställningstagande eftersom regeringen tillsatt en utredning som skall göra en översyn av tillämpningen av lagen (1992:1528) om offentlig upphandling av hälso- och sjukvårdstjänster (Dir. 1998:12).

Utredningen har bedömt att det sammantaget är fråga om en årlig kostnad på 260 miljoner kronor. För ersättningen till denna tandvård som således skall ligga under landstingens ansvar krävs att staten och landstingen träffar ett särskilt avtal. Det är enligt regeringens uppfattning angeläget att ett sådant avtal innehåller garantier för att medlen används till de ändamål de är avsedda för och att landstingen efter utgången av år 1999 till regeringen redovisar hur medlen har använts.

Målgruppen för detta stöd är personer som bor på sjukhem, ålderdomshem, i servicehus eller i gruppboende och har tillsyn en stor del av dygnet samt personer som bor i egen bostad och har så stora behov av vård och/eller omsorg att detta kan jämföras med boende på sjukhem eller motsvarande. Avgörande för om en person skall omfattas av detta stöd är dock inte boendeformen utan det individuella vårdbehovet. Det förutsätts att det är kommunernas personal som muntligen eller skriftligen informerar berörda målgrupper och vid behov även anhöriga till berörda personer om möjligheten till avgiftsfri uppsökande verksamhet och att denna bara lämnas personer som ställer sig positiva till ett sådant erbjudande. Härigenom undviks de problem av sekretesskaraktär som några remissinstanser framfört.

Vad som skall vara avgörande för ett erbjudande om ett besök av uppsökande karaktär är en bedömning av patientens allmänna hälsotillstånd och behov så att tandvården kan medverka till en väsentlig förbättring av livskvaliteten och förmågan att tillgodogöra sig föda. De grupper av personer som närmast bör kunna komma i fråga för stödet är somatiskt eller

psykiskt långtidssjuka, äldre personer som behöver särskild service och stöd och omvårdnad, yngre personer med funktionshinder som har motsvarande behov, personer som har hemsjukvård, personer som omfattas av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt personer som i övrigt har sådana behov av vård, omsorg och service att de inte själva kan söka tandvård. De flesta inom dessa grupper finns i sådana boendeformer som kommunerna är skyldiga att tillhandahålla. Även personer som har dagverksamhet enligt socialtjänstlagen bör omfattas av stödet. Vad gäller gruppen i eget boende är det enligt regeringens uppfattning nödvändigt att det begränsas till dem som har ett mycket stort behov av vård, service eller omsorg.

Regeringen anser att patienterna skall betala samma vårdavgifter för denna nödvändiga tandvård som för öppen hälso- och sjukvård, vilket för närvarande innebär ett kostnadstak på högst 900 kronor för en 12-månaderperiod för öppen hälso- och sjukvård samt tandvård. Det är möjligt för det enskilda landstinget att tillämpa ett lägre tak.

Den nödvändiga tandvård som kan bli följderna av en munvårdsbedömning förutsätts vara grundad på realistiska behandlingsbehov. I praktiken torde detta innebära en bedömning med hänsyn till den enskildes allmäntillstånd och behov så att tandvården kan medverka till en påtaglig förbättring av förmågan att tillgodogöra sig föda och därmed ge en ökad livskvalitet. Om allmäntillståndet inte medger mer omfattande tandvårdsbehandling får denna i stället inrikta sig på att främst hålla patienten fri från sjukliga förändringar i munnen för att motverka smärta eller andra obehag.

Regeringen förutsätter att landstingen tar initiativ till samarbetet med kommunerna angående det praktiska genomförandet av denna stödform. Regeringen anser att det skulle underlätta genomförandet om de olika landstingen och kommunerna träffar överenskommelser om detta. Det är landstinget som beslutar om att en viss behandling av en patient omfattas av denna stödform med avgift enligt hälso- och sjukvårdens avgiftsregler. Det är givetvis angeläget att mer schablonmässiga regler tillskapas så att det blir möjligt för berörda vårdgivare att själva avgöra om viss behandling faller inom ramen för dessa avgiftsregler. Vid mer omfattande och kostnadskrävande behandlingar torde någon form av förhandsprövning dock bli aktuell.

Som tidigare nämnts förutsätter regeringen att landstingen träffar avtal eller överenskommelser med privata vårdgivare eller folktandvården om den uppsökande verksamheten och den efterföljande nödvändiga tandvården vad gäller hur verksamheten skall fungera och ersättas. Detta kan ske sedan sedvanligt upphandlingsförfarande har skett. För att hålla samman ansvaret för den uppsökande verksamheten och därefter nödvändig tandvård torde det vara lämpligt att det för varje boendeenhet, hemtjänstområde eller liknande finns ett avtal eller en överenskommelse med en vårdgivare om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. För den händelse en patient inte godtar ett erbjudande om nödvändig tandvård enligt denna stödmodell står det givetvis denne fritt att vända sig till annan vårdgivare. Regeringen anser dock till skillnad från utredningen, att det ändå är rimligt att bestämmelserna om vårdavgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen skall tillämpas i sådana fall, såvida patienten

inte omfattas av tandvårdsförsäkringens regler för stöd vid långvarig sjukdom eller funktionshinder. Prop. 1997/98:112

Förslaget föranleder ändringar i tandvårdslagen (1985:125) och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

## 6.2.2 Tandvård som led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid

**Regeringens förslag:** För tandvårdsinsatser som behövs som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid skall bestämmelserna om vårdavgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen gälla. Detta skall under vissa förutsättningar gälla även tandvårdsbehandling för extremt tandvårdsrädda personer och vid utbyte av tandfyllningar som ett led i en medicinsk rehabilitering.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Alla remissinstanser utom Sveriges Privattandläkarförening stöder i princip förslaget. *Privattandläkarföreningen* motiverar sitt ställningstagande med att flertalet patienter som tillhör denna grupp i dag behandlas inom privattandvården sannolikt skulle behöva byta vårdgivare. *Tjänstmännens Centralorganisation* anser att Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna skall administrera stödet eftersom rättsskyddet för den enskilde bedöms vara starkare inom den allmänna försäkringen. *Riksförsäkringsverket* och *Patientföreningen Sjögrens syndrom* pekar på ett utökat tandvårdsbehov till följd av sjukdomen Sjögrens syndrom inte bör ses som ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling utan är att betrakta som ett långvarigt och väsentligt ökat vårdbehov på grund av sjukdom eller funktionshinder. Några landsting framhåller att stödet till tandvårdsrädda är berättigat, men att det föreligger svårigheter att bedöma graden av rädsla, varför klara regler måste föreligga och stödet tidsbegränsas.

**Skälen för regeringens förslag:** Ett nästan identiskt förslag har förelagts riksdagen i två tidigare propositioner om förändrad tandvårdsförsäkring åren 1994 och 1996. Till följd av att riksdagen avlog den förra propositionen och regeringen återkallade den senare, återkommer regeringen ännu en gång med detta angelägna förslag. Bakgrunden till förslaget är att för vissa patienter är behandling inom tandvården ett nödvändigt led i den totala sjukdomsbehandlingen och insatserna är medicinskt motiverade. Ett nära samarbete mellan medicinsk och odontologisk vårdpersonal är en nödvändighet i dessa fall. Exempel på vad som avses är i princip all behandling som omfattas av 9 § i dagens tandvårdstaxa. Härmed avses behandling som görs till följd av missbildning i käkområdet eller ansiktet, behandling av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet, behandling som görs om på grund av avvikande reaktion mot dentala material samt behandling av tandskada på epileptiker vilken uppkommit vid epileptiskt anfall.

Förutom ovanstående patientkategorier skall enligt regeringens bedömning stödet omfatta personer som behöver genomgå stora kirurgiska

ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav. I rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling (Ds 1997:16) finns i bilaga 2 angivet vilka kategorier av patienter och behandlingsåtgärder som i övrigt bör kunna komma i fråga för denna stödform.

Vidare anser regeringen - i likhet med utredningen - att det finns starka skäl för att även gruppen extremt tandvårdsrädda skall omfattas av den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler under förutsättning att rädslan är så stor att patienterna inte förmår uppsöka en vårdgivare förrän ett akut vårdbehov uppkommer. Det bör framhållas att det är behandlingen av den extrema tandvårdsrädslan och det under lång tid ackumulerade tandvårdsbehovet som avses bli omfattat av denna stödform. När patienten är rehabiliterad och det uppdämda tandvårdsbehovet är tillgodosett skall patienten således inte längre åtnjuta detta stöd.

Regeringen delar också utredningens bedömning att nämnda avgiftsregler skall gälla för personer som i samband med långvariga sjukdomssymtom erhåller utbyte av sina tandfyllningar som led i en medicinsk rehabilitering utan att det föreligger ett säkerställt samband mellan sjukdomsutveckling och fyllningar. Det bör dock ställas som krav att utbytet sker som en del av en utrednings- och behandlingsplan som upprättats under ledning av läkare med speciell kompetens.

Regeringen finner det naturligt att, som utredningen föreslagit, denna stödform administreras av landstingen. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen rätt att utfärda kompletterande föreskrifter vad gäller de närmare preciseringarna av vilka grupper som skall omfattas och vilka bedömningsgrunder m.m. som skall gälla. Detta bör ske i samverkan med landstingen. I det sammanhanget bör även behandlas frågan om utökade tandvårdsbehov till följd av Sjögrens syndrom och andra liknande sjukdomar samt muntorrhet på grund av strålbehandling skall betraktas som ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling eller inte. Ställning bör även tas till hur tandvårdsrädsla skall definieras.

Patienten skall - utan hänsyn till att landstinget avses svara för administrationen av denna stödform - vara oförhindrad att välja lämplig vårdgivare inom privat eller offentlig tandvård. Det innebär också att landstingen måste komma överens med vårdgivarna om arvodenas storlek samt om vilka rutiner som skall tillämpas för betalning av patientavgifter och utbetalning av ersättning till vårdgivarna.

Patientavgift skall betalas som inom den öppna offentliga vården och inom ramen för det egenkostnadstak på för närvarande högst 900 kronor som gäller för en 12-månadersperiod.

Varje enskilt ärende angående ersättning genom denna stödform måste bedömas för sig. Det bör understrykas att endast de behandlingsåtgärder som avses ingå som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid skall omfattas av detta stöd. Det är naturligt att denna bedömning görs av det berörda landstinget och det bör i allmänhet ske genom förhandsprövning av vårdgivarnas behandlingsförslag i vilket sambandet med den medicinska behandlingen bör redovisas.

Utredningen har beräknat kostnaden för denna stödform till 225 miljoner kronor men understrukit svårigheterna att göra en mer exakt bedömning eftersom patientgruppens storlek är svår att förutse, liksom den genomsnittliga behandlingens kostnad per patient. Dessutom kommer en

viss överlappning ofrånkomligen att ske mellan stödet för nödvändig tandvård enligt avsnitt 6.2.1 och stöd till tandvårdsinsatser under lång tid till följd av sjukdom eller funktionshinder enligt avsnitt 6.2.3. Regeringen inser svårigheten i att göra en säker kostnadsbedömning och har godtagit utredningens kostnadsberäkning.

I likhet med vad som anges i fråga om stödet under avsnitt 6.2.1 krävs att staten och landstingen, som skall administrera detta stöd, träffar en överenskommelse om storleken på de belopp som skall föras över från kostnadsramen för tandvårdsförsäkringen till denna stödform och de villkor, t.ex. i fråga om redovisning av medlens användning, som bör ställas från statens sida.

Förslaget föranleder ändringar i tandvårdslagen (1985:125) och i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

### 6.2.3 Tandvårdsinsatser vid väsentligt ökat tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder

**Regeringens bedömning:** Vid ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård till följd av sjukdom eller funktionshinder bör ersättning lämnas för all erforderlig tandvård med dubbla grundbelopp, vilket motsvarar 60 procent av arvoden enligt gällande åtgärdstaxa. Stödet bör administreras av Riksförsäkringsverket och de allmänna försäkringskassorna.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Alla remissinstanser som yttrat sig är i princip positiva till förslaget med undantag för *Handikappombudsmannen*. Ett betydande antal av dessa, främst handikapporganisationerna, har dock framhållit det angelägna i att ett kostnadstak införs. Några remissinstanser anser att det inte finns erforderlig kompetens på försäkringskassorna för att förhandspröva vården åt dessa patienter.

**Skälen för regeringens bedömning:** Tidigare nämnda två propositioner om förändrad tandvårdsförsäkring innehöll förslag om ett förbättrat ekonomiskt stöd till personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov. Bakgrunden till dessa var att en sjukdom eller ett funktionshinder kan medföra ett sämre försvar mot karies och andra tandsjukdomar. I vissa fall tillkommer motoriska störningar och ibland påverkar patienternas läkemedel möjligheterna att vidmakthålla en god tandhälsa. Förslagen byggde dock på ett annat ersättningsystem än det nu föreslagna.

Frågan om vilka patientkategorier som skulle kunna komma i fråga för ett särskilt ekonomiskt stöd har varit föremål för särskild utredning av en arbetsgrupp inom Socialdepartementet och i rapporten *Tandvårdsförsäkring i omvandling* (Ds 1997:16) redovisades förslag härom både vad gäller stödets utformning och omfattning. När det gäller utformningen föreslogs att personer som har långvariga och väsentligt ökade tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder mot en avgift på högst ca 800 kronor under en 12-månadersperiod skulle få rätt till all

nödvändig tandvård med undantag för protetiska arbeten För dessa skulle halva arvudet subventioneras.

Rätten till det särskilda stödet skulle enligt arbetsgruppen inte bygga på diagnoser utan baseras på följder av sjukdom och funktionshinder, vilket innebär en bedömning av sambandet mellan tandvårdsbehov och sjukdom eller funktionsnedsättning i varje enskilt fall. Huvuddokumentet vid en bedömning av rätt till detta stöd skulle vara en vårdplan och ett läkarintyg eller motsvarande. Vid försäkringskassans bedömning av vårdplanen och sambandet mellan sjukdomen eller funktionshindret och vårdbehovet skulle sakkunskap anlitas. I rapporten konstateras att kraven på ett säkerställt samband mellan sjukdom eller funktionshinder och ökat tandvårdsbehov inte får ställas så högt att de uppfattas som orimliga eller att tillämpningen av försäkringen inte kan förutses. Vidare framhålls att det kommer att behövas omfattande uppföljningsinsatser för att snabbt fastlägga en praxis. I bilaga 2 till arbetsgruppens rapport redovisas exempel på tänkbara långvariga sjukdomar som kan vara bakomliggande orsak till ett väsentligt ökat behov av tandvårdsinsatser av olika slag och/eller kräver avsevärt längre tid för en behandling. För att kunna omfattas av det ekonomiska stödet från tandvårdsförsäkringen krävs dock att den långvariga sjukdomen eller funktionsnedsättningen kan kopplas till ett eller flera kriterier. I bilagan redovisas ett antal sådana kriterier. Dessutom redovisas i denna flera exempel på samband mellan sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättning och dålig tandhälsa eller stor risk för omfattande orala problem.

Regeringen anser att det som redovisas i arbetsgruppens rapport är en god grund för en närmare och nödvändig precisering av situationer när detta stöd skall kunna lämnas. Det bör närmast ankomma på Riksförsäkringsverket att i samråd med Socialstyrelsen utarbeta de närmare anvisningarna för tillämpningen av bestämmelserna.

När det gäller stödets utformning delar regeringen utredningens bedömning att det bör finnas högst två modeller för stödet till vuxna. Stödet till denna kategori patienter skulle kunna utformas på samma sätt som för den tandvård som ingår som ett led i en sjukdomsbehandling, dvs. enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler. Ett annat alternativ är att modellen för bastandvård till alla vuxna byggs ut till att omfatta tandvård åt långvarigt sjuka och funktionshindrade. Tandvårdsersättning skulle därvid betalas med förhöjt belopp motsvarande 60 procent av nuvarande arvoden och oavsett patientens ålder omfatta även undersökning, diagnostik och rådgivning samt odontologisk radiologi, protetiska behandlingsåtgärder och bettfysiologi samt tandreglering. Se dock vad som angivits under avsnitt 6.1 angående den slutliga beräkningen av de totala kostnaderna. Utredningen ansåg att detta förslag ur förmånssynpunkt var likvärdigt med det som framlades i rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling. Mot högst 800 kronor i patientavgift erhålls enligt utredningens förslag tandvård till en kostnad på 2 000 kronor. För kostnader härutöver betalar patienten 40 procent. I arbetsgruppens förslag skulle ny patientavgift börja erläggas för varje ny 12-månadersperiod medan utredningens förslag inte är knutet till viss tidsperiod. En annan skillnad gäller patientavgiften för protetik som enligt utredningens förslag är 40 procent mot 50 procent enligt arbetsgruppens förslag.

Regeringen delar utredningens bedömning att det är angeläget att ersättningssystemet inte görs för komplicerat med alltför många olika stödmodeller samt att modellen för bastandvård bör vara utgångspunkt för hur stödet utformas. Vidare gör regeringen den bedömningen att det förhöjda ersättningsbeloppet på 60 procent för flertalet berörda patienter inte bör vara sämre än vad arbetsgruppen föreslagit. Dessutom måste hänsyn tas till att det ekonomiska stödet till patienter som behöver protetiska åtgärder höjs från 50 till 60 procent. Mot denna bakgrund gör regeringen den bedömningen att det inte finns skäl att också införa ett kostnadstak.

Både arbetsgruppen och utredningen har föreslagit att stödet administreras av Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna. Med hänsyn till att stödet kommer att omfatta en förhållandevis stor grupp patienter och ersättning lämnas enligt en åtgärdstaxa delar regeringen uppfattningen att stödet bör administreras inom socialförsäkringen. Det är dock enligt regeringens uppfattning angeläget att - med hänsyn till de förhandsprövningar som krävs för denna kategori patienter - förstärka och utveckla den odontologiska och medicinska kompetensen på försäkringskassorna och vi kommer därför att ge Riksförsäkringsverket i uppdrag att göra en översyn av försäkringstandläkarfunktionen.

