

Regeringens proposition

2001/02:51

Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.

Prop.
2001/02:51

Regeringen överlämnar denna proposition till riksdagen.

Stockholm den 17 januari 2002.

Göran Persson

Lars Engqvist
(Socialdepartementet)

Propositionens huvudsakliga innehåll

I propositionen redovisas att regeringen avser att införa ett högkostnads- skydd för all protetik som skall gälla från och med det kalenderår under vilket man fyller 65 år. Det innebär att tandvårdsersättningen uppgår till 100 procent av arvodet och att patientens kostnader kommer att begränsas till ett karensbelopp samt kostnaden för vissa material. Eftersom högkostnadsskyddets konstruktion innebär en risk för att försäkringen utsätts för betydande kostnadsökningar läggs det i propositionen fram ett förslag om att vårdgivarens ersättningsanspråk skall förhandsprövas av allmän försäkringskassa när det finns särskilda skäl. Förhandsprövningen är avsedd endast för de fall då tandvårdsersättning kan lämnas enligt bestämmelsen om högkostnadsskydd.

I propositionen redovisas även att regeringen avser att förbättra stödet för bastandvården för äldre.

Regeringen föreslår också att det i tandvårdslagen (1985:125) förtydligas att det är landstingsfullmäktige som beslutar om folktandvårdens priser för tandvård.

För att det skall vara möjligt att pröva nya administrativa lösningar vid försäkringskassorna föreslås en ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

I propositionen redovisas vidare att regeringen har för avsikt att ge Riksförsäkringsverket i uppdrag att i samråd med vårdgivarna analysera prisutvecklingen beträffande tandvård och göra informationen om prisvariationerna kända för allmänheten. Konsumentverket och Konkurrensverket avses få i uppdrag att följa prisutvecklingen respektive analysera konkurrensen på marknaden för tandvård. Det redovisas även att regeringen har för avsikt att föra diskussioner med Landstingsförbundet om landstingens ansvar för att tandvårdspriserna hålls på en rimlig nivå.

Dessutom redovisar regeringen åtgärder som avser besvär relaterade till dentala material. Prop. 2001/02:51

1	Förslag till riksdagsbeslut	4
2	Lagtext	5
2.1	Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) ...	5
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	7
3	Ärendet och dess beredning.....	8
4	Bakgrund.....	8
4.1	Det reformerade tandvårdsstödet	8
4.2	Tandvårdskostnadernas utveckling	9
4.2.1	Prishöjningarna för olika typer av behandlingar	9
4.3	Tandhälsans utveckling	10
4.3.1	De äldres situation.....	10
4.4	Behovet av ett bättre skydd mot höga behandlingskostnader	12
4.4.1	Nya bestämmelser om avtagbara proteser	13
5	Utgångspunkter för förändringar i tandvårdsstödet.....	13
6	Ökat stöd för bastandvård åt äldre	15
7	Högekostnadsskydd för protetik.....	16
7.1	Högekostnadsskyddets utformning	16
7.2	Förhandsprövning av priset	22
8	Bör avtagbara proteser föras över till bastandvården?	24
9	Beslutande försäkringskassa.....	24
10	Åtgärder för att följa prisutvecklingen och motverka alltför stora prisökningar	25
11	Åtgärder som avser besvär relaterade till dentala material.....	30
12	Ekonomiska och andra konsekvenser	30
13	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	32
14	Författningskommentar.....	32
14.1	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	32
14.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.....	33
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36)	35
Bilaga 2	Lagförslag i betänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36).....	45
Bilaga 3	Remissinstanser till betänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36)	46
	Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 17 januari 2002	47
	Rättsdatablad.....	48

1 Förslag till riksdagsbeslut

Prop. 2001/02:51

Regeringen föreslår att riksdagen antar regeringens förslag till

1. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
2. lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Regeringen har följande förslag till lagtext.

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

Härigenom föreskrivs att 4 och 15 a §§ tandvårdslagen (1985:125) skall ha följande lydelse

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §¹

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

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

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

15 a §²

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* bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § 2 och 3 får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som *landstingsfullmäktige* bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet

Vid tandvård som avses i 8 a § samt vid undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling, som kräver ett sjukhus tekniska och

¹ Senaste lydelse 1998:554.

² Senaste lydelse 1998:554.

medicinska resurser och som inte ersätts till någon del enligt lagen Prop. 2001/02:51 (1962:381) om allmän försäkring, gäller bestämmelserna om vårdavgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

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.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2002.

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

Prop. 2001/02:51

Härigenom föreskrivs att 2 kap. 10 § lagen (1962:381) om allmän försäkring¹ skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap. 10 §²

Frågor om ersättning enligt detta kapitel prövas i andra fall än som avses i andra stycket av den allmänna försäkringskassa som enligt 5 kap. socialförsäkringslagen (1999:799) skall avgöra ett ärende avseende den försäkrade. Denna försäkringskassa får dock uppdra åt en annan försäkringskassa att pröva sådana frågor.