Kostnaderna för denna stödform har bedömts uppgå till 300 miljoner kronor per år, men detta är mer att betrakta som en kvalificerad skattning med hänsyn till svårigheterna att bedöma både antalet patienter och de genomsnittliga kostnaderna per patient. Utredningen har beräknat den genomsnittliga försäkringsersättningen till omkring 1 000 kronor per patient och år vilket motsvarar en total vårdkostnad på ca 1 700 kronor. Det är dessutom ofrånkomligt att en viss överlappning uppkommer mellan de olika stödformerna som är svår att beräkna. Regeringen har därför inte funnit det möjligt att göra en mer tillförlitlig skattning av kostnaderna än den som utredningen redovisat.

#### 6.2.4 Ersättning vid oralkirurgisk behandling

**Regeringens förslag:** Endast sådana oralkirurgiska insatser som kräver sjukhusresurser skall omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftsregler.

**Utredningens förslag:** Utredningens förslag motsvarar förslaget i rapporten Tandvårdsförsäkring i omvandling (DS 1997:16) och överensstämmer med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** De få remissinstanser som nu yttrat sig är positiva till förslaget.

**Skälet för regeringens förslag:** Oralkirurgiska åtgärder ersätts enligt gällande ordning på tre olika sätt inom ramen för tandvårdsförsäkringen.

- a) Åtgärder som utförs av allmäntandläkare inom folktandvården och privatvårdvården omfattas av tandvårdsförsäkringens vanliga regler med debitering enligt styckepris i åtgärdstaxans bilaga 1 avdelning I. Dessa regler gäller även för oralkirurgiska åtgärder utförda av privatpraktiserande specialisttandläkare som inte är berättigade till höjt arvode samt av specialisttandläkare inom folktandvården och med undantag av vad som anges vid c).
- b) Åtgärder som utförs av privatpraktiserande specialisttandläkare som är berättigade till förhöjt arvode debiteras enligt styckepris eller åtgärd enligt tandvårdstaxans bilaga 1, avdelning II.
- c) För oralkirurgisk behandling eller annan åtgärd som anges i bilaga 2 till tandvårdstaxan och som ges vid specialistpoliklinik eller motsvarande inom folktandvården gäller bestämmelserna i förordning (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m. Samma regler gäller för behandling vid odontologisk fakultet. I 15 a § tandvårdslagen finns bestämmelser om detta.

De nuvarande reglerna har i princip gällt sedan tandvårdsförsäkringen infördes år 1974. Motivet för att ha särskilda bestämmelser för vissa oralkirurgiska åtgärder var att de ofta utfördes vid specialistkliniker vid sjukhusen och att verksamheten var integrerad med sjukhusens verksamhet. I regeringens återtagna proposition Reformerad tandvårdsförsäkring (1995/96:119) föreslogs att sådan oralkirurgi som inte var att betrakta som led i en sjukdomsbehandling inte borde omfattas av reglerna för den öppna hälso- och sjukvården utan av de regler som gäller för tandvård. Som exempel på sådana behandlingar avgavs behandling med implantat, behandling av tandlossningssjukdom, operativt avlägsnande av visdomstand samt rotspetsoperationer. Förslaget motiverades med att allmäntandläkarna i större utsträckning borde få incitament att själva utföra dessa behandlingar samtidigt som likformiga ersättningsregler skapas inte bara mellan allmän- och specialisttandvård utan även mellan offentlig och privat tandvård. Regeringen vidhåller denna uppfattning vilken också delas av remissinstanserna.

När det gäller att mer i detalj definiera sådana oralkirurgiska åtgärder som kräver sjukhusresurser och därför skall omfattas av reglerna inom hälso- och sjukvården är det angeläget att detta görs så att inte onödiga gränsdragningsproblem uppkommer. Behandling av i första hand käkfrakturer, käkledskirurgi och rekonstruktiv kirurgi och anomalikirurgi har i arbetsgruppens rapport nämnts som åtgärder som bör omfattas av hälso- och sjukvårdens ersättningssystem. Denna frågeställning måste därför beredas vidare i det fortsatta arbetet med att detaljutforma de nya reglerna. Socialstyrelsen bör i samråd med landstingen ange i vilka situationer ett sjukhus resurser behövs.

En fråga som uppkommer till följd av denna överföring av verksamhet från sjukvård till tandvård är vilka de ekonomiska konsekvenserna blir. För den oralkirurgiska verksamhet som bedrivs inom hälso- och sjukvårdens ersättningssystem lämnar staten schabloniserad ersättning till sjukvårdshuvudmännen. Storleken på ersättningsbeloppet för oralkirurgisk verksamhet kan till följd härav inte härledas. Arbetsgruppen har med utgångspunkt i uppgifter som huvudmännen lämnat till Landstingsförbundet i ett annat sammanhang skattat årskostnaderna för den oralkirur-

giska verksamheterna vid specialisttandklinikerna till ca 160 miljoner kronor per år. Arbetsgruppen har dessutom gjort den bedömningen att förslaget medför att hälften härav, dvs. 80 miljoner, även fortsättningsvis kommer att belasta hälso- och sjukvården och lika mycket tandvårdsförsäkringen. Detta kommer att beaktas vid den slutgiltiga kostnadsregleringen mellan staten och huvudmännen som finns redovisad i avsnitt 8.3 Ekonomiska konsekvenser.

Förslaget förutsätter ändring i tandvårdslagen (1985:125).

### 6.3 Bastandvård

**Regeringens bedömning:** Bastandvård bör ges till alla vuxna försäkrade i syfte att uppnå och bibehålla en god tandhälsa och att minska risken för större behandlingsbehov i framtiden. Bastandvården avses omfatta undersökning, förebyggande behandling samt oralkirurgisk, pulpakirurgisk och konserverande behandling.

Ersättning från den allmänna försäkringen avseende bastandvård lämnas med ett s.k. grundbelopp per åtgärd till patienter i allmänhet och med ett förhöjt belopp till patienter som har väsentligt ökade tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder. För den sistnämnda patientgruppen är bastandvården en del av det mer omfattande försäkringsskydd som en sådan patient skall kunna få. För övriga vuxna patienter, äldre än 29 år, subventioneras inte undersökning.

Ersättning från försäkringen lämnas också i det fall patienten hos vårdgivaren tecknat ett abonnemang på bastandvård under viss tid.

Patientavgifterna i bastandvården fastställs av vårdgivaren.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Flertalet remissinstanser är i princip positiva till att införa ett system med bastandvård inklusive abonnemangstandvård. *Socialstyrelsen, Statskontoret, alla landsting, Landstingsförbundet, Sveriges Tandvårdscheffsförening, samtliga vårdgivarorganisationer* förutom *Sveriges Privattandläkarförening, Nordisk Förening för Handikapptandvård, Svensk Tandhälsovårdsförening, Försäkringskassaförbundet* och *Sveriges Pensionärsförbund* är i stort sett positiva till förslaget. *Praktikertjänst AB* är positivt till bastandvård om den totala ekonomiska ramen utökas. Till dem som inte stöder förslaget hör *Riksförsäkringsverket, Föreningen Svensk Dentalhandel* och *Sveriges Pensionärers Riksförbund*. Ett antal remissinstanser är negativa eller tveksamma till att ge gruppen 20–29 år ett ekonomiskt stöd till undersökning. Dit hör *Socialstyrelsen, Sveriges Tandläkarförbund, Dentallaboratoriernas Riksförening, Tandteknikerförbundet* samt *Sveriges Pensionärers Riksförbund*. *Sammanläggningsdelegerade Västra Götaland* framför i fråga om att förslaget om abonnemangstandvård begränsats till att avse bastandvård, att det finns förståelse för detta med hänsyn till alla turer kring premietandvård, men att erfarenheterna från Frisktandvårdsprojektet i Tanumshede eller Göteborg visar att inga eller åtminstone mycket få

begränsningar är nödvändiga. Vidare framhålls att tandhälsan förbättrats genom projektet, att kostnaderna i vart fall inte ökat samt att patienterna är mycket nöjda och att inga klagomål på t.ex. underbehandling eller annat framkommit. *Sveriges Konsumentråd* är tveksamt till förslaget om abonnemangstandvård.

**Skälen för regeringens bedömning:** Som framförts i avsnitt 5 är det angeläget att skapa ett ekonomiskt stöd från den allmänna försäkringen som inriktas på tandhälsobevarende behandling och som kan komma alla försäkrade till del. Detta är samhällets basala insats för att motverka att större tandvårdsbehov uppstår längre fram i tiden. Utredningen har ansett att tandvård given på sådan grund, av utredningen benämnd bastandvård, vid ett begränsat ekonomiskt utrymme måste prioriteras framför sådan tandvård som avser mer kostsamma reparationer av redan uppkomna tandskador. Regeringen liksom flertalet remissinstanser delar utredningens uppfattning. Omläggningen markerar en strategiskt viktig och nödvändig vändpunkt i försäkringsstödet inriktning.

Samtidigt är det, som utredningen framhållit och som också berörts i avsnitt 5, enligt regeringens mening angeläget att om ekonomiska möjligheter finns också ge försäkringsstöd till den dyrare rekonstruktiva tandvården, även om behovet av sådan tandvård på sikt sannolikt kommer att minska. Regeringen återkommer i avsnitt 6.4. med förslag om sådant stöd.

Regeringen instämmer i utredningens förslag om bastandvårdens närmare omfattning och innehåll. I bastandvården bör således ingå de åtgärder som i nuvarande tandvårdstaxa finns upptagna under följande rubriker

- undersökning, diagnostik och rådgivning
- förebyggande åtgärder
- oralkirurgisk behandling, dvs. tanduttagning m.m.
- pulpakirurgisk behandling, dvs. rotbehandling
- konserverande behandling, dvs. fyllningar
- övriga behandlingar, dvs. åtgärder för vilka tidsdebitering medgivits, här dock inte i fråga om protetik
- akutbehandling.

Bastandvård kan ges inom såväl allmäntandvård som specialisttandvård.

Med detta innehåll i bastandvården kommer försäkringsstödet att omfatta de behandlingsåtgärder som kan behövas för att de försäkrade skall kunna uppnå och vidmakthålla en god tandhälsa.

Vad gäller undersökning m.m. har utredningen av ekonomiska skäl föreslagit att ersättning från försäkringen härför i allmänhet inte skall lämnas till vuxna patienter som är äldre än 29 år. Utredningen har funnit det mer angeläget att kunna stimulera de yngre till att besöka tandvården. Oavsett patientens ålder skall undersökning dock ingå för sådana långvarigt sjuka eller funktionshindrade som är berättigade till särskilt stöd. Regeringen instämmer i denna prioritering.

Ersättning från försäkringen skall enligt utredningsförslaget lämnas för varje åtgärd i bastandvården. Vuxna personer fr.o.m. 30 år avses dock få betala undersökningen utan någon subvention. Ersättning för respektive

åtgärd föreslås för flertalet patienter lämnas med ett grundbelopp som motsvarar 30 procent av det tandvårdsarvode som gällde för åtgärden vid utgången av år 1997. För patienter med väsentligt ökade tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder föreslås en förhöjd ersättning, uppgående till 60 procent av det nämnda beräkningsunderlaget. Dessa patienter avses enligt avsnitt 6.2.3 få ett betydligt mer omfattande stöd än övriga. En högt subventionerad bastandvård utgör en grundsten i ett sådant stöd.

Ersättningen från försäkringen bör i enlighet med utredningsförslaget vara densamma för allmäntandvård som specialisttandvård. Utgångspunkten har i fråga om specialisttandvård varit de nuvarande arvoden som är lika för allmäntandläkare och specialister. Någon kategori av specialister med högre ersättning från försäkringen kommer sålunda inte att finnas. De högre arvoden som i dag lämnas till vissa specialister kompenseras av att prissättningen blir fri för alla vårdgivare.

Genom ett slopande av den nuvarande självriskan på 1 300 kronor kommer alla vuxna att få väsentligt ökade möjligheter att utnyttja försäkringsstödet. Enligt ett räkneexempel av utredningen skulle en patient äldre än 29 år för en undersökning, en förebyggande behandling och en kompositfyllning vid oförändrad arvodesnivå få en kostnadsminskning på 204 kronor jämfört med nuläget, trots att själva undersökningsmomentet inte är subventionerat för denna patient. Om patienten är 29 år eller yngre lämnas ersättning även för undersökningen, enligt förslaget med 106 kronor. För en akutpatient med ett vanligen förekommande behandlingsbehov skulle på motsvarande sätt en kostnadsminskning med 360 kronor uppstå.

Regeringen finner det ändamålsenligt med en bastandvård enligt ett sådant ersättningssystem. Genom att ersättning lämnas för respektive åtgärd utan självrisk blir bastandvården tillgänglig för alla. Därigenom kan den fylla den funktion för tandhälsan i ett folkhälsoperspektiv som regeringen funnit nödvändig.

Regeringen ansluter sig i princip till utredningens förslag om ersättningsbeloppens storlek. Dessa bör dock slutligt fastställas i den nya förordning om tandvårdstaxa som regeringen kommer att utfärda.

Sedan försäkringsbeloppen väl bestämts enligt den föreslagna initiala beräkningsgrunden får de i fortsättningen följas upp och justeras med bestämda krontalsbelopp eftersom de då inte längre kan beräknas procentuellt utifrån något fastställt vårdgivararvode.

Prissättningen på bastandvården liksom för tandvården i övrigt avses – som framgår av avsnitt 6.1 – bli fri för vårdgivarna. Av den där förda diskussionen framgår också att flera skäl talar emot att någon generell prishöjning skulle följa av övergången till ett sådant system.

Vidare skall, som framgår av det lagförslag som lämnas med denna proposition, det arvode som tas ut för tandvård vara skäligt med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt, dvs. samma typ av skydd som finns i konsumenttjänstlagen (se vidare avsnitt 11). Genom att bestämmelsen intas i tandvårdslagen blir den tillämplig på all tandvård, oavsett om vården ges inom försäkringen eller utanför denna. Regeringens avsikt är också att i tandvårdstaxan föreskriva att arvoden för tandvård inom försäkringen skall följa en av

vårdgivaren upprättad prislista. Denna skall, liksom den av regeringen fastställda tandvårdstaxan, hållas tillgänglig för patienten i mottagningens väntrum. Försäkringskassan bör ha rätt att vid behov för uppföljningen infodra en vårdgivares prislista.

Grundkonstruktionen vad gäller försäkringsersättning för bastandvård är som nämnts ovan utformad så att ersättning lämnas i efterhand för varje utförd åtgärd. Utredningen har emellertid funnit det angeläget att erforderlig bastandvård också skall kunna erbjudas mot ett fast pris för en viss period.

Utredningen hade enligt direktiven i uppgift att i första hand överväga möjligheterna till ett system med fasta belopp till vårdgivaren per patient samt fasta patientavgifter enligt vårdgivarens bestämmande. I utredningsarbetet framkom emellertid att det inte torde vara möjligt att nu införa ett fastprissystem som grundmodell i tandvårdsförsäkringen. Utredningen har också granskat de olika förebilder som funnits, men inte ansett det möjligt att utnyttja dem för ett generellt förslag i dagens situation.

Å andra sidan har utredningen funnit det angeläget att en vårdgivare och en patient inom tandvårdsförsäkringen ges möjlighet till ett samarbete av mer planmässig och långsiktig natur än genom tandvård som patienten betalar, och försäkringen ersätter, per vidtagen åtgärd.

Utredningen betonar att ett fastprissystem måste vara helt frivilligt för både patient och vårdgivare. Ett sådant system skall ses som en möjlighet för vårdgivare som vill pröva nya former och för patienter som vill få större visshet om sin tandvård och sina tandvårdskostnader under en längre period. Utredningen har därför föreslagit att en *fastprismodell* införs som ett frivilligt alternativ inom bastandvården. Möjlighet bör således finnas för den patient som så önskar att hos den vårdgivare som så önskar teckna ett *abonnemang* på bastandvård under viss tid.

Regeringen vill särskilt kommentera förslaget om en fastprismodell inom bastandvården. Möjlighet finns att genom en sådan skapa ett begränsat och väldefinierat system, ett system som är både enkelt och säkert för patienter, vårdgivare och försäkringskassor. Karaktären av paketylösning och ett överblickbart åtagande bör dessutom göra det möjligt för vårdgivaren att erbjuda abonnemang till lågt pris.

Genom anknytningen till enbart bastandvården och genom den föreslagna utformningen i övrigt bortfaller också sådana moment som på sin tid gav upphov till vissa erinringar mot den i princip heltäckande premietandvården.

Utredningens förslag är ett principförslag som måste vidareutvecklas. Detta bör ske i samband med utformningen av den nya förordning som avses ersätta nuvarande tandvårdstaxa. Med utgångspunkt i utredningens förslag och efter kompletterande bedömningar i den fortsatta beredningen anser regeringen att följande riktlinjer bör gälla för den kommande regleringen av ett abonnemang på bastandvård.

### *Omfattning*

Alla till bastandvården hörande åtgärder skall ingå i abonnemanget och vid behov utföras av vårdgivaren eller annars genom dennes försorg. Abonnemanget skall bygga på en för patienten i det enskilda fallet upp-

gjord plan med program för undersökningar och förebyggande åtgärder. Härutöver skall vid uppkommande behov ges sådan behandling som i övrigt ingår i bastandvården. Det kan t.ex. uppkomma behov av en tanduttagning eller en fyllning. Däremot ingår inte protetisk behandling i bastandvården och kan därför inte heller ingå i ett abonnemang på denna. De åtgärder patienten är berättigad till blir därmed till allra största delen preciserade i förväg. Vilka åtgärder som därutöver kan ingå är också i detalj angivet i taxan.