Frågor om ersättning enligt 2, 3 och 6 §§ samt ersättning enligt 4 och 5 §§ som inte hänför sig till visst vårdtillfälle prövas av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde vårdgivaren eller annan som får ersättning bedriver sin verksamhet. Detsamma gäller ersättning i övrigt i de fall där vårdtagaren inte är bosatt i Sverige. Frågor om ersättning enligt 5 § får efter bemyndigande av regeringen även prövas av Riksförsäkringsverket.

Frågor om ersättning enligt 2, 3 och 6 §§ samt ersättning enligt 4 och 5 §§ som inte hänför sig till visst vårdtillfälle prövas av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde vårdgivaren eller annan som får ersättning bedriver sin verksamhet. Detsamma gäller ersättning i övrigt i de fall där vårdtagaren inte är bosatt i Sverige. Frågor om ersättning enligt 5 § får efter bemyndigande av regeringen även prövas av Riksförsäkringsverket. *Om regeringen, eller den myndighet regeringen bestämmer, enligt 18 kap. 2 § har föreskrivit att det hos en eller flera försäkringskassor skall finnas gemensamma enheter för flera eller alla försäkringskassor för vissa ärenden eller frågor, skall ett ärende i stället avgöras av en sådan försäkringskassa.*

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2002.

¹ Lagen omtryckt 1982:120.

² Senaste lydelse 1999:800.

Efter beslut av regeringen den 28 september 2000 tillkallades en särskild utredare med uppgift att göra en samlad utvärdering av den tandvårdsreform som trädde i kraft den 1 januari 1999. Utredningen antog namnet Utredningen Tandvårdsöversyn 2000. I april 2001 avgav utredningen betänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36). Betänkandet innehåller förslag om högre tandvårdsersättning till äldre fr.o.m. det år de fyller 75 år, avskaffat karensbelopp för partiella proteser samt att behandling med bettskena och partiella proteser blir bastandvård. Vidare föreslås en viss prisreglering av tandvården. En sammanfattning av utredningens betänkande finns i *bilaga 1*. Utredningens lagförslag finns i *bilaga 2*.

Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. En sammanställning av remissyttrandena finns tillgänglig i Socialdepartementets ärende (S2001/2880/HS).

Regeringen behandlar i denna proposition de förslag som rör ökat stöd för bastandvård åt äldre, ett högkostnadsskydd för kronor, broar och implantat (fast protetik), samt prisreglering och andra åtgärder som syftar till kontroll över prisutvecklingen.

Regeringen har beslutat att bestämmelserna om karensbelopp fr.o.m. den 1 april 2002 inte längre skall tillämpas vid beräkning av ersättning för partiella proteser och övriga åtgärder i åtgärdsgrupp 7 i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, med undantag för bettskenor. Regeringen redovisar i denna proposition även sin bedömning i fråga om utredningens förslag att de avtagbara proteserna skall föras över från avdelningen för protetik och tandreglering till bastandvården.

Förslagen i denna proposition har utformats i samarbete med vänsterpartiet och miljöpartiet.

4 Bakgrund

4.1 Det reformerade tandvårdsstödet

Den 1 januari 1999 infördes ett nytt tandvårdsstöd för vuxna i Sverige. Åren dessförinnan hade präglats av kraftiga nedskärningar i tandvårdsförsäkringen.

Genom det nya stödet inriktades tandvårdsförsäkringen på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsobefrämjande tandvården, den s.k. bastandvården. Äldre personer och personer som till följd av sjukdom eller funktionshinder har särskilda tandvårdsbehov gavs ett förstärkt stöd. Ett särskilt skydd infördes också för mera omfattande och kostnadskrävande behandling med protetik och vid tandreglering.

Stödet för bastandvård innebär att tandvårdsersättning lämnas för all tandvård, med undantag för i huvudsak undersökningar och protetiska åtgärder, med fasta krontalsbelopp per utförd åtgärd enligt en särskild taxa. Vårdgivaren fastställer patientavgiften. För personer i åldrarna 20–29 år omfattas även undersökningar av tandvårdsersättning. För bastandvården infördes dessutom en möjlighet att teckna abonnemang,

vilket innebär att patienten för sitt behov av bastandvård under längst två år betalar en fast avgift som vårdgivaren fastställer. Vid protetik och tandreglering lämnas ett stöd med fasta belopp per åtgärd, varav dock ett visst belopp som regel räknas av som karensbelopp.

Personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har väsentligt ökade tandvårdsbehov får förhöjd ersättning. För bastandvård utges dubbla belopp jämfört med för andra patienter. Denna grupp slipper också karensbeloppet vid protetik och tandreglering.

Landstingen ansvarar för att personer som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad av äldre och funktionshindrade m.fl. erbjuds uppsökande vård, varvid besöket för en munvårdsbedömning och individuell rådgivning m.m. är avgiftsfritt. För de behandlingsinsatser som därefter kan bli nödvändiga betalar patienten avgift inom systemet som gäller för öppen hälso- och sjukvård.