I planen bör också ingå ett program för patientens egenvård.

Abonnemang torde vanligtvis komma att tecknas hos vårdgivare som driver allmäntandläkarpraktik eller har tillgång till allmäntandläkare i sin verksamhet. Abonnemang på bastandvård bör därför normalt omfatta allmäntandvårdens åtgärder. Om vårdgivaren driver specialistmottagning och erbjuder abonnemang på bastandvård bör abonnemanget också innefatta sådana åtgärder inom bastandvården som ingår i den specialitet vårdgivaren förfogar över.

Under ett abonnemangs löptid kan behov uppkomma av att remittera patienten till en utomstående specialist för undersökning och behandling inom bastandvårdens ram men som inte omfattas av abonnemanget. I sådant fall bör patienten betala specialistens arvode och försäkringen lämna ersättning till denne, enligt vad som gäller för respektive åtgärd enligt taxan.

Tandvård vid akuta behov avses ingå i abonnemanget, under förutsättning att den ges av den vårdgivare med vilken abonnemanget tecknats eller av annan vårdgivare som den förstnämnde anvisat. I abonnemanget bör däremot inte ingå åtgärder som behövs till följd av arbetskada eller olycksfall i övrigt.

Bastandvård kan för en viss patient helt naturligt behöva kompletteras med annan tandvård. Ett behov av protetisk behandling kan uppkomma för en försäkrad som vid tillfället är patient i bastandvård. Bastandvård i form av abonnemang kan vara en naturlig del av ett större vårdåtagande. Ett abonnemang bör dock hållas åtskilt från vad som överenskoms om annan tandvård.

### *Tidsperiod*

Abonnemanget bör omfatta bastandvård under en period om 24 månader. Periodlängden 24 månader för abonnemanget bör väljas för att få dels en naturlig period för planering av undersökningar och förebyggande åtgärder, dels en period som inte är för lång för att ett ömsesidigt åtagande skall kunna överblickas.

### *Försäkringsersättning*

Patientens ersättning från försäkringen bör framgå av ett i taxan angivet årligt grundbelopp inom en åtgärdsgrupp benämnd Bastandvård, abonnemang. Beloppet bör beräknas för ett genomsnittligt behov av bastandvård under en tvåårsperiod, med utgångspunkt i taxans grundbelopp för de olika separata åtgärderna. Två olika grundbelopp bör anges i taxan, ett

för 20–29-åringar, ett för dem som är äldre. Vidare bör det finnas ett förhöjt belopp för dem som åtnjuter försäkringsstöd enligt reglerna för långtidssjuka och funktionshindrade med väsentligt ökade tandvårdsbehov.

Liksom i taxan i övrigt avses ersättningsbeloppen vara lika stora för bastandvård inom allmäntandvård som för sådan vård av motsvarande omfattning som utförs av specialist. För en specialist finns dock enligt förslaget i vissa fall några ytterligare åtgärder inom bastandvården vilka kan behöva vägas in i abonnemang tecknat hos en sådan specialist.

Riksförsäkringsverket avses få i uppdrag att lämna förslag om ersättningsbeloppen för taxan, inkl. abonnemangen.

Försäkringsersättning för ett abonnemang bör förslagsvis utbetalas till vårdgivaren för ett år i taget så snart abonnemanget anmälts till försäkringskassan.

### *Patientavgift*

Vårdgivare som erbjuder abonnemang på bastandvård skall i sin prislista även ta med avgift för abonnemang. Det bör vara möjligt att välja mellan att ha en prislista med ett enhetligt patientbelopp eller en lista med t.ex. tre avgiftsnivåer efter olika behov av bastandvård.

Prislistan bör kunna förnyas årligen. Avgiften för ett tecknat abonnemang avses dock gälla under hela abonnemangstiden. Kalenderårets nya priser gäller då endast för abonnemang som ny- eller omtecknas under det året.

Patientens avgift bör kunna delas upp så att betalning sker för kortare perioder.

### *Abonnemangets rättsliga ställning*

De regler som ovan angivits bör tas in i den nya förordningen om tandvårdstaxa, jämte de övriga bestämmelser från försäkringens sida som kan behövas från administrativ synpunkt och som bör ges av regeringen (se även avsnitt 8.2). Bl.a. bör det föreskrivas att abonnemanget skall tecknas enligt ett fastställt formulär som lämpligen bör utformas av Riksförsäkringsverket.

Bestämmelserna skall ses som villkor för att abonnemanget skall omfattas av försäkringen och att försäkringsersättning alltså skall kunna lämnas. Ett abonnemang är civilrättsligt sett ett avtal. Det är inte försäkringsadministrationens sak att lösa eventuella tvister av civilrättslig natur. En försäkringskassa kan endast vidta de åtgärder som har koppling till försäkringsersättningen och andra försäkringsvillkor.

Enligt regeringens bedömning är det föreslagna abonnemanget till sitt innehåll så höggradigt förutbestämt i försäkringsbestämmelserna och i sin utformning så enkelt och okomplicerat att det inte i sig bör vålla några tvister om innehåll och omfattning utanför försäkringskassans kompetensområde. Ett abonnemang på bastandvård skiljer sig i praktiken inte från en åtgärd i en åtgärdstaxa av nuvarande modell. Alla vårdåtgärder är i förväg preciserade i ett vårdprogram, utom vad gäller någon eventuellt

tillkommande behandlingsåtgärd inom bastandvården, t.ex. en fyllning. Men även denna eller annan åtgärd inom bastandvården ingår i abonnemanget vilket också avses vara uttryckligt angivet i taxan. Patienten är således tillförsäkrad rätten att få behandlingen – i exemplet en fyllning – utförd inom försäkringen för den avgift som erlagts. Vårdgivaren är skyldig att utföra åtgärden eftersom försäkringsersättning redan lämnats på dessa villkor.

Om tvekan t.ex. skulle uppstå huruvida en fyllning behöver bytas ut, får saken prövas av försäkringskassan på samma sätt som i dagens taxa. Patienten har rätt att påkalla förhandsprövning. Kassan har då att avgöra om åtgärden omfattas av försäkringen. Om så är fallet är vårdgivaren enligt försäkringsvillkoren skyldig att utföra den inom ramen för den försäkringsersättning och den patientavgift som betalas för abonnemanget. – Om det rent odontologiska behovet av fyllningen – eller hur den utförts – ifrågasätts, blir det i sista hand en fråga för Socialstyrelsens tillsyn. Ett annat exempel som kan förekomma redan i dag är om patienten vill ifrågasätta behovet av specialistbehandling.

Ett abonnemang på bastandvård medför således ingen skillnad mot nuvarande taxa eller mot den föreslagna nya taxan i övrigt, vad gäller patientens rätt att få del av försäkringen. Abonnemangets innehåll är helt styrt av de försäkringsvillkor som vårdgivare och patient accepterat.

I detta sammanhang bör också erinras om de förtroendenämnder som finns inom såväl landsting som privat vård. Där nås ofta enighet mellan vårdgivare och patient och saken behöver då över huvud taget inte föras vidare.

Om tvister ändå skulle uppstå kring ett bastandvårdsabonnemang torde det gälla försummad betalning, uteblivna besök eller uteblivet behandlingstillfälle e.dyl., situationer som kan uppstå även med dagens åtgärds-taxa. En avtalsituation uppstår för övrigt även med en sådan taxa, när vårdgivaren lämnar sitt kostnadsförslag för en viss behandlingsåtgärd eller period och patienten accepterar detta. Någon särskild lagstiftning för tandvården i sådana fall finns inte. Tvister av denna art handläggs av domstol efter allmänna avtalsrättsliga grunder och något annat bör inte behöva tillämpas för det nu föreslagna abonnemanget.

Även sådana frågor som abonnemangets upphörande vid patientens eller vårdgivarens flyttning eller vårdgivarens upphörande med verksamheten bör, om tvist härom skulle uppstå, kunna lösas efter vanliga avtalsrättsliga grunder.

Abonnemanget har en i förordning fastställd omfattning som inte kan avtalas bort. Vidare har det föreslagits att patientavgiften inte skall kunna ändras under abonnemangstiden. Uppsägningar på grund av ändringar blir därmed inte aktuella.

**Regeringens bedömning:** Ett särskilt skydd mot höga tandvårdskostnader bör införas även för dem som inte omfattas av stödet till särskilda patientgrupper och som redovisats i avsnitten 6.2.1, 6.2.2 och 6.2.3. För sådana behandlingsinsatser, främst protetiska åtgärder och tandreglering, som inte omfattas av bastandvården bör tandvårdserättningen fastställas som grundbelopp motsvarande 60 procent av arvoden för respektive åtgärd enligt nu gällande tandvårdstaxa. Kostnaden för ädelmetaller/gjutmetaller får patienten betala själv liksom nu är fallet. Kostnaden för titankomponenter i implantat och prefabricerade tänder omfattas av tandvårdserättning i enlighet med nuvarande ordning. Ett karensbelopp på sammanräknade grundbelopp om 3 500 kronor för protetiska åtgärder och tandreglering per behandlingsomgång införs utom för gruppen långtidssjuka eller funktionshindrade. I praktiken innebär detta att vid en protetisk behandling ackumuleras grundbeloppen för de protetiska åtgärderna på en och samma tandvårdsräkning, varefter karensbeloppet på 3 500 kronor frånräknas. Återstående belopp utgör tandvårdserättning. Några ändringar i gällande regler för när förhandsprövning skall ske och i de s.k. garantireglerna för protetiska åtgärder bedöms tills vidare inte vara nödvändiga.

**Utredningens förslag:** Vid en eventuell utökning av utgiftsramen 1 400 miljoner kronor ansåg utredningen att det föreslagna ersättningsystemet kunde byggas ut så att stöd även kan ges för implantat och andra protetiska ersättningar. Stödet kunde utformas så att tandvårdserättning betalas med grundbelopp även för protetiska åtgärder och för sådan behandling som är nödvändig för att protetiska rekonstruktioner skall kunna utföras. Det ekonomiska stödet borde enligt utredningen inte träda in förrän den protetiska vården nått en viss volym. Ett högkostnadsskydd skulle också kunna införas enbart vid behandling av helt tandlös käke med eller utan implantat. Tandvårdserättning skulle då kunna lämnas med förhöjt belopp för den oralkirurgiska och den protetiska behandlingen. Det förhöjda beloppet kunde t.ex. utgöra 60 procent av de arvodesbelopp, inkl. kostnaden för titankomponenter och prefabricerade tänder som gäller enligt nuvarande taxa.

**Remissinstanserna:** Nästan samtliga remissinstanser förordar eller utgår från att bastandvården kompletteras med någon form av skydd mot höga behandlingarkostnader för protetiska åtgärder inkl. implantat och andra dyrbara åtgärder.

**Skälen för regeringens bedömning:** Regeringen delar i likhet med utredningen och remissinstanserna uppfattningen att förslaget till bastandvård behöver kompletteras med ett skydd mot höga behandlingarkostnader. Det finns fortfarande framför allt äldre personer med låga inkomster som är helt eller delvis tandlösa eller som i övrigt kan ha stora behandlingsbehov, t.ex. beroende på att tidigare stora tandvårdsarbeten behöver göras om. Mot den bakgrunden är det viktigt att det finns ett särskilt skydd mot höga behandlingarkostnader. Regeringen har därför gjort den

bedömningen att det är nödvändigt och motiverat att tillföra ytterligare 500 miljoner kronor för ett sådant skydd. Med hänvisning till att utgiftsramen inte får överskridas, kommer regeringen att ge Riksförsäkringsverket i uppdrag att inför budgetpropositionen för år 1999 göra en slutlig beräkning av kostnaderna för det reformerade ersättningssystemet. I det fall kostnaderna för detta bedöms överskrida avsatta medel kommer regeringen att vidta kostnadsbegränsande åtgärder.

Regeringen anser att ett sådant skydd skall omfatta personer som behöver mer omfattande protetiska åtgärder eller andra dyrbara behandlingar som t.ex. tandreglering. Det innebär att mindre omfattande protetiska åtgärder inte omfattas av detta stöd genom att ett karensbelopp införs.

Konstruktionen utgår från att det finns en tandvårdstaxa med fasta ersättningsbelopp, s.k. grundbelopp. Dessa avses utgöra 60 procent av nu gällande arvoden. Under en behandlingsomgång för t.ex. ett protetiskt arbete ackumuleras dessa grundbelopp på tandvårdsräkningen och när behandlingen är klar summeras alla grundbelopp för protetiska åtgärder m.m. varefter karensbeloppet frånräknas. Detta har preliminärt beräknats till 3 500 kronor per behandlingsomgång. Resterande belopp utgör den ersättning som lämnas från tandvårdsförsäkringen till vårdgivaren. Något motsvarande karensbelopp avses inte tillämpas vid beräkning av tandvårdsersättning för patient som omfattas av stödet vid ett långvarigt tandvårdsbehov till följd av sjukdom eller funktionshinder.

Regeringen gör också den bedömningen att detta högkostnadsskydd kan införas utan att någon ändring i gällande regler för förhandsprövning behöver införas som villkor för stödet. I praktiken bör detta innebära att flertalet behandlingar som kommer att omfattas av högkostnadsskyddet blir förhandsprövade. Vidare anser regeringen att även nuvarande garantibestämmelser för protetiska arbeten kan bibehållas. Konstruktionen med ett karensbelopp bör minska risken för att subventionerna blir vård drivande. Det ankommer dock på Riksförsäkringsverket att följa utvecklingen. Regeringen vill i detta sammanhang särskilt understryka det angelägna i att försäkringskassorna vid sina bedömningar av förhandsprövningar blir mer strikta så att endast sådan terapi som är nödvändig för att uppnå ett funktionellt och estetiskt sett godtagbart resultat blir omfattad av tandvårdsersättning. Denna fråga har en klar koppling till översynen av försäkringstandläkarfunktionen på kassorna.

Sammanfattningsvis gör regeringen den bedömningen att skyddets utformning bör innebära att de patienter som drabbas av höga vårdkostnader får ett tillfredsställande ekonomiskt stöd. Särskilt gäller detta vid omfattande protetiska rekonstruktioner, även vid implantat. Detta stöd i kombination med övriga former av stöd bör öka möjligheterna till en fortsatt förbättring av hela befolkningens tandhälsa.

**Regeringens bedömning:** De människor med långvarig sjukdom eller med funktionshinder, som avses få särskilt stöd till tandvård bör också kunna få ekonomiskt stöd till vissa slags hjälpmedel. Bestämmelser härom bör, såvitt gäller tandvård inom den allmänna försäkringen, tas in i en förordning med ny tandvårdstaxa.

För de patienter med motsvarande behov som får sin tandvård enligt hälso- och sjukvårdens ersättningsregler förutsätts landstingen i största möjliga utsträckning tillämpa samma standard.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i princip med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** *Riksförsäkringsverket* anser att den som normalt ordinerar hjälpmedel till funktionshindrade bör bära det fulla kostnadsansvaret även för hjälpmedel med koppling till tandvård. *Örebro läns landsting* och *Västerbottens läns landsting* framhåller att landstinget bör få avgöra vilka hjälpmedel som bör ingå i patientavgiften. *Landstinget Dalarna* och *Sveriges Tandvårdscheffsförening* framför att ett ansvar för hjälpmedel bör kompenseras via det särskilda statsbidraget för tandvård.

**Skälen för regeringens bedömning:** Frågan om hjälpmedel inom tandvården behandlades i rapporten (Ds 1997:16) *Tandvårdsförsäkring i omvandling*. I bilaga 2 till betänkandet, med förslag från Handikappförbundens Samarbetsorgan och Nordisk Förening för Handikapptandvård, beskrivs behov av hjälpmedel och behov av stöd för anskaffning av sådana i vissa fall, liksom för olika åtgärder för bedömning och utprovning m.m. av hjälpmedlen. Den arbetsgrupp som utarbetat rapporten ansåg för sin del att det är landstingens sak att besluta om vilka hjälpmedel som skall ingå i patientavgiften när det gäller tandvård som administreras av landstingen. Arbetsgruppen fann det emellertid rimligt att hjälpmedel, som är av central betydelse för långsiktighet i vården, bör kunna omfattas av stöd även när det gäller tandvård inom den allmänna försäkringen. Däremot ansåg arbetsgruppen att enkla hjälpmedel för munhygien alltså skall bekostas av den enskilde.

Också den nu framlagda utredningen innehåller liknande synpunkter. Landstingen bör besluta om hjälpmedel i den tandvård som enligt förslagen i övrigt skall ersättas enligt samma regler som gäller för den öppna hälso- och sjukvården. Utredningen anser emellertid att ersättning bör lämnas för specialanpassade hjälpmedel också för dem som i övrigt får särskilt stöd på grund av ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder. Sådan ersättning för hjälpmedel bör ges inom basvården för dessa grupper. Enklare hjälpmedel för munhygien bör dock alltså bekostas av den enskilde.

Några separata kostnadsberäkningar för ett stöd till hjälpmedelsanskaffning har inte lämnats i de nämnda betänkandena. Det gäller emellertid ett begränsat antal patienter som kan komma i fråga för det stöd som avses i den sist lämnade utredningen. Beräkningar gjorda i samband med den tidigare utredningen tyder på att årskostnaden för det

nu framlagda förslaget skulle vara i storleksordningen 5–10 miljoner kronor.

Enligt hälso- och sjukvårdslagen skall hjälpmedel för funktionshindrade tillhandahållas av sjukvårdshuvudmannen, dvs. landstinget och i vissa fall kommunen. Det råder stora skillnader mellan olika landstingsområden i fråga om den närmare ansvarsfördelningen mellan landsting och kommun. I allmänhet har hjälpmedel tillhandahållits kostnadsfritt för patienten om de funnits upptagna i huvudmannens förteckning och förskrivits i behörig ordning. Avgiftsbeläggning förekommer dock. Vissa enkla produkter torde i ökad utsträckning komma att helt få bekostas av den enskilde.

Hälso- och sjukvårdslagen är emellertid inte tillämplig på tandvård och därmed inte heller på hjälpmedel för tandvård. Tandvårdslagen innehåller inga uttryckliga bestämmelser om hjälpmedel. Ersättning för hjälpmedel lämnas inte heller genom den nuvarande tandvårdsförsäkringen.

Regeringen delar utredningens uppfattning att vissa specialanpassade hjälpmedel bör kunna tillhandahållas för dem som har särskilda behov härav.

Ett ekonomiskt stöd för bastandvård ges enligt utredningens förslag inom den statligt reglerade försäkringen. Subventionsgraden föreslås för nämnda grupper vara 60 procent vilket alltså skulle gälla också för ifrågasvarande hjälpmedel. Regeringen ansluter sig till utredningens förslag. Dock bör som framhållits i avsnitt 6.3 ersättningsnivån slutligt bestämmas av regeringen i en förordning med ny tandvårdstaxa. Riksförsäkringsverket avses få i uppdrag att ge närmare förslag om försäkringsstöd till hjälpmedel. Härvid bör det också prövas i vilken utsträckning även åtgärder för bedömning och utprovning m.m. av dessa hjälpmedel bör omfattas av stödet.

I fråga om hjälpmedel i sådan tandvård som nu föreslås ersättas enligt hälso- och sjukvårdens ersättningsregler och administreras av landstingen finns i dag inga centrala bestämmelser. I analogi med vad som redan gäller för hjälpmedel inom hälso- och sjukvård blir det, som de båda utredningarna ansett, naturligen landstingen som själva beslutar om vilka hjälpmedel och kostnader för dessa som bör ingå i patientavgiften.

Landstingen är bl.a. genom sjukhustandvården väl förtrogna med frågor rörande hjälpmedel i tandvården. De bör också vara väl skickade att var för sig besluta i sådana spörsmål för den ytterligare tandvård som nu avses föras in under landstingens administration. Samtidigt är det enligt regeringens mening angeläget att de patienter, som har ökade tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder, får ett likvärdigt stöd oavsett var de vistas och oavsett hur stödet administreras.

Regeringen finner det således rimligt att ett stöd för hjälpmedel inom tandvården lämnas även av landstingen och inom ramen för där gällande ersättningsregler. Det finns dock enligt vår uppfattning inte skäl att nu lagstifta härom. En lagstiftning skulle innebära att hjälpmedel för tandvård blev mer långtgående reglerade än de hjälpmedel som tillhandahålls enligt hälso- och sjukvårdslagens nuvarande bestämmelser. Någon kostnads- eller avgiftsreglering förekommer inte där.

Regeringen förutsätter att landstingen i största möjliga utsträckning tillämpar samma standard som staten i fråga om tillhandahållande av de hjälpmedel i tandvård som här berörts.

Prop. 1997/98:112

## 7 Reglering av vissa frågor

### 7.1 Rätt till ersättning för tandvård

**Regeringens förslag:** Anslutningsbegränsningen till ersättnings-systemet för vuxentandvård upphör för tandläkare och ersätts med en anmälan till försäkringskassan för registrering av vårdgivare. Med vårdgivare avses ett företag som bedriver tandvård eller den landstingsdrivna folktandvården. Vårdgivaren inte den enskilde yrkesutövaren skall vara ekonomiskt och administrativt ansvarig inför försäkringskassan. Det odontologiska ansvaret gentemot patienten har dock den enskilde tandläkaren eller tandhygienisten inom ramen för sin legitimation.

Tandvård ersättning skall inte lämnas till vårdgivare för vård utförd av tandläkare eller tandhygienister som har fyllt 65 år. De anslutna tandläkare som den 1 januari 1999 har uppnått eller senast vid utgången av år 1999 uppnår 65 års ålder har rätt till ersättning längst till utgången av år 1999.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag, dock inte i fråga om innebörden av förslaget om åldergräns.

**Remissinstanserna:** Alla remissinstanser som yttrat sig över förslaget att avskaffa anslutningsbegränsningarna är positiva. *Landstinget i Kalmar län* framför dock tveksamhet till förslaget när tillgången på tandläkare nu minskar.

När det gäller förslaget om en åldergräns på 65 år för en tandläkare eller tandhygienist som är ansvarig för verksamheten vid ett tandvårdsföretag framhåller *Stockholms läns landsting* och *Sveriges Tandvårdschefsörening* att åldergränsen 65 år bör gälla även för tandläkare och hygienister som utför vården. *Sveriges Tandläkarförbund*, *Praktikertjänst* och *Svensk Förening för Oral Protetik* är negativa till förslaget om en åldergräns på 65 år. *Praktikertjänst AB* anser att om så ändå sker bör en möjlighet till dispens införas.

**Skälen för regeringens förslag:** I två tidigare nämnda propositioner om ändrad tandvårdsförsäkring har regeringen lämnat motsvarande förslag, men eftersom riksdagen inte godkände den första och regeringen återkallade den andra återkommer regeringen med förslaget.

Konkurrensverket har i flera sammanhang påtalat det angelägna i att anslutningsbegränsningen för tandläkare avskaffas från konkurrens- och näringsfrihetssynpunkt. Regeringen anser i likhet med utredningen att möjligheterna att bedriva näringsverksamhet skulle öka och konkurrensvillkoren mellan offentlig och privat sektor därmed bli mer likvärdiga om anslutningsbegränsningen av tandläkare avskaffades och att rätten att få ersättning från tandvårdsförsäkringen i stället knyts till företag som be-

driver tandvårdsverksamhet. Den nuvarande anslutningen skulle således ersättas av en anmälan om att få bli uppförd på en förteckning hos försäkringskassan.

Det system som nu föreslås för det framtida försäkringsstödet bedöms också minska behovet av att behålla anslutningsbegränsningen. En annan faktor är att det under senare tid betydande överskottet på tandläkare successivt minskar vilket gör att risken för utbudet av tandvård skulle öka inte är så stor. Eftersom folktandvården är väl utbyggd i hela landet finns det heller inte risk för att det skulle uppstå brist på vårdgivare i de mindre tätbefolkade delarna av landet om slopandet av anslutningsbegränsningarna leder till en koncentration av vårdgivare till de befolkningstätare delarna av landet.

Regeringen anser vidare att den åldersgräns som följer av den allmänna pensionsåldern bör gälla som villkor för tandvårdsersättning för vård utförd av tandläkare och legitimerade tandhygienister. En sådan åtgärd leder inte till att brist uppstår på tandläkare och tandhygienister. Dessutom underlättar åtgärden de yngre tandläkarnas och tandhygienisternas möjligheter att utöva sina yrken i större utsträckning än i dag. Däremot delar regeringen inte utredningens uppfattning att åldersgränsen enbart skulle gälla för den tandläkare eller tandhygienist som har ansvaret för verksamheten vid en mottagning utan för alla som meddelar vård.

Det kan också nämnas att för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster tillämpas redan denna åldergräns för rätt till läkarvårds- respektive behandlingsersättning efter beslut av riksdagen.

För att inte bestämmelserna om en åldergräns på 65 år skall medföra alltför negativa ekonomiska konsekvenser för anslutna tandläkare som fyllt eller under år 1999 fyller 65 år krävs vissa övergångsvisa regler. Regeringen anser att det är rimligt att en tandläkare som före den 1 januari 1999 uppnått eller under år 1999 uppnår 65 års ålder övergångsvis bör få stå kvar på förteckningen under högst ett år för att under viss tid kunna avveckla sin verksamhet. Detsamma bör gälla tandläkare som innehar en s.k. pensionärsanslutning.

Vad regeringen nu föreslagit angående rätten till ersättning kräver ändring och tillägg i lagen (1962:381) om allmän försäkring och ändring i lagen (1976:380) om arbetsskadeförsäkring.

## 7.2 Anmälan om anslutning och upphörande av verksamhet

**Regeringens förslag:** En vårdgivare som avser att bedriva tandvård i enskild verksamhet med försäkringsersättning skall skriftligen anmäla detta till försäkringskassan. Om en vårdgivare avser att upphöra med eller flytta sin verksamhet till en annan försäkringskassas område, skall försäkringskassan underrättas om detta senast tre månader innan det sker.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med regeringens förslag.

**Remissinstanserna:** Några synpunkter har inte framförts på förslaget.

**Skälen för regeringens förslag:** Om en vårdgivare avser att bedriva tandvård i enskild verksamhet inom ramen för tandvårdsförsäkringens ersättningssystem skall en anmälan skriftligen göras till försäkringskassan inom vars område verksamheten skall bedrivas och kassan föra upp vårdgivaren på en förteckning. Regeringen anser att det är rimligt innan en sådan registrering sker att kassan bereds erforderlig tid för att göra en rent administrativ prövning. Det har dock inte bedömts vara motiverat införa någon reglering av vilken tid som kassan behöver för denna kontroll innan registreringen kan ske, utan regeringen förutsätter att detta sker så snart det är möjligt. Med kontroll avses främst om vårdgivaren har tillgång till en legitimerad tandläkare eller tandhygienist som har ansvaret för verksamheten vid mottagningen och att vårdgivaren har F-skattsedel. Med hänsyn till det nya ersättningssystemets vårdgivarbegrepp och införandet av möjlighet till abonnemangstandvård delar regeringens utredningens uppfattning att det är motiverat att kräva F-skattsedel för att få bli ansluten till systemet.

Tandläkare som är anslutna till försäkringssystemet när det nya systemet träder i kraft den 1 januari 1999 bör få stå kvar i detta utan vidare utredning om de på begäran av sin försäkringskassa lämnar uppgift om vem som är vårdgivare. Regeringen anser också att för den händelse en sådan tandläkare saknar F-skattsedel skall vederbörande föras av från förteckningen om inte F-skattsedel har erhållits före utgången av år 1999.

För att försäkringskassan skall få nödvändig tid för sin administrativa och ekonomiska kontroll innan en vårdgivare upphör med sin verksamhet eller flyttar till annat försäkringskassområde anser regeringen att det är motiverat att införa en regel som innebär att en vårdgivare skall underätta försäkringskassan senast tre månader innan vårdgivaren förs av från förteckningen. Kontrollen bör i dessa fall inriktas på att slutligt reglera det ekonomiska förhållandet mellan försäkring, patient och vårdgivare.

Förslaget kräver tillägg i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

### 7.3 Återkravs- och sanktionsregler

**Regeringens förslag:** De olika sanktionerna mot vårdgivare med anslutning till försäkringens ersättningssystem, vilka inte följer bestämmelserna för rätt till ersättning, förs samman och regleras i lagen (1962:381) om allmän försäkring. Vidare slopas övergångsbestämmelserna till den lagen om bötesstraff för anslutna tandläkare som uppsåtligt bedriver tandvård i strid med bestämmelserna avseende sådana tandläkare.

Om en vårdgivare har uppburit ersättning med för högt belopp skall försäkringskassan ha rätt att återkräva felaktigt utbetalt belopp. Kassan skall också ha rätt att räkna av detta belopp mot en fordran som vårdgivaren har på tandvårdsersättning. Bedöms den av vårdgivaren begärda tandvårdsersättningen vara för hög och ersättningen av kassan inte kan beräknas tillförlitligt på grundval av vårdgivarens uppgifter, får kassan rätt att sätta ned den totala tandvårdsersättningen som en vårdgivare begär för viss tid till ett skäligt belopp.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med förslaget i prop. 1995/96:119 Reformerad tandvårdsförsäkring som utredningen utgått från och som tidigare granskats av lagrådet.

**Remissinstanserna:** Några synpunkter har inte framförts på förslaget.

**Skälen för regeringens förslag:** Regeringen anser det angeläget att de olika sanktionsbestämmelserna samordnas och lagregleras samtidigt som de anpassas till de nya villkor som föreslås för anslutning till försäkringen.

Utgångspunkten bör vara att allmänna straffrättsliga regler skall vara tillämpliga om en vårdgivare gör sig skyldig till bedrägeri eller annan brottslig handling. De regler som vi nu föreslår överensstämmer i princip med vad som gäller för privatpraktiserande läkare och sjukgymnaster sedan den 1 januari 1994.

Den nuvarande ordningen innebär att den som bryter mot föreskrifterna i taxan av försäkringskassan kan föras av från förteckningen över anslutna tandläkare. Detta har i praktiken visat sig svårt att tillämpa, eftersom det vid domstolsprövning ansetts vara en alltför ingripande påföljd att föra av en tandläkare från förteckningen med hänsyn till konsekvenserna vad gäller den enskilde tandläkarens möjligheter att försörja sig inom sitt yrke.

Om det framkommer att en vårdgivare fått för hög ersättning bör det enligt regeringens uppfattning finnas ett lagligt stöd för att försäkringskassan skall kunna återkräva det felaktigt utbetalda beloppet eller avräkna det mot ett anspråk på tandvårdsersättning som vårdgivaren kan ha på kassan, s.k. kvittning. Eftersom tandvårdsersättning lämnas i anledning av yrkesutövning och inte bör betraktas som en förmån inom socialförsäkringen finns ingen anledning att låta bestämmelserna om eftergift av återkrav och avräkning i 20 kap. 4 § AFL vara tillämpliga på beslut om tandvårdsersättning.

I fall då begärd tandvårdsersättning bedöms vara för högt beräknad och det inte är möjligt att beräkna den tillförlitligt med ledning av vårdgivarens uppgifter föreslås att en uttrycklig rätt införs för försäkringskassan att sätta ned den totala tandvårdsersättningen som begärs för viss tid till ett skäligt belopp. Regeringen anser att en skälighetsbedömning är den enda framkomliga och rimliga lösningen i en sådan situation. Om det senare skulle visa sig att vårdgivaren är berättigad till en högre ersättning än den antagna skall den tillkommande ersättningen utbetalas utan dröjsmål av kassan. Regeringen vill i sammanhanget understryka att felaktig debitering av tandvårdsersättning i vissa fall kan vara att betrakta som bedrägeri eller annan brottslig gärning och att polisanmälan bör göras av försäkringskassan vid sådan misstanke.

De nu föreslagna bestämmelserna i AFL reglerar vissa ekonomiska påföljder som kan drabba en vårdgivare. Det medicinska yrkesansvaret för vårdpersonalen och de skyldigheter som följer av andra författningar påverkas inte av den föreslagna lagregleringen.

**Regeringens förslag:** Bestämmelserna om omprövning och ändring av försäkringskassas beslut samt överklagande av en försäkringskassas, Riksförsäkringsverkets och en domstols beslut enligt 20 kap 10-13 §§ lagen (1962:381) om allmän försäkring skall gälla i fråga om de föreslagna nya bestämmelserna om sanktioner och återbetalningsskyldighet enligt avsnitt 7.3.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer med förslaget i prop. 1995/96:119 som utredningen utgått från och som tidigare granskats av lagrådet.

**Remissinstanserna:** Några synpunkter har inte framförts på förslaget.

**Skälen för regeringens förslag:** Det är enligt regeringens uppfattning konsekvent att bestämmelserna om omprövning och ändring av försäkringskassas beslut samt överklagande av försäkringskassas, Riksförsäkringsverkets och domstols beslut skall gälla även för de under avsnitten 7.2 och 7.3 föreslagna bestämmelserna om uppförande på och avförande av vårdgivare från en försäkringskassas förteckning samt om återbetalningsskyldighet och sanktioner. Regeringen föreslår att bestämmelserna intas i en ny paragraf i 20 kap. 13 b § AFL.

Som en konsekvens av de under avsnitt 7.1 föreslagna ändringarna i reglerna för rätt till tandvårdsersättning bör bestämmelserna om överklagande av beslut av Riksförsäkringsverket i ärenden om detta ersättas med vad som här föreslagits.

## 7.5 Tandteknisk verksamhet

**Regeringens förslag:** Lagregleringen om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier upphävs fr.o.m. den 1 juli 1998.

**Skälen för regeringens förslag:** Dentala material och tandtekniska arbeten omfattas fr.o.m. år 1995 av rådets direktiv 93/42/EEG av den 14 juni 1993 om medicintekniska produkter. Direktivet har i Sverige införts genom lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, förordningen (1993:876) om medicintekniska produkter och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1994:3). Direktivet förutsätter i princip att dentala material är certifierade av ett inom EES-området anmält certifieringsorgan. Som exempel på ett sådant kan nämnas Nordiska Institutet för Odontologisk Materialprovning (NIOM) i Oslo. Andra sådana organ finns även i t.ex. Tyskland och Frankrike.

Tandtekniska arbeten är s.k. specialanpassade produkter. Det innebär att det inte finns några krav på en tredjepartscertifiering. Tillverkaren skall hålla viss dokumentation tillgänglig för behöriga nationella myndigheter. Dokumentationen skall göra det möjligt att bedöma om produkterna uppfyller de krav som ställs i direktivet. Tillverkaren måste tillåta att en bedömning – och vid behov en granskning – sker av att tillverkarens åtgärder för att produkterna är säkra och tillförlitliga är effek-

tiva. Socialstyrelsen är ansvarig svensk myndighet för marknadsövervakningen enligt 11 § i förordningen om medicintekniska produkter.

I direktivet finns vissa övergångsbestämmelser som innebär att de olika medlemsstaterna måste tillåta att produkter som överensstämmer med de olika medlemsstaternas nationella regler vid utgången av år 1994 får släppas ut på marknaden och tas i bruk fram till den 14 juni 1998.

Lagen (1980:705) med bemyndigande att meddela föreskrifter om godkännande av enskilda laboratorier avser inte de produkter som laboratorierna framställer utan laboratorierna i sig. Regeringen föreslår att lagen får finnas kvar t.o.m. den 30 juni 1998 för att kunna tillämpas på de laboratorier som inte valt att följa EU:s krav under övergångstiden.