Även för personer som har behov av särskilda behandlingsinsatser som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid gäller samma avgiftsbestämmelser som för öppenvårdsbesök inom hälso- och sjukvården.

4.2 Tandvårdskostnadernas utveckling

Vårdgivarnas arvoden för tandvård har höjts kraftigt sedan prisregleringen på tandvård togs bort i samband med införandet av det reformerade tandvårdsstödet i januari 1999.

Riksförsäkringsverket har regeringens uppdrag att följa utvecklingen av den nya tandvårdsförsäkringen. Enligt rapporten Landstingens tandvårdstaxor från januari 1999 – en jämförelse (RFV Redovisar 1999:3) har höjningarna av tandvårdspriserna överstigit den allmänna prisutvecklingen. Mellan 1998 och våren 1999 var den genomsnittliga prisökningen 18 procent för folktandvårdens del. Skillnaderna mellan landstingen är dock stora. I genomsnitt för hela landet har prisökningarna inom folktandvården enligt Landstingsförbundet uppgått till 29,4 procent under perioden 1999–2001. Inom privattandvården har priserna ökat något mer. Inom varje landsting anpassar sig dock privattandvården i stor utsträckning till folktandvården, även om man ofta lägger sig på en något högre nivå.

4.2.1 Prishöjningarna för olika typer av behandlingar

Tandvårdsersättningen är fastställd i fasta krontalsbelopp för varje åtgärd. Beloppen är beräknade så att de för bastandvård utgör 30 procent av arvodet i den taxa som gällde under 1998. När det gäller protetik och tandreglering har man i stället utgått från 60 procent av den tidigare gällande taxan.

De åtgärder som enligt Riksförsäkringsverkets rapport (RFV Redovisar 1999:3) hade lägst prisökning mellan 1998 och våren 1999 var undersökningar och en del förebyggande vård. Även för protetiska åtgärder och implantat hade höjningarna varit lägre än för många andra åtgärder. De åtgärder som hade genomgått den största prisökningen var fyllningar

och akutbesök. Även tanduttagningar och rotfyllningar var åtgärder där priserna höjts kraftigt inom vissa landsting. Flera av höjningarna var större än tandvårdsförsäkringens ersättning av åtgärderna. I rapporten redovisas ett antal ofta förekommande kombinationer av behandlingsåtgärder. I allmänhet hade, räknat på den genomsnittliga prisnivån, bastandvården trots prishöjningarna blivit billigare för patienterna till följd av den ändrade inriktningen för stödet. Protetiska åtgärder hade emellertid blivit dyrare. Prishöjningarna har sedan fortsatt under 2000 och 2001.

4.3 Tandhälsans utveckling

Det är svårt att på detta stadium bedöma vilka effekter det förändrade tandvårdsstödet har haft på befolkningens tandhälsa. En mängd olika faktorer spelar in och ett flertal förändringar i stödet har skett vid olika tidpunkter under de senaste decennierna. Det är ändå viktigt att studera de undersökningar som har gjorts av efterfrågan på tandvård. Undersökningarna tyder på att det finns en ganska stor grupp människor som avstår från tandvård helt eller delvis av ekonomiska skäl. Det finns en risk för att detta på längre sikt påverkar tandhälsan negativt.

I Statistiska Centralbyråns undersökningar av levnadsförhållanden (ULF) har man bl.a. ställt frågor om svårigheter att tugga hårda saker. Av undersökningarna framgår att andelen som har nedsatt tuggförmåga har minskat under de senaste 20 åren, men att en mindre ökning kan noteras i åldersgruppen 25–44 år mellan de undersökningar som gjordes 1988–89 och 1996–97. Andelen som har problem med tuggförmågan ökar dock kraftigt med stigande ålder och är betydligt större bland dem som är över 65 än bland dem som är yngre. Det kan också konstateras att av samtliga i åldersgrupperna 25–84 år hade 7,3 procent nedsatt tuggförmåga.

Socialstyrelsen har i intervjuundersökningar 1997 och 1999 i fyra län (Stockholms, Norrbottens, Kalmar och Hallands län) låtit ställa frågor om bl.a. tandvårdskonsumtion till ca 2 000 personer i åldern 20–65 år. Personerna fick bl.a. svara på om de instämde i påståendet ”Jag har inte råd att få den tandvård jag själv tycker att jag behöver” eller ”Jag har inte råd att få den vård tandläkaren tycker att jag behöver”. I 1999 års undersökning instämde 24 procent i det första påståendet och 18 procent i det andra. Förändringen i förhållande till 1997 års undersökning var obetydlig.

4.3.1 De äldres situation

De äldres tandhälsa har under de senaste årtiondena blivit betydligt bättre. Andelen som har egna tänder har ökat kraftigt. De som är helt tandlösa eller har någon form av avtagbar protes har blivit färre. De som har egna tänder har dock ofta många fyllningar samt kronor, broar och andra konstruktioner. Detta leder till att relativt många har ett stort behov av bl.a. förebyggande åtgärder och reparativ tandvård.