## 7.6 Nationellt stöd till vårdgivarnas effektiviseringsarbete

**Regeringens bedömning:** Det nationella stödet till vårdgivarnas effektiviseringsarbete bör förstärkas. Utvärderingen av odontologisk metodik bör intensifieras. Regeringen avser återkomma i budgetpropositionen med förslag till en förstärkning av det nationella arbetet med utvärdering och kunskapsspridning med 8 miljoner kronor.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** Samtliga remissinstanser som har uttalat sig har varit positiva till en förstärkt utvärdering inom tandvården. *Spri* konstaterar inledningsvis att det måste finnas krav på en större integration mellan hälso- och sjukvården och tandvården. Förklaringen till denna rådande situation skulle bl.a. vara att utbildningen av läkare och tandläkare hållits åtskild liksom forskningen. På senare tid har nya tekniker inom den biomedicinska forskningen inneburit att områdena närmare sig varandra. Enligt *Spris* bedömning bör en mer systematisk uppföljning ske av hälsoutveckling, vårdkvalitet och kostnadseffektivisering av tandvården samt odontologisk metodik.

**Skälen för regeringens bedömning:** En effektivare tandvård medför stora vinster för patienter och samhälle. En hög effektivitet har ibland beskrivits som att göra "rätt saker" på "rätt sätt" i förhållande till de mål som är angivna. Det gäller att besvara frågor som: Hur ofta skall olika patientgrupper kallas till hälsokontroller? Vilka metoder skall användas för diagnostik och terapi som är mest kostnadseffektiva? Hur ser de långsiktiga effekterna ut när det gäller kvalitet och kostnader?

Arbetet med att skapa en högre effektivitet och en bättre hushållning med resurserna måste till stor del ske på lokal nivå och i första hand ute på klinikerna och mottagningarna. I vissa fall kan det dock vara nödvändigt eller mer rationellt att bedriva ett nationellt arbete som då skall vara ett stöd för det lokala arbetet.

En kontinuerlig utvärdering av olika alternativ för diagnostik och behandling ger förutsättningar för en effektivisering och stora kostnadsbesparingar inom tandvården. Studier har visat att terapivalet i dag oftast

styrts av s.k. ”konventionell vishet”. En studie där tandläkare fick rangordna ett antal kriterier som har betydelse för om en tand skall spricka eller inte visade en mycket stor spridning och det fanns ingen enhetlighet i bedömningarna.

Den utvärdering av befintlig och ny odontologisk metodik som sker i dag äger i första hand rum vid de odontologiska fakulteterna. Även inom några landsting bedrivs forsknings- och utvecklingsarbete.

Det saknas dock på många punkter grundläggande utvärderingar av de faktiska effekterna av olika terapival, t.ex. när det gäller valet mellan ingen behandling och behandling eller hållbarheten hos olika behandlingsalternativ, t.ex. olika fyllningsmaterial eller kronor av olika material. Det saknas också en systematisk överblick. De flesta inom tandvården är osäkra på hur väl befintlig och ny teknik är utvärderad.

Socialstyrelsen har i dag ansvar för tillsyn och uppföljning av tandvården. Styrelsens föreskrifter om kvalitetssäkring i hälso- och sjukvård, som även avser tandvården, anger att det i varje verksamhet skall finnas ett kvalitetssystem. Kvalitetssystemen skall innehålla rutiner för systematisk resultatuppföljning av verksamheten.

I den föreslagna framtida situationen när vårdgivarna själva får bestämma vilken avgift patienterna skall betala blir det särskilt väsentligt att Socialstyrelsen följer hur effektiviteten utvecklas i vårdgivarnas verksamhet. Patienternas möjligheter att bedöma rimligheten i avgifterna är begränsad. Socialstyrelsen med sin professionella kompetens måste bevaka att avgifterna är bestämda med hänsyn till högt ställda krav när det gäller effektiviteten i verksamheten. T.ex. bör patienterna erbjudas vård på lägsta effektiva omhändertagandenivå.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) har till uppgift att för hela landet utvärdera tillämpade och nya medicinska metoder ur medicinskt, socialt och etiskt perspektiv. SBU har hittills endast haft ett projekt inom tandvårdens område.

Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri) har ett fåtal projekt inom tandvård. I det s.k. Termdataprojektet ingår även tandvård. I Spri:s utredningsbank finns några lokala tandvårdsprojekt.

Regeringen avser återkomma i budgetpropositionen med förslag om hur det nationella stödet till vårdgivarna när det gäller stöd för effektiviseringsarbete skall kunna förstärkas. En åtgärd som kommer att föreslås är att utöka SBU:s resurser för att även kunna utvärdera metoder på tandvårdens område. Sammanlagt har 8 miljoner kronor avsatts för att förstärka det nationella stödet.

Det pågår ett omfattande arbete i landstingen och inom den privata vårdsektorn för att effektivisera tandvården. Resultaten från många av dessa projekt sprids dock på ett osystematiskt sätt till andra vårdgivare. En närmare studie bör ske av hur informationen skulle kunna göras mer lättillgänglig, t.ex. med hjälp av modern datateknik och vilket organ som skall vara ansvarigt för detta. I vissa sammanhang krävs en mer aktiv information för att kunskapen skall få genomslag. I sjukvården finns t.ex. lokala ombud för att till kollegor sprida slutsatserna av utvärderingar som genomförts om t.ex. behandling av astma. I den föreslagna studien bör även denna fråga beaktas. Regeringen avser att återkomma i budgetpropositionen med förslag på dessa punkter.

**Regeringens bedömning:** Ett ekonomiskt stöd bör utgå till två kompetenscentra för sällsynta medicinska och odontologiska tillstånd hos patienterna. Medel har avsatts för detta med sammanlagt 7 miljoner kronor. Regeringen återkommer i budgetpropositionen med förslag.

**Utredningens förslag:** Utredningen har föreslagit ett kompetenscentrum.

**Remissinstanserna:** De flesta remissinstanserna har enbart yttrat sig om förslaget till ett kompetenscentrum för odontologiska problem hos små och mindre kända grupper med funktionshinder. Samtliga remissinstanser som uttalat sig är positiva till utredningens förslag men anser att det behövs fler kompetenscentra. *Nordisk Förening för Handikappvård* och *Handikappförbundens Samarbetsorgan* anser att det behövs ett nationellt nätverk av ett mindre antal över landet spridda behandlingscentra. *Jönköpings läns landsting* anser att det kompetenscentrum som finns i Jönköping har en annan inriktning än det i utredningen beskrivna Mun-H-Center.

### Skälen för regeringens bedömning:

#### *Bakgrund*

Mun-H-Center i Bohuslandstinget är ett kunskapscentrum kring odontologiska problem hos små och mindre kända grupper med funktionshinder, huvudsakligen bland barn och ungdomar. Tand- och bettmissbildningar är vanliga i samband med flera av dessa funktionshinder. De kan leda till allvarliga talstörningar och svårigheter att äta. Antalet personer med dessa funktionshinder är litet – omkring 10 000 i hela landet – men med en stor spridning på 300 – 400 olika diagnoser. Det innebär att kunskaperna om diagnostik och behandling ofta är små bland hälso- och sjukvårdspersonalen inklusive tandvårdspersonalen.

Målet för Mun-H-Center är att samla, dokumentera och öka den orofaciala kunskapen kring funktionshindren och sprida den kunskapen till olika personalgrupper, bl.a. tandläkare och logoped. För att patienterna skall få ett bra omhändertagande och en god livskvalitet krävs ett samarbete mellan olika specialister. Mun-H-Center har ett nätverk av olika tandläkare som får utbildning, konsultation och handledning inom området.

Mun-H-Center är även ett resurscentrum för s.k. orofaciala hjälpmedel. Funktionshindren hos de olika patientgrupperna medför ofta stora svårigheter att äta och att själva sköta munhygien. En annan viktig del av verksamheten vid Mun-H-Center är forsknings- och utvecklingsarbete.

Mun-H-Center har erhållit stimulansbidrag från Socialstyrelsen med 1,3 miljoner kronor under det första året och 1,0 miljoner kronor under det andra året.

Vid Odontologiska Institutionen inom Jönköpings läns landsting finns ett kompetenscentrum för sällsynta odontologiska tillstånd. Patienterna i

denna patientgrupp har ett omfattande odontologiskt handikapp. Ofta har det sin bakgrund i en kombination av ett medfött tillstånd eller sjukdom och konsekvenser av behandling/skador/medicinering. För att behandla dessa patienter krävs ett multidisciplinärt samarbete på specialistnivå. I allmänhet finns inte dessa tillstånd beskrivna i litteraturen och befintlig dokumentation av hur dessa tillstånd kan behandlas saknas i stor utsträckning. Vid kompetenscentrumet skall dokumentation och information kring sådana behandlingar byggas upp. Huvuddelen av patienterna är vuxna, ca 2/3, medan 1/3 är barn. Kompetenscentret har erhållit stimulansbidrag från Socialstyrelsen med 1,0 miljoner kronor.

Båda kompetenscentra söker kunskap över ett mycket brett fält. De har tillgång bl.a. till internationella databaser. De är en resurs inte bara för vårdgivarna utan även för brukare och patientföreningar.

#### *Två kompetenscentra föreslås*

Mun-H-Center och Kompetenscenter för sällsynta odontologiska tillstånd har olika verksamhetsinriktning. De kompletterar således varandra. De erbjuder kunskap inom områden där ett samlat nationellt arbete ger en hög kvalitet på den information som erbjuds förutom att arbetet blir mer effektivt genom en koncentration av resurserna inom landet. På sikt bör det undersökas i vilken utsträckning ett sådant arbete kan vara intressant även för övriga nordiska eller europeiska länder.

Båda kompetenscentra bör således få möjlighet att vara en nationell resurs för vårdgivare, brukare och patienter inom sina respektive kunskapsområden. Sammanlagt har 7 miljoner kronor avsatts för detta ändamål. Regeringen avser att återkomma i budgetpropositionen med ett förslag. Socialstyrelsen bör svara för administrationen av bidraget. Det bör täcka de kostnader respektive centrum har för de uppgifter som är av nationell karaktär. Kostnader för klinisk behandling av patienterna bör bäras av respektive huvudman.

## 8 Reformens genomförande, administrativa och ekonomiska konsekvenser

Prop. 1997/98:112

### 8.1 Genomförande

**Regeringens bedömning:** Förberedelserna inför det nya ersättnings-systemet för inledas så snart det är möjligt och bedrivs med kraft och planmässighet.

Inför förberedelserna bör information ges till allmänheten, till vårdgivare och till administrativa organ samt till berörda personalgrupper. Informationen bör samordnas på regeringens initiativ i vissa grundläggande avseenden.

Riksförsäkringsverket bör få i uppdrag att lämna underlag till regeringen för den förordning om tandvårdsersättning inom den allmänna försäkringen som kommer att avlösa den nuvarande förordningen om tandvårdstaxa.

Förhandlingar bör inledas med företrädare för landstingen vad gäller överförandet till landstingen av viss tandvård och kostnadsansvaret för den. Det bör bli Socialstyrelsens uppgift att utarbeta de allmänna råd och föreskrifter som kan behövas.

Övergången till nya former för ersättning vid tandvård bör också följas upp, liksom avregleringen av prissättning och av anslutning till försäkringen. I sistnämnda hänseenden bör förutom Riksförsäkringsverket såväl Konsumentverket som Konkurrensverket följa utvecklingen.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i stort med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** *Konkurrensverket* framhåller att det behövs ett omfattande förberedelsearbete inför omläggningen med bl.a. information till patienter och vårdgivare och inte minst en producentneutral konsumentvägledning. *Stockholms läns landsting* föreslår för att förändringsarbetet skall få hög kvalitet att reformens ikraftträdande sker den 1 juli 1999. *Flera landsting* framhåller vikten av att allmänheten i tid får information om förändringarna och att uppdelningen av informationsansvaret blir tydligt. *Sveriges Tandvårdschefs-förening* anser att staten måste ta ett mycket stort ansvar för att adekvat information om förändringarna lämnas till allmänheten. *Nordisk Förening för Handikapptandvård* framhåller att det föreligger ett enormt utbildningsbehov inom området särskilda patientgrupper.

**Skälen för regeringens bedömning:** Som utredningen framhållit behövs det ett omfattande förberedelsearbete inför den omläggning av ersättningssystemet för vuxentandvård som nu föreslagits. Utredningen har pekat på en rad åtgärder av olika slag som behöver vidtas.

Regeringen utgår från att berörda myndigheter och organisationer tar sitt ansvar för dessa förberedelser och kostnaderna för dem. Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna, Socialstyrelsen, landstingen, kommunerna och vårdgivarna samt dessas organisationer har viktiga uppgifter att utföra och intressen att bevaka inom sina respektive områden.

Förändringarna berör också i hög grad vårdpersonalen och deras organisationer. Utredningen framhåller att också organ utanför själva tandvården i fortsättningen blir direkt berörda, t.ex. den kommunala äldreomsorgen. Regeringen finner det angeläget att myndigheters och andra organs förberedelser planeras väl och inleds så snart det är möjligt. För att det nya ersättningssystemet skall kunna tas i bruk den 1 januari 1999 måste arbetet ges hög prioritet. Regeringen anser att under förutsättning av att ett riksdagsbeslut fattas i början av juni 1998 bör förberedelsetiden på ett drygt ett halvt år vara tillräckligt lång för att nödvändigt förberedelsearbete av god kvalitet skall hinnas med.

Utredningen pekar på att information är ett särskilt viktigt led i förberedelserna. Här kommer också allmänheten in i bilden. Information till allmänheten behövs enligt utredningen på flera nivåer, dels allmänt om förändringen i stort och de nya reglerna, dels särskilt till olika grupper. Befintliga patienter behöver information, liksom också vissa patienters anhöriga.

Utredningen anser att viss grundläggande information om de nya stödformerna måste vara gemensam för alla berörda och har därför föreslagit att informationen bör samordnas i vissa avseenden. Regeringen har som nämnts räknat med att berörda myndigheter och organisationer sköter sina delar av förberedelserna. Häri ingår också att vid behov kunna samarbeta utan någon särskild central samordning. Vad gäller just information delar regeringen emellertid utredningens uppfattning att viss samordning kan vara motiverad och att staten - som vissa remissinstanser framhållit - bör ta ett ansvar för att denna kommer till stånd. Det är enligt regeringens mening viktigt att såväl reformens syfte som dess innehåll i stort förs ut på ett likartat sätt till alla målgrupper. Chefen för Socialdepartementet kommer därför att tillkalla en särskild arbetsgrupp, vari bl.a. de viktigaste informationsgivarna avses ingå. Arbetsgruppen skall dock inte överta något informationsansvar från dessa.

För den tandvård för vilken ekonomiskt stöd lämnas från den allmänna försäkringen kommer som hittills regleringen i huvudsak att ske genom en av regeringen utfärdad förordning, motsvarande nuvarande tandvårdstaxa (se vidare avsnitt 8.2). Riksförsäkringsverket avses få i uppdrag att utarbeta underlag till den nya förordningen.

Stödet för tandvård för vissa patientgrupper föreslås bli inordnat i hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Detta innebär också att landstingen kommer att överta kostnadsansvaret för detta stöd och handha stödets administration. Regeringen kommer att ta upp förhandlingar med landstingens företrädare om olika frågor i samband med deras övertagande av dessa uppgifter. Vidare kan vissa allmänna råd och föreskrifter komma att behövas som ledning för landstingen och för att garantera en tillräckligt enhetlig tillämpning av de nya stödformerna, bl.a. utifrån patientperspektivet. Det kommer - som framgått ovan - att vara Socialstyrelsens uppgift att utarbeta sådana råd m.m.

I avsnitt 7.6 beskrivs en rad uppgifter i fråga om uppföljning och utvärdering av tandvården som bör ankomma på vissa myndigheter och andra institutioner. Arbetsuppgifterna tar närmast sikte på en kontinuerlig uppföljning av olika förhållanden inom tandvården. Häri ligger naturligtvis också att uppmärksamma effekterna av systemförändringen inom det

ekonomiska stödet till tandvård. I samband med själva genomförandet av reformen finns det emellertid anledning att särskilt uppmärksamma vissa frågor.

Övergången till ett system med bastandvård bör följas upp av främst försäkringsadministrationen men också av Socialstyrelsen.

Landstingens uppsökande verksamhet och det därav följande erbjudandet av nödvändig tandvård kommer att till stor del bedrivas på institutioner och boendeformer som drivs i kommunal regi eller i övrigt avse enskilda människor som omfattas av kommunal vård eller omsorg. Som utredningen framhållit är det landstinget som bör ta initiativ till samarbete med kommunerna inom området. De överenskommelser som träffas om det praktiska genomförandet kan - och bör - komma att variera lokalt. Regeringen räknar dock med Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet ger den ledning som kan behövas.

Ett viktigt inslag i förändringen av tandvårdens ersättningssystem är att regleringen av vårdgivarnas arvoden upphör. Såväl övergången till som den fortsatta tillämpningen av den fria prissättningen bör enligt regeringens mening noga följas av Riksförsäkringsverket, Konsumentverket som Konkurrensverket.

## 8.2 Administrativa konsekvenser

**Regeringens bedömning:** Ersättningssystemet för bastandvård, liksom för det allmänna skyddet mot höga tandvårdskostnader och för den ytterligare tandvård som kan ges patienter som är långvarigt sjuka eller funktionshindrade, bör administreras inom den allmänna försäkringen och under former liknande dem som nu gäller.

Det administrativa grunddokumentet är tandvårdsräkningen. Den kommer i det nya systemet att få en något förändrad utformning och bör upprättas för alla ersättningsberättigade åtgärder. För patientens del skall emellertid även annan vård tas upp än den som ersätts av försäkringen. Vidare bör patienten i någon form få information om vilket tandtekniskt material som använts och vilken tandteknisk kostnad som ingår i det arvode vårdgivaren debiterat.

Förhandsprövning bör bli obligatorisk i fråga om förhöjd ersättning till patienter som är långvarigt sjuka eller funktionshindrade och som har väsentligt ökat tandvårdsbehov samt för mer omfattade behandlingar inom ramen för det särskilda högkostnadsskyddet.

Landstingen bör överta administrationen av uppsökande verksamhet vid sjukhem m.m., av nödvändig tandvård för de uppsökta samt av sådan tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid.

De patienter vilkas tandvård landstinget administrerar bör få sina patientavgifter inordnade i det avgiftssystem som gäller för den öppna hälso- och sjukvården. Patientavgifterna för tandvård bör således inräknas i det högkostnadsskydd som inträder vid en sammanlagd kostnad på för närvarande högst 900 kronor för en tolv månadersperiod.

**Utredningens förslag:** Överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** *Riksförsäkringsverket* delar inte utredningens uppfattning att försäkringskassan skall tillhandahålla blankett för tecknande av abonnemang. *Dentallaboratoriernas Riksförening och Tandteknikerförbundet* anser att en bestämmelse bör införas i regelsystemet som ålägger vårdgivaren att en skyldighet att lämna dokumentation till patienten om det tandtekniska arbetets materialinnehåll och pris inte minst ur garanti- och allergisynpunkt.

**Skälen för regeringens bedömning:** Administrationen av bastandvård, det allmänna skyddet mot höga kostnader samt av viss ytterligare tandvård för långtidssjuka eller funktionshindrade patienter, kommer även i fortsättningen att ombesörjas av Riksförsäkringsverket och försäkringskassorna. Den kommer att i huvudsak ske under samma former som inom den nuvarande tandvårdsförsäkringen.

Grunddokumentet för att erhålla ersättning från försäkringen är enligt utredningsförslaget också i det nya systemet en tandvårdsräkning som vårdgivaren upprättar. Tandvårdsräkningen kommer dock i sin närmare utformning att förete vissa smärre olikheter jämfört med den nuvarande.

För bastandvård och för tandvård åt långtidssjuka eller funktionshindrade skall tandvårdsräkningen uppta alla utförda åtgärder eftersom ingen självrisk avses tillämpas där. För respektive åtgärd anges det ersättningsbelopp som åtgärden berättigar till enligt taxan. Däremot behöver enligt utredningen inte vårdgivararvodet anges per åtgärd, eftersom det inte är ersättningsgrundande. Däremot bör det totala arvodet för de ersättningsberättigade åtgärderna tas upp på räkningen. Utredningen motiverar detta med behovet av uppföljning av den nya systemet med bastandvård. Information måste finnas om behandlingspanoramata i olika åldersgrupper och patienternas kostnader för denna tandvård. Också uppföljningen av den fria prissättningens konsekvenser motiverar att uppgift om vårdgivararvodet lämnas.

Genom att tandvårdsersättning lämnas per åtgärd bortfaller också problemet med betalningsmässig samordning mellan flera vårdgivare som behandlar samma patient.

Tandvårdsräkningen bör enligt utredningen kunna användas även för abonnemang på bastandvård även om ersättning i dessa fall rekvideras och utbetalas så snart abonnemanget tecknats. Vidare föreslår utredningen att tandvårdsräkningens patientdel utformas så att där även anges vilken annan tandvård som utförts utöver den som berättigar till ersättning från försäkringen, samt det totala arvodet för all tandvård patienten fått. Dessa uppgifter är enligt utredningen angelägna från konsument-synpunkt och bör således finnas på patientens del, men inte i ingå i de uppgifter som sänds till försäkringskassan. Patientdelen bör emellertid ingå i det blankettset för tandvårdsräkning som utformas av försäkringsadministrationen.

Regeringen instämmer i huvudsak i utredningens förslag vad gäller behovet av tandvårdsräkning och dess principiella utformning. Det framstår dock som enklare om blanketten för tandvårdsräkningen har en enhetlig utformning gentemot både försäkringskassa och patient. Det blir en uppgift för Riksförsäkringsverket att utforma tandvårdsräkningen liksom att

utforma ett standardformulär för abonnemangstandvård. Regeringen vill dock särskilt understryka följande.

Det är naturligt att tandvårdsräkning kan användas även för abonnemang på bastandvård, eftersom de olika fastställda abonnemangstyperna finns medtagna som åtgärder i taxan. Formuläret till patientdelen bör därvid utformas så att det av försäkringen fastställda innehållet i bastandvården klart framgår - liksom vad som inte ingår - och så att hänvisning görs till den särskilda plan för antal undersökningar, förebyggande behandlingar och egenvårdsprogram som överenskoms i varje enskilt fall.

I fråga om patientens behov av information är det, utöver vad utredningen berört, viktigt att patienten får upplysning också om vilka material som placeras i dennes mun. Detta gäller material för rotfyllning och fyllning av kaviteter efter kariesangrepp, tandtekniskt material i kronor, broar och proteser, implantat m.m.

Informationen kan ges på olika sätt. Ett kan vara att uppgifterna summariskt införs i tandvårdsräkningen. Ett annat sätt är att kopia av den tandtekniska fakturan bifogas eller kan tillhandahållas, i de fall inte arbetet utförts hos vårdgivaren. Ett tredje sätt är att tillhandahålla utdrag ur patientens journal, varvid dock inte kostnaden framgår. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 1996:18) om dokumentation av patientbehandling inom tandvården m.m. anges att uppgifter skall finnas i journalen om använda material, avseende såväl typ som fabrikat, som temporärt eller permanent placeras i munhålan. Uppgifterna skall möjliggöra identifiering av det aktuella materialet. Med hänvisning till vad som nyss sagts bör uppgifterna lämnas oavsett om patienten är berättigad till försäkringsersättning eller inte. Regeringen avser att tandvårdstaxan inta en föreskrift om att den prislista som skall finnas tillgänglig i väntrummet också skall innehålla information om patientens rätt att få ett skriftligt intyg med uppgift om vilka material som placerats i munnen.

Det bör här också erinras om den merkostnadsprincip som finns redan i nuvarande taxa och som avses finnas kvar, anpassad till den nya taxans utformning. En patient som endast är berättigad till bastandvård bör kunna välja att i stället för en fyllning få ett inlägg eller en krona. Patienten skall då visserligen betala det arvode vårdgivaren betingar sig för inlägget eller kronan men får samtidigt tillgodoräkna sig den försäkringsersättning som fyllningen berättigar till. Kostnaden för inlägget eller kronan bör då inte medräknas i det karensbelopp som enligt förslaget i avsnitt 6.4 skall gälla för protetisk behandling och tandreglering.

Regeringen vill emellertid också erinra om att patientens information inte enbart skall ges efter det att behandlingen utförts och debiterats. Enligt 4 § tandvårdslagen skall patienten i förväg informeras om kostnaderna. Ytterligare krav ställs för övrigt i den föreslagna nya lydelsen av denna paragraf. Detta framgår av lagförslaget och kommentarerna i avsnitt 11.2.

Utredningen påpekar att dess förslag om tandvårdsräkning innebär en ökning av det antal tandvårdsräkningar som en privat vårdgivare, utöver den månadsvisa samlingsräkningen, skall sända in till försäkringskassan. Folk tandvården behöver enligt nuvarande bestämmelser endast sända in samlingsräkning. Utredningen finner det inte ändamålsenligt att utöka

folktandvårdens skyldigheter med att också sända in tandvårdsräkningarna till kassan. I stället bör enligt utredningen arbetet inriktas på ökad användning av datorbaserad överföring av de uppgifter som finns på tandvårdsräkningarna. Regeringen delar utredningens uppfattning.

Utredningen påpekar att någon förhandsprövningsskyldighet inte behövs för bastandvård i allmänhet. Regeringen instämmer i bedömningen men vill erinra om bl.a. patientens rätt att begära förhandsprövning i omfattande eller svårbedömda fall.

Förhandsprövning behövs däremot, som utredningen föreslagit, för bedömning av patientens rätt till förhöjd ersättning från försäkringen vid ökat tandvårdsbehov till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder. Förhandsprövning skall också företas vid mer omfattande protetiska behandlingar enligt nu gällande regler.

Landstingen skall enligt vad som föreslagits i avsnitt 6.2 överta ansvaret för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för dem som bor på sjukhem m.m. samt för tandvård som behövs som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid. Landstingen skall också överta administrationen av denna tandvård.

För den tandvård som landstingen därmed avses ansvara för är upphandlings- och avtalsfrågor av stor betydelse. De har behandlats i avsnitten 6.2.1 och 6.2.2. Förutom upphandlings- och avtalsfrågorna som sådana berör utredningen också hur det administrativa arbetet med de nya tandvårdsuppgifterna skall kunna inpassas i de olika landstingens organisation, beroende på bl.a. verksamhetens omfattning, tillgången till kompetens, tillämpning av beställarfunktion o.dyl. Utredningen uttalar särskilt att folktandvården inte bör ha dessa administrativa uppgifter, eftersom ett sådant arrangemang skulle kunna äventyra konkurrensneutraliteten mellan offentliga och privata vårdgivare. Regeringen instämmer i den bedömningen.

Patientavgifterna i den tandvård som nu berörts avses enligt förslaget inordnas i den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Det innebär att avgifterna för tandvård fastställs av landstingen och skall omfattas av det högkostnadsskydd som stadgas i hälso- och sjukvårdslagen och som innebär avgiftsfrihet över ett tak om högst 900 kronor per tolv månadersperiod. Detta tak kan således nås av en patient som har enbart tandvårds-kostnader eller enbart sjukvårdskostnader eller bådadera. Det sistnämnda torde vara fallet för många av de patienter som berörs av det nya stödet till tandvård.

Som utredningen påpekar torde förhandsprövning i de flesta fall inte behövas för tandvård inom hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Endast vid vård som är mer omfattande och t.ex. innefattar protetiska åtgärder bör förhandsprövning vara nödvändig. Normalt bör vårdgivaren själv kunna bedöma om vården skall ges inom sjukvårdens avgiftssystem. Som utredningen också påpekat är det landstingen som utfärdar de föreskrifter som behövs härom.

Som redan framgått av avsnitt 8.1 avser regeringen ta upp förhandlingar med landstingens företrädare vad gäller frågor som sammanhänger med övertagandet av de nämnda uppgifterna inom tandvården.

**Regeringens bedömning:** Den totala årliga kostnadsramen uppgår till högst 1 900 miljoner kronor. De offentliga kostnaderna för vuxentandvård kommer i fortsättningen att fördelas mellan den allmänna försäkringen och landstingen. Årskostnaden för den tandvård som alltjämt avses ersättas genom den allmänna försäkringen beräknas uppgå till ca 1 475 miljoner kronor. Kostnaden för den vård som förs in under landstingens administration beräknas uppgå till ca 405 miljoner kronor. Resterande del av utgiftsramen på 20 miljoner kronor avses disponeras med 7 miljoner kronor för stöd till kompetenscentra , med 8 miljoner kronor till nationellt stöd till vårdgivares effektiviseringsarbete samt med 5 miljoner kronor till informations- och genomförandeinsatser.

**Utredningens förslag:** Medel för skydd mot höga kostnader vid protetik m.m. ingick inte i utredningens ekonomiska ram. I övrigt överensstämmer förslaget med regeringens bedömning.

**Remissinstanserna:** *Landstingsförbundet* och *flertalet landsting* framhåller att en förutsättning för att en betydande del av tandvårdsstödet förs över till landstingen är att finansieringsprincipen tillämpas, att uppföljning och utvärdering sker samt att en slutlig ekonomisk reglering mellan staten och landstingen sker i efterhand. Det framhålls också att de ökade kostnader för administration som överförandet innebär måste beaktas vid beräkningen av det belopp som skall föras över till landstingen. Några *landsting* och *Nordisk Förening för Handikapptandvård* understryker att det är mycket angeläget att de medel som landstingen erhåller för åtagandet verkligen avsätts för avsedda ändamål.

**Skälen för regeringens bedömning:** De förändringar av tandvårdens ersättningssystem som föreslås innebär att ersättningsreglerna kommer att avse patientkategorier enligt en ny struktur. Det innebär att vissa svårigheter förelegat för utredningen att få ett enhetligt underlag för sina kostnadsberäkningar från befintlig statistik. Utredningen har härvid också haft att beakta att en viss överlappning uppstår bl.a. genom att en del av de kostnader, som i dag motsvarar bastandvård, kommer att hänföras till annan del i det nya systemet än bastandvård.

Trots dessa svårigheter har utredningen enligt regeringens mening givit en så god uppfattning om kostnaderna som det över huvud taget är möjligt. Det gäller såväl vad den i direktiven angivna kostnadsramen om 1 400 miljoner kronor räcker till som hur denna ram i stort avses fördelas mellan olika patientgrupper och mellan staten och landstingen. Någon ytterligare information än den som använts i betänkandet finns inte tillgänglig till i den nuvarande försäkringsstatistiken. Inte heller finns det möjlighet att nu beräkna kostnadseffekterna av framtida förändringar i benägenheten att söka vård.

Kostnaden för *bastandvård åt alla* beräknas till 675 miljoner kronor per år inom försäkringen. Hänsyn har därvid tagits till att vissa patienter kommer att få motsvarande vård inom hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Det gäller dels personer som får nödvändig tandvård på sjukhem

m.m., dels personer som får viss tandvård utförd i samband med sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Kostnaderna för dessa två kategorier återfinns därför i beräkningarna för den tandvård som landstingen skall administrera.

Utredningen lämnade inte något konkret förslag om ett *skydd mot höga tandvårdskostnader*. Det förslag som nu redovisats i avsnitt 6.4 har av regeringen beräknats kosta försäkringen ca 500 miljoner kronor per år. Vid beräkningen har hänsyn tagits till att viss överlappning av höga kostnader sker i förhållande till de särskilda patientgrupperna.

De personer som har väsentligt ökade tandvårdsbehov till följd av *långvarig sjukdom eller funktionshinder* skall få bastandvård med förhöjd ersättning. De skall också få sin övriga tandvård subventionerad inom försäkringen. Merkostnaden för försäkringen för denna grupp beräknas till 300 miljoner kronor.

*Uppsökande verksamhet* åt boende på sjukhem m.m. skall administreras av landstingen i samverkan med kommunerna och vara kostnadsfri för den enskilde. Denna verksamhet beräknas omfatta ca 200 000 personer och kosta totalt ca 80 miljoner kronor. De som uppsökts skall också erbjudas *nödvändig tandvård* och för den vården betala patientavgift enligt öppenvårdens regler. Det kan gälla sådan tandvård som redan idag ges dessa patienter inom försäkringen och som beräkningsmässigt motsvarar bastandvården. Det kan också vara liknande vårdbehov som för närvarande inte tillgodoses. Härtill kommer vissa behov av protetisk behandling. Såväl behovet av vård som utnyttjande av erbjudandet kan givetvis komma att variera. Räknat på hela patientgruppen har kostnaden bedömts till i medeltal 900 kronor per person, dvs. totalt 180 miljoner kronor. Sammantaget beräknas uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård kosta ca 260 miljoner kronor.

Patientavgift enligt den öppna hälso- och sjukvårdens regler skall tillämpas också för den som i samband med en *viss sjukdomsbehandling* eller rehabilitering får tandvård som är ett led i behandlingen. Kostnaden beräknas uppgå till sammanlagt 225 miljoner kronor. Hänsyn har därvid tagits till att viss sådan tandvård kommer att ingå i den nödvändiga tandvården vid sjukhem m.m. och således ingår i beräkningen för den gruppen. Vidare har det som tidigare nämnts beaktats att vissa åtgärder som i dagens försäkringskostnader motsvarar bastandvård nu kommer att ersättas enligt öppenvårdens regler. Det gäller bl.a. byten av fyllningsmaterial som görs i rehabiliteringssyfte.

Totalt sett kommer således försäkringskostnader om 485 miljoner kronor (260+225) att ersättas enligt hälso- och sjukvårdens avgiftsregler och härigenom avlyftas från den allmänna försäkringen. Som utredningen pekar på är beloppet sannolikt något för högt. Landstingens patientavgifter och -intäkter har förutsatts bli låga och har därför inte beaktats i beräkningen. Däremot tar utredningen upp en intäkt för försäkringen om ca 80 miljoner kronor som en konsekvens av förändringen av nuvarande ersättning för oralkirurgi.

Regeringen vill i detta sammanhang med instämmande understryka det som remissinstanserna anfört i fråga om det angelägna i att de medel som förs över till landstingen för de nya åtandena verkligen öronmärks för avsedda ändamål samt att finansieringsprincipen skall tillämpas. Detta

sker genom att särskild ersättning lämnas till landstingen för dessa åtgärder under längst tre år, varefter medlen härför avses bli överförda till det generella statsbidraget till landstingen. De närmare villkoren för detta avses bli fastlagda i det avtal som skall träffas mellan staten och företrädare för landstingen

Vidare ingår i kostnaderna en post om 7 miljoner kronor avseende kompetenscentra (se avsnitt 7.3) en post om 8 miljoner för nationellt stöd till vårdgivares effektiviseringsarbete (avsnitt 7.6) samt en reservpost på 5 miljoner kronor som ett bidrag till kostnaderna för information och genomförande (avsnitt 8.1).

Avslutningsvis vill regeringen med hänvisning till att utgiftsramen inte får överskridas ännu en gång framhålla att Riksförsäkringsverket kommer att få i uppdrag att inför budgetpropositionen för år 1999 göra en slutlig beräkning av kostnaderna för det reformerade ersättningssystemet. I det fall kostnaderna för detta bedöms överskrida avsatta medel kommer regeringen att vidta kostnadsbegränsande åtgärder.

## 9 Framtida kompetens för tandhygienister m.m.

### 9.1 Uppgifter och kompetens för tandhygienister

Socialstyrelsen har haft regeringens uppdrag att efter samråd med berörda myndigheter, organisationer m.m. utreda vissa frågor rörande tandhygienisternas framtida uppgifter och kompetens för dessa uppgifter. Socialstyrelsen har redovisat sina förslag i rapporten Tandhygienisternas framtida uppgifter och kompetens. Rapporten har remissbehandlats.