Denna utveckling framgår bl.a. av Statistiska Centralbyråns ULF-undersökningar (se avsnitt 4.3). Mellan 1988–89 års undersökning och

1996–97 års undersökning minskade t.ex. andelen som helt saknar egna tänder från 28,6 procent till 15,7 procent i åldersgruppen 65–74 år. I nedanstående tabell visas andelen kvinnor respektive män som har uppgett att de enbart har egna tänder, att de helt saknar egna tänder eller att de har både löständer och egna tänder.

Tabell 1 Tandstatus hos äldre
Procent

Enbart egna tänder			
Män	1980–81	1988–89	1996–97
65–74 år	30,5	48,2	58,9
75–84 år	22,1	26,3	43,0
Kvinnor			
65–74 år	29,6	40,1	58,9
75–84 år	15,9	24,3	38,0
Lös- och egna tänder			
Män	1980–81	1988–89	1996–97
65–74 år	28,5	27,2	26,6
75–84 år	21,3	27,0	31,2
Kvinnor			
65–74 år	23,6	28,0	24,4
75–84 år	22,7	23,4	26,4
Inga egna tänder			
Män	1980–81	1988–89	1996–97
65–74 år	41,1	24,7	14,5
75–84 år	56,6	46,7	25,9
Kvinnor			
65–74 år	46,8	32,0	16,7
75–84 år	61,4	52,3	35,6

Källa: SCB

Nedsatt tuggförmåga blir vanligare med stigande ålder. Enligt Statistiska Centralbyråns ULF-undersökning 1996–97 hade över 20 procent av kvinnorna i åldern 75–84 år svårigheter att tugga hårda saker.

Tabell 2 Nedsatt tuggförmåga
Procent

Män	1980–81	1988–89	1996–97
65–74 år	22,5	16,2	13,3
75–84 år	33,1	31,1	18,4
Kvinnor			
65–74 år	20,3	17,1	12,3
75–84 år	30,4	27,1	22,9

Källa: SCB

Enligt en undersökning som Riksförsäkringsverket redogör för i sin rapport till regeringen i mars 2000 (RFV Anser 2000:3) har de som är över 50 år generellt sett högre utgifter för tandvård än de yngre. Den genomsnittliga patientutgiften för tandvård som det har lämnats försäkringserättning för under 1999 var 857 kronor för alla åldrar, men 1 134 kronor i åldern 70–79 år. Män i alla åldrar har något högre patientavgifter än kvinnor.

Av Statistiska Centralbyråns undersökning av hushållens inkomster och utgifter (HINK) från 1999 framgår också att det finns betydande skillnader mellan olika åldersgruppers utgifter för tandvård. Omkring 50 procent av 20–29-åringarna men endast 28 procent av dem som var 75 år och äldre uppgav att de hade tandvårdsutgifter på högst 500 kronor. I åldersgruppen 75 år och äldre hade tio procent kostnader överstigande 5 000 kronor medan motsvarande andel i åldrarna 20–29 år var knappt två procent. Vidare framgår av resultaten från HINK att de lägsta besöksfrekvenserna återfinns dels i åldersgruppen 20–29 år, dels i åldersgruppen 75 år och däröver. I dessa åldersgrupper uppgav 60 respektive 59 procent att de hade besökt tandläkare under 1999. Av samtliga intervjuade uppgav 72 procent att de hade besökt tandläkare under året.

4.4 Behovet av ett bättre skydd mot höga behandlingskostnader

Riksförsäkringsverkets rapport (RFV Anser 2000:3) visar att det reformerade tandvårdsstödet har inneburit en förskjutning mot bastandvård vilket också var ett uttalat syfte med reformen. Den nuvarande utformningen av tandvårdsstödet leder dock till höga kostnader för dem som har behov av omfattande protetiska åtgärder och som inte är berättigade till förhöjd ersättning eller omfattas av hälso- och sjukvårdens högkostnads-skydd. För att i första hand förbättra skyddet mot höga behandlingskostnader har regeringen föreslagit vissa resurstillskott till tandvården. Enligt förslag i den ekonomiska vårpropositionen år 2000 skulle 200 miljoner kronor tillföras fr.o.m. 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor fr.o.m. 2003. I budgetpropositionen för 2001 tidigarelades 100 miljoner av tillskottet för 2002 för att användas till förbättringar redan 2001. Detta godkändes av riksdagen. Ytterligare 200 miljoner kronor per år skall enligt 2001 års ekonomiska vårproposition och budgetpropositionen för 2002 tillföras tandvården fr.o.m. 2002. I förhållande till nivån år 2000 betyder det ett utrymme på sammanlagt 700 miljoner kronor för förbättringar i tandvårdsstödet som dock får genomföras successivt under åren 2001–2003.