Utredningen gör den sammanfattande bedömningen att den framtida vårdefterfrågan och det framtida vårdbehovet kommer att vara sådant att det kommer att finnas ett stort behov av insatser från tandhygienister. Detta blir särskilt aktuellt – anser utredningen – då antalet tandläkare kommer att minska påtagligt framöver. Behovet av tand- och munhälsokontroller bedöms enligt utredningen komma att öka för olika grupper av den vuxna befolkningen, särskilt för unga vuxna och för de äldre som vistas i särskilt boende. Sådana kontroller bör kunna utföras av tandhygienister.

Utredningens förslag när det gäller bl.a. satsningen på folkhälsoarbete, omvårdnadsaspekter, uppföljning och utvärdering av tandvårdsverksamheten innebär en viss utvidgning av tandhygienisternas kompetensområde och arbetsuppgifter i förhållande till nuläget.

Det åligger Socialstyrelsen att utfärda kompetensbeskrivningar för olika yrkesgrupper. Socialstyrelsen har under år 1996 utfärdat kompetensbeskrivningar för sjuksköterskor och barnmorskor. Socialstyrelsen anser att motsvarande kompetensbeskrivning bör utfärdas för tandhygienister.

Tandhygienistprogrammet är ett utbildningsprogram inom högskola eller vårdhögskola om 80 poäng (2 år). Utbildning av tandhygienister sker för närvarande på 11 orter i Sverige. Tre orter, Falun, Göteborg och

Umeå, har vidareutbildnings- och påbyggnadsprogram för tandhygienister. Vårdhögskolan i Falun har inrättat kurser som leder till kandidat- och magisterexamen i Vårdvetenskap med inriktning mot munhälsa. Kurserna ges i samarbete med Centrum för Omvårdnadsvetenskap, Uppsala universitet och ger möjlighet för tandhygienister att nå en akademisk examen inom sitt ämnesområde. I Göteborg anordnas fördjupningskurs i Oral hälsovetenskap med inriktning på Odontologisk profylaktik och i Umeå en påbyggnadsutbildning i Munhälsovetenskap, Medicinsk naturvetenskap, Beteende- och samhällsvetenskap.

Utredningen anser att tandhygienistutbildningen i framtiden bör vara treårig.

Utredningens förslag bygger på grundtanken att det på sikt endast skall finnas två personalkategorier inom tandvården som behandlar patienter, legitimerade tandläkare och legitimerade tandhygienister. Utredningen anser att det även i framtidens tandvård finns behov för tandsköterskor med gymnasieutbildning och med arbetsuppgifter som inte innefattar arbete direkt på patienten. Utredningen anser att de många tandsköterskor som finns kvar i verksamheten bör stimuleras till kompetensutveckling, som bör sikta till legitimation som tandhygienist.

Utredningen anser att förslagen på sikt bör medföra minskade tandvårdskostnader.

Samtliga remissinstanser är i huvudsak positiva till utredningens förslag till kompetensområde för tandhygienister. När det gäller den föreslagna förlängningen av utbildningen till tre år delar inte *Högskoleverket* utredningens uppfattning och bedömer det som troligt att förbättringar avseende lärarkompetens och utbildningens organisation kan göras inom den befintliga utbildningens längd. Samtliga övriga remissinstanser, bl.a. *samtliga tandvårdshuvudmän, de odontologiska fakulteterna och vårdhögskolorna* är positiva till en sammanlagd utbildningstid på tre år och anser att en sådan förlängning är nödvändig med hänsyn till de förändrade arbetsuppgifterna.

Enligt regeringens mening innebär förslagen till förändrat ersättningsystem att en ökad vikt kommer att läggas vid patientgrupper som hittills varit eftersatta inom tandvården. Det gäller bl.a. personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har väsentligt ökat tandvårdsbehov. Det gäller även personer boende i särskilda boendeformer för service och omvårdnad av äldre och funktionshindrade. För dessa patientgrupper kan väsentliga vårdinsatser utföras av tandhygienister. Vidare är hälsoläget i yngre åldersgrupper betydligt förbättrat, vilket leder fram till behov av andra personalkategorier för en samhällseffektiv vård.

Antalet tandläkare kommer till följd av pensionsavgångar att minska väsentligt framöver. Dessutom finner många nytexaminerade tandläkare arbete utomlands. Minskningen i förhållande till nuläget har bedömts kunna bli så stor som en fjärdedel av tandläkarkåren i början av 2000-talet. För att kunna erbjuda alla patienter en tillfredsställande vård måste förberedelser för detta påbörjas nu när det gäller utbildningen av olika personalkategorier.

Hälsöhögskolan i Stockholm har anmält att den kommer att medverka till att en treårig försöksutbildning snabbt sätts igång inom nuvarande

Hälsöhögskolan, som från den 1 januari 1998 gått samman med Karolinska institutet. Prop. 1997/98:112

Regeringen utgår från att de alternativa utbildningar som genomförs kommer att successivt utvärderas. Regeringen tar inte nu ställning till utbildningens innehåll, längd eller förläggning. Regeringen avser att ge Högskoleverket i uppdrag att bedöma de utbildningsmässiga och ekonomiska konsekvenserna av Socialstyrelsens förslag till kompetensområde för tandhygienister.

## 9.2 Behovet av särskild kompetens vid tandvård för vuxna med funktionsnedsättningar och vissa sjukdomar

Odontologiska fakulteten vid Karolinska institutet har på regeringens uppdrag genomfört en utredning av behovet av särskild odontologisk och annan kunskap vid tandvård för vuxna med funktionsnedsättningar och vissa sjukdomar. Utredningsrapporten har remissbehandlats.

I utredningen konstateras att behovet av en odontologisk kompetens som inte ryms inom de nuvarande specialiteterna har blivit allt mer uppenbar då utvecklingen inom den medicinska vården går mot att allt mer komplicerade sjukdomstillstånd kan behandlas och att långtidsöverlevnaden ökar. Dessutom ökar andelen mycket gamla och sjuka i befolkningen. Den speciella kompetens som en sjukhustandläkare behöver är enligt utredningen betingat av samspelet mellan patientens förändrade allmäntillstånd eller handikapp och odontologiska vårdbehov.

Ett viktigt skäl till att en särskild formell kompetens inom ämnesområdet är nödvändig är enligt utredningen kvalitetssäkringen. Patient-säkerheten är viktig för många av de patienter som kommer i kontakt med sjukhustandvården eftersom de ofta inte själva är i stånd att bedöma kvaliteten på den vård som ges.

Behovet av en särskild kompetens inom ämnesområdet stöds enligt utredningen av uttalanden från Tjänstetandläkar- och Privattandläkarföreningarna samt av de odontologiska specialiteternas ämnesföreningar. Av samma uppfattning är de odontologiska fakulteterna i Göteborg, Stockholm och Umeå.

Ämnesområdet sjukhustandvård bör enligt utredningen omfatta odontologiskt omhändertagande av vuxna där det finns ett behandlingsbehov som är relaterat till allmänsjukdomar, psykisk ohälsa eller handikapp. Fördjupade odontologiska kunskaper och färdigheter måste integreras med medicinska, psykologiska och sociala kunskaper om handikappade och sjuka patienter. Medicinska riskpatienter måste få ett adekvat odontologiskt omhändertagande. Patientens odontologiska omhändertagande måste kunna anpassas till funktionshinder av medicinsk, fysisk, psykisk och social karaktär.

När det gäller avgränsningen mot befintliga odontologiska specialiteter framgår av synpunkter från de kliniska specialiteternas ämnesföreningar enligt utredningen att avgränsningen mot de nuvarande specialiteterna inte synes innebära några nämnvärda oklarheter.

*Landstingen* anser i allmänhet i sina remissvar att det är angeläget att personalen besitter erforderlig kompetens. Samtidigt anses att kompetenskrav och utbildningar inte bör vara statligt reglerade.

*Sveriges Tandläkarförbund* delar utredningens uppfattning att det finns ett klart behov av kompetenshöjande utbildning och en särskild kompetens.

*De Handikappades Riksförbund, Svensk sjukhustandläkarförening och Nordisk Förening för Handikapptandvård* anser att en speciell kompetens för sjukhustandläkare i form av en specialitet är absolut nödvändig.

Regeringen bedömer att förutsättningarna för att införa nationella krav när det gäller kompetensen för att behandla patienter med långvariga sjukdomar eller funktionshinder förändras genom förslagen till förändrat ersättningssystem. En tyngdpunkt kommer i framtiden att ligga på tandvården åt dessa grupper. Vården skall kunna utföras av vårdgivare både inom folktandvården och inom den privata sektorn. Kvalitetskraven på kompetensen måste säkras genom gemensamma bestämmelser som gäller alla vårdgivare.

Regeringen beslutar om vilka odontologiska specialiteter som skall finnas. Regeringen avser att ge Socialstyrelsen i uppdrag att inkomma med förslag till hur en målbeskrivning för en specialitet inom området bör utformas.

## 10 Avgifter inom barn- och ungdomstandvården

**Regeringens förslag:** Landstingen skall ges rätt att ta ut avgift för kostnader för tandvård som ges barn och ungdomar om vården inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

**Skälen för regeringens förslag:** Det har från bl.a. Sveriges Tandvårdschefs-förening och primärvården i Ale inkommit framställningar om att regeringen prövar frågan om vilka möjligheter en huvudman har att ta ut avgift för viss typ av barn- och ungdomstandvård som ligger utanför åtagandeområdet. Det har även väckts motioner i riksdagen om en rätt för folktandvården att utföra viss barn- och ungdomstandvård mot avgift. Det har t.ex. ansetts att det bör vara möjligt för folktandvården att ta ut avgifter vid önskemål om högre kvalitet än skadan kräver, vid ersättning av bortslarvad tandställning samt för tandskydd vid idrottsutövning. Socialutskottet har konstaterat med hänvisning till regeringens då aviserade proposition om tandvårdsförsäkringen att riksdagen inte bör föregripa regeringens kommande behandling av frågan (bet. 1994/95:SoU20).

Enligt 7 § tandvårdslagen skall landstingen svara för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar till och med det år de fyller 19 år. Tandvården, som innefattar även specialisttandvård, skall vara avgiftsfri för patienten.

Regeringen anser att barn- och ungdomstandvården även i fortsättningen skall vara avgiftsfri för patienterna. Landstingen har emellertid i

dag en ekonomisk situation som kräver ingående prioriteringar. Det är därför inte alltid möjligt att erbjuda en maximal ambitionsnivå inom alla vårdområden. Ett exempel på detta inom barn- och ungdomstandvården är mindre s.k. bettfel. Endast de bettfel som medför funktionsstörningar, risk för skador på tänder och omgivande vävnader eller innebär allvarlig psykisk belastning för den enskilde behandlas inom folktandvården. Denna vård är omfattande och berör mer än en fjärdedel av alla barn och ungdomar.

För vuxna patienter gäller att ersättning från tandvårdsförsäkringen lämnas endast för behandling som är nödvändig för att uppnå ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Någon ändring av denna princip är inte aktuell i regeringens förslag till ändrad tandvårdsförsäkring och möjlighet skall finnas för patienten att genom att svara för den ytterligare kostnaden kunna få behandlingsåtgärder utförda som ligger utöver försäkringens normala standard.

Enligt tandvårdslagen får landstingen sluta avtal med annan om att utföra landstingens uppgifter inom barn- och ungdomstandvården med undantag för sådana uppgifter som innebär myndighetsutövning. Om barn- och ungdomstandvård utförs av en privat vårdgivare finns inget hinder för denne att mot ersättning utföra vård som ligger utöver den vård som ersätts av landstingen. En sådan möjlighet existerar inte för landstingens egen folktandvård. Föräldrar och barn som önskar en högre standard på tandvården än som är odontologiskt nödvändigt har svårt att förstå varför de måste hänvisas till en annan tandläkare utanför folktandvården.

Mot denna bakgrund föreslår regeringen att landstingen skall ges möjlighet att även för barn- och ungdomar kunna ta ersättning för kostnaden för behandling som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

Avgiftsmöjligheten bör även omfatta upprepat slarv från patienten när det gäller borttappade eller förstörda tandregleringsapparater, men den bör utnyttjas varsamt och med hänsyn till den enskildes situation. När det gäller de speciella tandskydden vid idrottsutövning har i en tidigare proposition framhållits att det starkt kan ifrågasättas om det finns en obegränsad skyldighet för landstingen att tillhandahålla sådana skydd.

Förslaget föranleder tillägg i tandvårdslagen (1985:125).

## 11.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring

**2 kap.****3 §**

I paragrafen finns den grundläggande bestämmelsen om ersättning för tandvård från den allmänna försäkringen. Liksom hittills skall sådan ersättning enligt *första stycket* kunna lämnas om tandvården ges vid folk-tandvårdsklinik, odontologisk fakultet eller annars genom det allmännas försorg.

För den privata tandvårdens del blir det däremot en del förändringar. Ersättning skall fortsättningsvis kunna lämnas till enskild näringsidkare, ett bolag eller annan juridisk person som bedriver tandvårdsverksamhet. Med näringsidkare avses, liksom i andra sammanhang, envar som yrkesmässigt bedriver verksamhet av ekonomiskt slag. En näringsidkare kan vara såväl juridisk som fysisk person. I förtydligande syfte anges detta uttryckligen i lagen. Som ett krav för att få ersättning skall alltjämt gälla att vårdgivaren är uppförd på en särskild förteckning hos den allmänna försäkringskassan. Förutsättningarna för att bli uppförd på förteckningen ändras däremot (jfr andra stycket och 3 a §).

I det nya *andra stycket* finns krav på vårdgivarna för att de skall bli uppförda på försäkringskassans förteckning. En vårdgivare skall alltid vara legitimerad tandläkare eller legitimerad tandhygienist eller ha tillgång till sådan personal. Denna personal kan vara anställd eller anlitas av vårdgivaren på annat sätt. Om åtgärder som kan berättiga till tandvårdsersättning utförs av andra personalgrupper, t.ex. av en tandsköterska, sker detta alltid på uppdrag av eller genom delegation från tandläkaren eller tandhygienisten.

Som ett nytt krav på vårdgivaren för att bli uppförd på förteckningen föreskrivs i samma stycke att denne skall ha F-skattsedel. Bestämmelser om utfärdande och återkallelse av F-skattsedel finns i skattebetalningslagen (1997:483). Genom detta krav uppnås vissa garantier för att vårdgivaren är seriös.

Föreskriften om att regeringen på förslag av Riksförsäkringsverket skall fastställa grunderna för ersättningen för högst två år i sänder tas bort. Ändringar bör ske när det är befogat och inte enligt visst i förväg angivet intervall. Tvåårsregeln har framstått som föråldrad även med hänsyn till att den inte ansetts hindra regeringen från att helt enkelt förlänga taxans giltighetstid när en föregående tvåårsperiod gått ut. I den nya lydelsen tas också bestämmelsen om att Riksförsäkringsverket till regeringen skall föreslå grunderna för tandvårdsersättningen bort. Regeringen skall i stället utan hörande av Riksförsäkringsverket kunna fastställa grunderna för tandvårdsersättningen.

Som ett nytt krav för att ersättning från den allmänna försäkringen skall lämnas gäller vidare att den legitimerade personalen inte får ha fyllt 65 år vid vårdtillfället.

**3 a §**

Paragrafens lydelse överensstämmer med den som, efter förslag från lagrådet, föreslogs i regeringens proposition 1995/96:119. I paragrafen finns en anmälningsskyldighet för vårdgivare som avser att ge tandvård i enskild verksamhet mot ersättning från den allmänna försäkringen. Anmälan skall vara skriftlig och göras till den försäkringskassa inom vars område verksamheten skall bedrivas.

Den tidigare etableringsbegränsningen har ersatts av anmälningsförfarandet. Enligt bestämmelsen skall försäkringskassan föra upp vårdgivaren på sin förteckning om kraven i 3 § andra stycket är uppfyllda, dvs. att det finns i vart fall en legitimerad tandläkare eller en legitimerad tandhygienist samt att vårdgivaren har F-skattsedel. Den prövning som försäkringskassan har att göra är i huvudsak av formell natur och bör, om ansökan innehåller fullständiga upplysningar, kunna ske utan någon större tidsutdräkt. Något krav på vårdgivaren att göra anmälan viss tid innan verksamheten påbörjas har därför inte ställts upp.

**3 b §**

I paragrafen föreskrivs en skyldighet för vårdgivare att i förväg anmäla förhållanden som medför att vårdgivaren skall föras av från förteckningen. I detta fall skall anmälan göras tre månader i förväg. Till skillnad från hittillsvarande förhållanden skall en vårdgivare inte föras av från förteckningen vid flyttning av verksamheten till en annan kommun. Anmälningsskyldigheten har i stället knutits till det förhållandet att vårdgivaren flyttar sin verksamhet till en annan försäkringskassas område.

I *andra stycket* finns bestämmelser om i vilka situationer försäkringskassan skall föra av vårdgivaren från sin förteckning även utan att nyss nämnda anmälan har gjorts. Detta skall ske om kassan får vetskap om att vårdgivaren har upphört med sin verksamhet eller flyttat denna från försäkringskassans område. Det skall också ske om de krav som anges i 3 § andra stycket inte längre är uppfyllda. Detta gäller bl.a. om det inte längre finns någon legitimerad tandläkare eller tandhygienist hos vårdgivaren eller vårdgivaren inte på annat sätt har tillgång till sådan personal. Vårdgivaren skall slutligen föras av från förteckningen om verksamheten inte har inletts senast sex månader efter anmälan om att så skulle ske. Om en vårdgivare i en sådan situation ändå avser att senare påbörja verksamheten måste således en ny anmälan till försäkringskassan göras.