**Tabell 3 Sammanlagda resurstillskott under perioden 2001–2003
(i förhållande till 2000 års anslagsnivå)**

År	2001	2002	2003
Miljoner kr	100	400	700

Sedan den 1 januari 2001 är karensbeloppet avskaffat för vissa åtgärder i tandvårdstaxan. Det rör sig om s.k. helproteser samt rebaseringar och komplicerade lagningar av avtagbara proteser. Helproteser förekommer oftast hos äldre personer och är vanligast förekommande bland de allra äldsta pensionärerna. Andelen som helt saknar tänder i den ena eller båda käkarna minskar visserligen med tiden, men fortfarande är åtgärder av detta slag inte ovanliga. Karensbeloppet medförde att det i många fall inte betalades ut någon försäkringsersättning alls för behandlingar med helprotes, vilket regeringen ansåg vara olyckligt med hänsyn till vikten av att den som är tandlös har möjlighet att få en väl fungerande helprotes för att kunna äta och tala utan problem.

Även för partiella proteser betyder karensbeloppet att den tandvårdserättning som försäkringskassan betalar ut kan bli mycket låg eller att någon ersättning över huvud taget inte betalas ut. Partiella proteser kan ofta vara ett alternativ för den som saknar vissa, men inte alla tänder i en käke. Man bör undvika att regleringen i tandvårdstaxan medför en styrning av vården som innebär att människor väljer att i onödan dra ut tänder för att kunna sätta in en helprotes för vilken det lämnas högre tandvårdserättning. Eftersom det således är önskvärt att partiella proteser och helproteser behandlas lika i ersättningshänseende har regeringen denna dag beslutat att karensbeloppet skall avskaffas även för partiella proteser fr.o.m. den 1 april 2002.

5 Utgångspunkter för förändringar i tandvårdsstödet

Regeringens bedömning: Det bör införas ett högkostnadsskydd för tandvård för alla. För närvarande är det emellertid mest angeläget att förbättra tandvårdsstödet för de äldre. Tandvårdsstödet bör även fortsättningsvis ha en tandhälsoinriktning. Därutöver bör stödet inriktas på att minska kostnaderna för protetik.

Utredningen: Utredningen anser att statens ekonomiska stöd till vuxnas tandvård bör syfta till ett förbättrat tandtillstånd hos befolkningen så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och därigenom också kostnaderna för såväl den enskilde som för samhället. Därutöver bör stödet inriktas på att minska den enskildes kostnader för sådan tandvård som bidrar till att kunna äta, tugga och tala obehindrat samt bibehålla ett utseende utan synliga estetiskt störande tandluckor. Förbättringar i stödet för tandvård bör inriktas på grupper med särskilda och omfattande tandvårdsbehov.

Remissinstanserna: *Stockholms läns landsting* delar utredningens uppfattning i detta avseende. Ett stort antal remissinstanser, däribland *Socialstyrelsen*, betonar vikten av att tandvårdsstödet även fortsättningsvis har en förebyggande och hälsofrämjande inriktning. *Pensionärsorganisationerna*, *Landstinget Blekinge* och *Västmanlands läns landsting* är positiva till att man riktar särskilda insatser till de äldre. Många, däribland *Sveriges tandläkarförbund*, *Tjänstetandläkarna*, och *Privattandlä-*

karna, Praktikertjänst, Konsumentverket, och flera landsting anser däremot att vårdbehovet och inte åldern skall vara avgörande vid förstärkningar av tandvårdsstödet.

Skälen för regeringens bedömning: Det nya tandvårdsstödet som infördes 1999 innebar att bastandvården blev billigare för många medan reformen har inneburit en försämrad tandvårdsersättning för främst dem som är i behov av olika behandlingar med protetik. Nu finns dock ekonomiska resurser till att bygga ut tandvårdsstödet. En generell höjning av tandvårdsersättningen för all tandvård och för alla människor är emellertid för närvarande inte möjlig utan det är viktigt att resurstillskotten styrs mot de största behoven.

Det finns i dag stora skillnader i tandhälsa i Sverige. Vissa grupper är särskilt utsatta och den enskildes ekonomiska situation har stor betydelse. Yngre vuxna som nyligen lämnat den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården hör till dem som ofta avstår från att besöka tandvården. I allmänhet är dock tandhälsan ganska god i gruppen, som har haft tillgång till regelbunden tandvård under barndomen och tonåren. Betydligt större behov av tandvård finns hos många äldre. De har också haft avsevärt sämre förutsättningar under uppväxtåren för att bibehålla en god tandhälsa. Till det sagda kommer andra faktorer som hänger samman med åldern och som medför ett ökat behov av tandvård. Exempelvis kan man få svårigheter att sköta den egna munhygien eller behöva mediciner, vilka ökar riskerna för karies.

Äldre personer som bor på sjukhem eller i andra särskilda boendeformer eller har motsvarande behov av vård och omsorg har sedan den 1 januari 1999 möjlighet att få nödvändig tandvård mot en låg avgift (motsvarande avgifterna för besök i öppen hälso- och sjukvård). Det rör sig om ca 200 000 personer som har rätt till tandvård på dessa villkor. Under tiden efter tandvårdsreformens införande har det emellertid klart framgått att det finns en stor grupp av relativt friska äldre som har höga, ibland mycket höga, tandvårdskostnader, men som ändå tvingas betala större delen av sina behandlingarkostnader själva. Ofta kan det vara fråga om att man behöver ersätta flera eller alla tänder i en käke för att kunna återställa förmågan att äta och tala obehindrat. Kostnaderna kan då bli mycket höga.

Tandvården är ett mycket viktigt välfärdsområde. Regeringen anser att det på sikt bör införas ett högkostnadsskydd för alla i tandvårdsförsäkringen. Detta är en reform som är förenad med mycket stora kostnader. För närvarande finns inga ekonomiska möjligheter att införa ett sådant stöd. På grund härav och mot bakgrund av de äldres förhållanden anser regeringen att de förbättringar som nu skall genomföras skall riktas mot de äldre. Visserligen varierar både tandvårdsbehov och ekonomiska förutsättningar starkt i denna grupp, men med åtgärder som riktar sig till de äldre når man ändå en stor andel av dem som har stora tandvårdsbehov och små resurser. Som tidigare framhållits har de som ingår i gruppen dessutom haft klart sämre förutsättningar att bevara en god tandhälsa och tandstatus än dagens unga.

Tandvårdsstödet skall även fortsättningsvis ha inriktningen att bidra till ett förbättrat tandtillstånd så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och därigenom också kostnaderna för såväl den enskilde som för samhället.

Eftersom regelbunden bastandvård kan förebygga uppkomsten av större besvär bör stödet för bastandvården förbättras.

Även om kostnaderna för bastandvård ofta torde kunna uppfattas som höga ligger de emellertid allmänt sett på en lägre nivå än kostnaderna för protetik. Dessutom avräknas – i motsats till protetiken – för bastandvården inte något karensbelopp från den ersättning som skall lämnas från försäkringen. Tandhälsoinriktningen på tandvårdsstödet får inte hindra att man även skall kunna få protetiska åtgärder utförda. Det bör därför även införas ett bättre skydd mot höga behandlingskostnader för protetik.

Utredningen har ansett att det förbättrade stödet för såväl bastandvård som protetik bör lämnas till dem som under kalenderåret fyller 75 år eller mer. Flera remissinstanser har anfört att det är vårdbehovet och inte åldern som skall avgöra vilka som är berättigade till det föreslagna högkostnadsskyddet för protetik. Andra remissinstanser har ansett att åldersgränsen för det ökade stödet för bastandvården bör sänkas. Även utredningen har anfört att det bör vara en högprioriterad fråga att sänka åldersgränsen för detta stöd.

Eftersom det nu inte är möjligt att införa ett högkostnadsskydd för alla, anser regeringen att det är av vikt att åldersgränsen för såväl det ökade stödet för bastandvården som högkostnadsskyddet för protetik sätts lägre än vad utredningen har föreslagit. En lämplig ålder skulle kunna vara 65 år eftersom inkomsten normalt minskar i samband med pensioneringen. Om åldersgränsen sänks på detta sätt kommer högkostnadsskyddet för protetik att omfatta flertalet av de personer som har behov av omfattande protetiska åtgärder. Dessutom torde den av flera remissinstanser påpekade risken att äldre personer skjuter upp nödvändiga behandlingar minskas avsevärt. När det gäller bastandvården innebär en lägre åldersgräns att fler kan upprätthålla en god tandhälsa längre.

6 Ökat stöd för bastandvård åt äldre

Regeringens bedömning: Det bör lämnas tandvårdsersättning med ett grundbelopp för undersökning för alla som under kalenderåret fyller 65 år eller mer. Dessutom bör det för dem som under året fyller 65 år eller mer lämnas högre tandvårdsersättning för all övrig bastandvård i åtgärdsgrupp 1–5. Ersättningsnivån bör i dessa fall motsvara ett och ett halvt grundbelopp.

Utredningens förslag: Utredningen ansåg att alla som är över 75 år skulle få tandvårdsersättning med dubbelt grundbelopp för alla åtgärder i åtgärdsgrupp 1 – 5 i bastandvården, med undantag för de åtgärder som avser avtagbar protetik. Dessutom skulle dubbla grundbelopp lämnas för åtgärd 91 och 93 i åtgärdsgrupp 9.

Remissinstanserna: De remissinstanser som yttrat sig stödjer i princip förslaget. Flera remissinstanser, bl.a. *Privattandläkarna*, *Tjänstetandläkarna*, och *Sveriges tandläkarförbund* ser dock en risk för att ett riktat stöd baserat på ålder medför att bastandvården eftersätts flera år innan stödet kommer patienten till del.

Skälen för regeringens bedömning: Som framgått av avsnitt 5 anser regeringen att tandvårdsstödet även fortsättningsvis skall ha en tandhålsinriktning och att stödet för bastandvården därför bör förbättras. Av samma avsnitt framgår att regeringen även anser att det är av vikt att man får del av det ökade stödet för såväl bastandvård som protetik redan från 65 års ålder.