**20 kap.****4 a §**

Paragrafens lydelse överensstämmer med det förslag, som regeringen, efter inrådan av lagrådet presenterade i proposition 1995/96:119.

I punkt 11 i övergångsbestämmelserna till lagen (1973:456) om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring har hittills funnits en straffbestämmelse som avser uppsåtligt brott mot de bestämmelser som gäller för till försäkringskassan ansluten tandläkare i de fall gärningen annars inte är belagd med straff enligt lag eller annan författning. I 23 § första stycket tandvårdstaxan (1973:638) föreskrivs att den som förts upp på en förteckning hos försäkringskassan och bryter mot föreskrifterna i taxan kan föras av från förteckningen av kassan. I andra stycket samma para-

graf anges att föreskrifterna om återbetalningsskyldighet i 20 kap. 4 § lagen om allmän försäkring skall tillämpas på ersättningar som försäkringskassan betalar ut enligt taxan.

Sanktionerna mot vårdgivare, som är anslutna till försäkringen och som inte följer de bestämmelser som gäller för rätt till ersättning, bör anpassas till den förändring av anslutningen som föreslås. Vidare bör sanktionsreglerna föras samman och anges i lagen. Det nu gällande bötesstraffet tas därvid bort. Om vårdgivaren skulle göra sig skyldig till bedrägeri eller annat brottsligt beteende bör i stället allmänna straffrättsliga regler tillämpas. Det saknas därför anledning att ha kvar den särskilda straffbestämmelsen. Det medicinska yrkesansvar och de skyldigheter som följer av andra författningar förändras inte genom den föreslagna lagändringen.

De regler som nu föreslås har sin motsvarighet i 19 § lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning och 19 § lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik. I detta förslag har dock regleringen fått en något annorlunda utformning. Det är i princip vårdgivaren som skall visa att det finns grund för ett ersättningsanspråk. Om det visar sig att en vårdgivare inte har utfört en åtgärd, för vilken ersättning begärs, får försäkringskassan givetvis vägra att betala. Detta behöver inte anges i lagen. Detsamma gäller om det brister i någon annan förutsättning för att tandvårdsersättning skall lämnas. Vårdgivaren måste t.ex. visa att vården getts av en legitimerad tandläkare eller en legitimerad tandhygienist som inte fyllt 65 år vid vårdtillfället eller genom delegation från sådan vårdpersonal.

I paragrafens *första stycke* anges att, om en vårdgivare har fått tandvårdsersättning med för högt belopp, får försäkringskassan kräva tillbaka det belopp som felaktigt har betalats ut. Försäkringskassan kan i stället avräkna beloppet mot en fordran som vårdgivaren har på tandvårdsersättning.

Enligt *andra stycket* får försäkringskassan sätta ned den samlade tandvårdsersättningen som begärts för viss tid till ett skäligt belopp, om det begärda beloppet kan antas vara för högt och ersättningen inte kan beräknas tillförlitligt på grundval av vårdgivarens uppgifter. Vårdgivaren har som nämnts att visa att det finns grund för ersättningsanspråket och bör därvid kunna förete det underlag som behövs för bedömningen. Om vårdgivarens kostnadsräkning inte framstår som tillförlitlig har försäkringskassan knappast någon annan möjlighet än att göra en skälighetsbedömning av det begärda beloppet. Innan dess bör dock vårdgivaren beredas tillfälle att lägga fram det ytterligare material som denne vill åberopa som stöd för sina yrkanden. Om det senare skulle framkomma att vårdgivaren är berättigad till högre ersättning än vad som antagits skall självfallet det överskjutande högre beloppet betalas ut.

Med hänsyn till att ersättning för tandvård lämnas i anledning av yrkesutövning och inte är jämförlig med sådan ersättning som lämnas för t.ex. sjukdom, vård av barn eller ålderdom saknas anledning att ha en föreskrift om eftergift av återkrav. Så har hittills varit fallet genom att bestämmelserna i 20 kap. 4 § denna lag varit tillämpliga på beslut om tandvårdsersättning. Det bör heller inte finnas möjlighet att göra avdrag

på ersättning för tandvård, om försäkringskassan har ålagt en vårdgivare återbetalningsskyldighet för en ersättning av annat slag. Prop. 1997/98:112

### **13 b §**

I paragrafen finns en hänvisning till 10–13 §§. Dessa bestämmelser skall tillämpas vid omprövning och ändring av försäkringskassans beslut enligt de i paragrafen angivna lagrummen.

### **Ikraftträdande och övergångsbestämmelser**

Enligt punkt 1 skall lagen träda i kraft den 1 januari 1999.

Enligt punkterna 2 och 3 gäller fortfarande vissa äldre bestämmelser.

Vid ikraftträdandet försäkringskasseanslutna tandläkare kvarstår enligt punkt 4 utan särskild anmälan på förteckningen. En förutsättning är dock att tandläkaren på begäran av försäkringskassan lämnar uppgift om vem som är vårdgivare enligt de nya reglerna, dvs. om det är tandläkaren själv som är näringsidkare eller om det är en juridisk person. I två situationer skall tandläkaren, trots det nu angivna, föras av från försäkringskassans förteckning över vårdgivare. Det gäller dels tandläkare som blivit uppförda på förteckningen för viss tid, dels tandläkare som vid utgången av år 1999 saknar F-skattsedel.

I punkt 5 finns vissa övergångsregler beträffande det nya ålderskravet. Bestämmelsen innebär i princip en ettårig övergångstid för de tandläkare som har uppnått eller under det närmaste året uppnår 65 års ålder.

## **11.2 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)**

### **4 §**

I paragrafens första stycke ges regler för den ersättning, som vårdgivaren får ta ut av patienten. Regeringens förslag innebär att den tidigare prisregleringen av tandvårdsarvodena inom tandvårdsförsäkringen avskaffas. Prisregleringen kommer i stället att ersättas av ett system med fri prissättning på tandvårdstjänster.

Paragrafen har utformats för att ge ett skydd för patienten mot att vårdgivaren begär ett oskäligt högt pris för behandlingen. Lagtexten är formulerad för att anknyta till vad som gäller enligt 36 § första stycket konsumenttjänstlagen (1985:716), för situationer då inget pris har avtalats för den utförda tjänsten. Om pris har avtalats för tjänster som omfattas av konsumenttjänstlagen som konsumenten finner oskäligt har denne möjligheten att åberopa 36 § avtalslagen. Inom tandvården bör skälighetskravet slås fast i lagen oavsett om något pris avtalats eller inte. Detta innebär att det är vårdgivaren som har bevisbördan för prisets skälighet. Patienten slipper således visa att priset är oskäligt. Vid bedömningen av om det pris som vårdgivaren begär är skäligt är utgångspunkten, liksom i konsumenttjänstlagen, tjänstens art, omfattning och utförande, eller med andra ord beskaffenheten av näringsidkarens prestation eller den del därav som det begärda priset avser. Vad gäller vilka omständigheter i övrigt som kan påverka prövningen av prisets skälighet kan detta vara

t.ex. om åtgärderna krävt särskild kompetens eller till att vårdgivaren är specialist eller att tjänsten kräver arbete på övertid.

För vissa typer av tandvård, som uppräknas i 15 a § denna lag skall patienten för tandvården betala vårdavgift enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Närmare om tillämpningen av denna regel, se kommentaren till 15 a §.

I paragrafens andra stycke har det förtydligandet gjorts att vårdgivaren om en följd av behandlingar behövs skall upplysa patienten om de beräknade kostnaderna för åtgärderna. Övriga ändringar i andra stycket är endast anpassningar gjorts till den nya lydelsen av 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

## 8 §

I paragrafens *första stycke* införs en bestämmelse om att landstinget skall se till att det finns tillräckliga och anpassade resurser för patienter med behov av särskilda tandvårdsinsatser. Här avses behandling som vid sidan av allmän- och specialisttandvård kräver särskild odontologisk och annan kunskap för att tillgodose behovet hos bl.a. patienter med funktionshinder och vissa sjukdomar. Landstingets ansvar innefattar även att det vid behov bedrivs en uppsökande verksamhet och att tandhälsan hos dessa patienter följs upp. I stycket införs också en bestämmelse om att landstinget skall se till att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Detta innebär t.ex. att landstinget i fråga om dessa grupper aktivt skall erbjuda tandvård och följa tandhälsoutvecklingen. De patientgrupper som här avses har inte nödvändigtvis större behov av tandvård än andra, men de kan ha svårt att efterfråga den tandvård de behöver. Det kan gälla t.ex. äldre eller funktionshindrade inom långtids-sjukvård eller olika former av särskilt anpassat boende.

De nya uppgifterna behöver liksom annan vårdverksamhet inte ske i landstingets egen regi utan kan utföras även av privata vårdgivare.

Ändringen i *andra stycket* är endast av redaktionell art.

## 8 a §

*Första stycket* i denna paragraf innehåller en specifikation av vilka grupper som landstingets i 8 § angivna ansvar för personer med särskilt behov av stöd avser. Landstinget skall för dessa grupper svara för att de genom uppsökande verksamhet erbjuds en munvårdsbedömning.

Som framgår av *andra stycket* skall landstinget även ansvara för att dessa personer får den nödvändiga tandvården utförd. Patienten kan dock i dessa fall välja annan vårdgivare än landstinget eller den som landstinget slutit avtal med för den uppsökande munvårdsbedömningen. Den tandbehandling som ges för dessa personer skall, under vissa i 15 a § angivna förutsättningar, lämnas mot den avgift som tillämpas enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Se vidare kommentaren till 15 a §.

Den uppsökande verksamheten måste bedrivas på sådant sätt att den enskildes personliga integritet inte riskerar att åsidosättas. Detta bör lämpligen ske genom att de personer som arbetar på de institutioner där de potentiella patienterna vårdas eller de som sköter patienterna i hemmet informerar patienten eller hans eller hennes anhöriga om den möjlighet till uppsökande tandvård som finns. En sådan lösning kräver att informa-

tionsmaterial tas fram av landstingen och tillställs de organ som sköter vård av sådana individer som kan omfattas av första stycket 1-4 i denna paragraf.

### **15 a §**

I paragrafens *första och andra stycke* görs redaktionella tillrättalägganden av hänvisningar till 7 §. I första stycket införs vidare en ny bestämmelse som gäller inom den annars avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Motivet för och innebörden av bestämmelsen har redovisats i avsnitt 10.

I 8 och 8 a § föreskrivs att vissa grupper genom uppsökande åtgärder skall få del av nödvändig tandvård. Landstinget skall tillse att dessa erbjuds sådan vård. I 8 a § tredje stycket föreskrivs också att landstinget skall se till att tandvård erbjuds dem som har behov av särskilda tandvårdsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under begränsad tid. I de senare fallen skall tandvården vara ett nödvändigt led i den totala sjukdomsbehandlingen och insatserna skall vara medicinskt motiverade. Tillägget i denna paragraf innebär att sådan tandvård som faller inom ramen för 8 a § skall omfattas av reglerna om vårdavgifter inom hälso- och sjukvården.

Förutom dessa förändringar görs en ändring i bestämmelserna om ersättning för oralkirurgi. Fortsättningsvis skall endast sådan oralkirurgi som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser omfattas av bestämmelserna om vårdavgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Den uppsökande verksamhet som avses i 8 a § kan landstinget själv utföra eller sluta avtal med privat vårdgivare. Den enskilde patienten kan inte välja vem som landstinget anlitar för denna verksamhet.

Vem som skall utföra den tandbehandling som eventuellt blir aktuell med anledning av den undersökning av tandstatusen som gjorts vid den uppsökande verksamheten har dock patienten rätt att bestämma. En förutsättning för att tandvården skall omfattas av reglerna om patientavgift är dock att den vårdgivare som patienten väljer står med på den förteckning som försäkringskassan enligt 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring skall upprätta.

Närmare bestämmelser om vårdavgifter inom hälso- och sjukvården finns i 26 a § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). I denna paragraf införs en hänvisning till 8 a § tandvårdslagen.

### **Ikraftträdande och övergångsbestämmelser**

Enligt punkt 1 skall lagen träda i kraft den 1 januari 1999.

Enligt punkt 2 skall för tandvård som påbörjats före den 1 januari 1999 de bestämmelser som gällde före ikraftträdandet av den nya lagen gälla för den behandlingsperioden.

11.3 Förslaget till ändringar i hälso- och sjukvårdslagen  
(1982:763)

Prop. 1997/98:112

**26 a §**

Den ändring i *första stycket* som föreslås är en följd av de föreslagna förändringarna i tandvårdslagens 8 § och införandet av 8 a § i samma lag. Dessa innebär att även de i 8 a § tandvårdslagen uppräknade tandvårdsåtgärderna skall omfattas av vårdavgifter enligt hälso- och sjukvårdslagen och därmed även av det högkostnadsskydd som finns beskrivet i 26 a § hälso- och sjukvårdslagen.

**Ikraftträdande och övergångsbestämmelser**

Enligt punkt 1 skall denna lag träda i kraft den 1 januari 1999.

Enligt punkt 2 skall för sådan behandling som påbörjats före denna tidpunkt skall inte systemet med patientavgift tillämpas utan patienten skall betala enligt äldre ersättningsregler.

11.4 Förslaget till lag om ändring i lagen (1976:380) om  
arbetskadeförsäkring

**3 kap.**

**9 §**

Förslaget innebär endast en anpassning till den nya lydelsen av 2 kap. 3 § lagen (1962:381) om allmän försäkring.

11.5 Förslaget till lag om upphävande av lagen  
(1980:705) med bemyndigande att meddela  
föreskrifter om godkännande av enskilda  
tandtekniska laboratorier

Lagen skall upphöra att gälla vid utgången av juni månad 1998. Vid samma tidpunkt gäller föreskrifterna i rådets direktiv 93/42/EEG om medicintekniska produkter som genomförts genom bl.a. lagen (1993:584) om medicintekniska produkter. Förevarande lag bör dock finnas kvar intill dess för att tillämpas på de laboratorier som tillverkar dentala material och produkter som inte uppfyller kraven på specialanpassade medicintekniska produkter (jfr avsnitt 7.5). De närmare reglerna om godkännande finns i förordningen (1980:1070) om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier.

Remissyttranden över betänkandet har avgetts av Riksförsäkringsverket, Socialstyrelsen, Handikappombudsmannen, Konkurrensverket, Konsumentverket, Statskontoret, Riksrevisionsverket, Stockholms läns landsting, Landstinget i Uppsala län, Landstinget Sörmland, Landstinget i Östergötland, Landstinget i Jönköpings län, Landstinget Kronoberg, Landstinget i Kalmar län, Landstinget Blekinge, Folktandvården Skåne, Landstinget Halland, Sammanläggningsdelegerade Västra Götaland, Bohuslandstinget, Landstinget i Älvsborg, Landstinget Skaraborg, Landstinget i Värmland, Örebro läns landsting, Landstinget Västmanland, Landstinget Dalarna, Landstinget Gävleborg, Landstinget Västernorrland, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Gotlands kommun, Göteborgs kommun, Landstingsförbundet, Svenska Kommunförbundet, Försäkringskassförbundet, Föreningen Svensk Dentalhandel, Dentallaboratoriernas Riksförening, Föreningen Sveriges Förtroendetandläkare, Landsorganisationen i Sverige, Tjänstemännens Centralorganisation, Handikappförbundens Samarbetsorgan, Svensk Tandhälsovårdsförening, Sveriges Konsumentråd, Pensionärernas Riksorganisation, Riksförbundet PensionärsGemenskap, Sveriges Pensionärsförbund, Sveriges Pensionärs Riksförbund, Svenska Kommunalpensionärernas Förbund, Sveriges Tandläkarförbund, Tjänstetandläkarföreningen, Sveriges Privattandläkarförening, Praktikertjänst AB, Sveriges Tandhygienistförening, Tandteknikerförbundet, Sveriges Tandvårdsschefsförening, Svenska Tandsköterskeförbundet, Svensk Sjukhustandläkarförening, Nordisk Förening för Handikapptandvård, Tandvårdsskadeförbundet, Karolinska Institutet Odontologiska fakulteten, Umeå Universitet Odontologiska fakulteten, Reumatikerförbundet, Svensk Förening för Oral Protetik, Förbundet Blödarsjuka i Sverige, Svenska Oralmedicinska Sällskapet, Lunds universitet Odontologiska fakulteten, Odontologiska fakultetsnämnden vid Göteborgs universitet Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Husmodersförbundet Hem och Samhälle, Patientföreningen Sjögrens Syndrom, Riksförbundet för Njursjuka, Hälso- och sjukvårdens utvecklingsinstitut (Spri), Riksförbundet för Utvecklingsstörda Barn, Ungdomar och Vuxna, Dercumgruppen samt Birger Fagher.

Sveriges Akademikers Centralorganisation har översänt ett yttrande från Svenska Logopedförbundet.

Följande remissinstanser har beretts tillfälle men inte kommit in med yttrande: De Handikappades Riksförbund och Synskadades Riksförbund.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 12 mars 1998

Närvarande: statsrådet Peterson, ordförande, och statsråden Freivalds, Wallström, Tham, Åsbrink, Schori, Andersson, Winberg, Uusmann, Ulvskog, Sundström, Lindh, Johansson, von Sydow, Klingvall, Åhnberg, Pagrotsky, Östros

Föredragande: Statsrådet Wallström

---

Regeringen beslutar proposition Reformerat tandvårdsstöd.

---

<b>Författningsrubrik</b>	<b>Bestämmelser som inför, ändrar, upphäver eller upprepar ett normgivningsbemyndigande</b>	<b>Celexnummer för bakomliggande EG-regler</b>
Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring	2 kap. 3 §	
Lag om upphävande av lagen (1980:705) med bemyndigande att meddela föreskrifter om godkännande av enskilda tandtekniska laboratorier	–	

---