Ett problem är att äldre personer av kostnadsskäl avstår från regelbundna besök hos tandvården. Som tidigare nämnts visar studier över besöksfrekvens att denna är förhållandevis låg bland de äldsta. I dag lämnas ersättning för undersökning endast för patienter som under det år undersökningen görs fyller minst 20 år eller högst 29 år. För att stimulera de äldre att hålla en regelbunden kontakt med tandvården anser regeringen att tandvårdsersättning bör lämnas med ett grundbelopp för undersökning (åtgärd 11 och 12 i tandvårdstaxan) från och med det kalenderår under vilket man fyller 65 år.

För att öka de äldres ekonomiska möjligheter att få regelbunden bastandvård, bör tandvårdsersättningen höjas för bastandvårdens övriga åtgärder i grupperna 1–5. Denna satsning innebär förbättrade ekonomiska möjligheter att få förebyggande vård, fyllningar, samt vård som innebär att man kan behålla de egna tänderna även om rotbehandlingar eller tandköttoperationer behöver utföras. Att åldersgränsen för stödet sänks jämfört med utredningens förslag medför att det för närvarande inte finns ekonomiskt utrymme för att lämna ersättning med dubbla grundbelopp. Därför bör det i stället införas en ny ersättningsnivå som motsvarar ett och ett halvt grundbelopp och som gäller när bastandvårdsåtgärder i åtgärdsgrupp 1–5 (utom undersökning) utförs på någon inom den aktuella åldersgruppen.

Enligt utredningens förslag skulle behandling med avtagbar protes flyttas från tandvårdstaxans avdelning för protetik och tandreglering till avdelningen för bastandvård. Av de skäl som framgår av avsnitt 8 gör regeringen däremot den bedömningen att sådan behandling även fortsättningsvis bör tillhöra tandvårdstaxans avdelning för protetik.

7 Högkostnadsskydd för protetik

7.1 Högkostnadsskyddets utformning

Regeringens bedömning: Ett högkostnadsskydd bör införas för äldre personer. Högkostnadsskyddet bör gälla från och med det kalenderår under vilket man fyller 65 år och avse all protetik. Kostnaden för protetiska ersättningar, exklusive kostnaden för vissa material, bör under en behandlingsomgång uppgå till högst 7 700 kronor. För titankomponenter bör särskilda regler gälla. Såväl behandlingsförslaget som vårdgivarens ersättningsanspråk bör förhandsprövas av försäkringskassan.

Utredningens förslag: Utredningen ansåg att högkostnadsskyddet skulle gälla från 75 år, omfatta kronor, broar och implantat intagna i åtgärdsgrupperna 6 och 8 i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa,

och ha ett karensbelopp om 7 000 kronor. Utredningen föreslog även att priserna för den tandvård som omfattas av högkostnadsskyddet skulle regleras och fastställas i en särskild taxa.

Remissinstanserna: Positiva till förslaget är bl.a. *Gotlands kommun, Östergötlands läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Västerbottens läns landsting, Tjänstemännens Centralorganisation, Pensionärsorganisationerna* och *Föreningen Svensk Dentalhandel*. LO tillstyrker förslaget, men anser att kostnadstaket kan bli för högt för låginkomsttagare. Några, däribland *Gotlands kommun, Stockholms läns landsting, Pensionärernas Riksförbund, Sveriges Pensionärsförbund*, och *Sveriges Pensionärers Riksförbund*, framför önskemål om en lägre åldersgräns. *Föreningen Svensk Dentalhandel* föreslår en differentierad självrisk med start vid 55 år och maximal subvention för 75-åringar. *Tandteknikerförbundet* och *Dentallaboratoriernas Riksförening* anser att högkostnadsskyddet borde omfatta flera åldersgrupper. *Västerbottens läns landsting* och *Landstingsförbundet* anser dock att det är viktigt att de förslag som har förebyggande inriktning behålls vid den fortsatta behandlingen av utredningens förslag.

Sveriges Folktandvårdsförening är mycket tveksam till högkostnadsskyddet och anser att det innebär mycket allvarliga negativa konsekvenser för utvecklingen av den offentliga tandvården.

Många remissinstanser, däribland *Odontologiska fakultetsnämnderna vid Göteborgs universitet* och *Umeå universitet, landstingen i Jönköpings, Kronobergs och Gävleborgs län, Handikappförbundens samarbetsorgan, Sveriges Konsumentråd, Praktikertjänst AB, Sveriges Tandhygienistförening*, samt tandläkarorganisationerna, anser att vårdbehovet och inte åldern skall vara avgörande för vilket stöd som ges. Risken för att tandvården eftersätts under åren innan man uppnår högkostnadsskyddets åldersgräns påtalas av många.

Riksförsäkringsverket förordar ett generellt högkostnadsskydd. *Socialstyrelsen* finner förslaget i princip positivt men anser att det inte är självklart att förslag baserade på åldersgräns är i överensstämmelse med tandvårdslagens lydelse och intentionerna bakom lagen.

Stockholms läns landsting anser att förslaget till högkostnadsskydd strider mot de mål och principer som utredningen anför och anser att det är vilseledande att tala om ett kostnadstak på 7 000 kronor eftersom materialkostnaden kan vara mångdubbelt högre. *Östergötlands läns landsting* vill att högkostnadsskyddet skall begränsas genom att man tillämpar samma synsätt som för nödvändig tandvård. *Västra Götalandsregionen* anser att högkostnadsskyddet borde omfatta all tandvård med en därtill anpassad nivå. *Värmlands läns landsting* anser att det finns risk för att än mer av tandläkarresurserna förbrukas i storstadsregionerna. Även andra landsting, *tandläkarorganisationerna* och *Landstingsförbundet* ser problem på grund av brist på personal.

Skälen för regeringens bedömning

Som tidigare framhållits anser regeringen att det ekonomiska stödet för tandvård också fortsättningsvis skall ha en tandhälsoinriktning. Tandvårdsstödet nuvarande utformning innebär dock att kostnaderna för

protetik i många fall blir orimligt höga, vilket framför allt drabbar de äldre. Detta kan medföra att många tvingas avstå från behandling som behövs för att t.ex. upprätthålla förmågan att kunna äta och tala utan problem. Det är därför angeläget att förbättra även skyddet mot höga kostnader för protetik.

Tandvårdsstödet nuvarande konstruktion innebär att äldre med omfattande omsorgsbehov får all nödvändig tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, vilket för dem gör tandvård åtkomlig till en låg kostnad. För övriga äldre har tandvården däremot generellt blivit dyrare jämfört med försäkringens utformning före 1999. Bland annat Statistiska Centralbyråns undersökningar av hushållens inkomster och utgifter från 1999 (HINK 1999) pekar på att tandvårdsutgifterna stiger med ökande ålder och att besöksfrekvensen också blir lägre i de högsta åldrarna.

Många av dem som när den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes år 1974 kunde ersätta förlorade tänder med omfattande protetiska konstruktioner befinner sig nu i situationen att tidigare utförda kronor och broar måste göras om till en i dag hög kostnad. I de fall där lagning inte är möjlig eller där en person av andra skäl måste ha en fast konstruktion i form av ett s.k. implantat, kan kostnaderna bli mycket höga. Implantat kan emellertid vara den enda lösningen om en större del av käkbenet förlorats, vilket kan vara fallet om patienten har haft en avtagbar protes sedan unga år eller om t.ex. en neurologisk skada gör det omöjligt att bära en helprotes. Ofta kan patientens kostnad för en sådan åtgärd röra sig om 30 000 kronor, ibland betydligt mera.

Konstruktionen

Regeringen anser att ett kostnadstak bör införas för behandling med protetik från och med det år då man fyller 65 år.

Som framgått ovan föreslog utredningen att åldersgränsen för stödet skall vara 75 år. Regeringen har i avsnitt 5 redogjort för skälen för sin bedömning att åldersgränsen i stället bör bestämmas till 65 år.

Socialstyrelsen har i sitt remissvar ifrågasatt om den föreslagna satsningen på ett högkostnadsskydd för de äldre är i överensstämmelse med tandvårdslagens lydelse och intentionerna bakom lagen. Mot bakgrund av vad som sagts ovan och i tidigare avsnitt om de äldres behov, kostnader och resurser anser regeringen att en sådan satsning bidrar till en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

Det skall här även påpekas att utredningen lägger fram sina slutliga förslag senast i mars 2002 och att det förväntas att man härvid bl.a. lämnar synpunkter på bestämmelserna om tandvård till äldre och funktionshindrade i särskilda boendeformer, m.fl., samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Utredningen skall även se över bestämmelserna i tandvårdstaxan om förhöjd ersättning till långvarigt sjuka och funktionshindrade.

De åtgärder som för åldersgruppen 65 år och äldre bör ingå i det nya stödet är de flesta behandlingar inom protetik som ingår i tandvårdstaxans bilaga, avdelning B Protetik och tandreglering. Enligt regeringens bedömning bör således även den avtagbara protetiken omfattas av högkostnadsskyddet för att undvika en styrning av vården mot dyrare åtgär-

der med fast protetik i sådana fall då en avtagbar protes bedöms vara en odontologiskt lämplig lösning. Detta kan t.ex. vara aktuellt i fall då valet står mellan enbart fast protetik eller en kombination av fast och avtagbar protetik.

Högekostnadsskyddets konstruktion innebär att tandvårdsersättningen uppgår till 100 procent av arvodet. Ersättning lämnas för den delen av arvodet som under en behandlingsomgång överstiger ett karensbelopp, som regeringen avser att bestämma till 7 700 kronor. Utöver detta karensbelopp får patienten, liksom i dag, betala kostnaden för ädelmetaller och gjutmetaller själv (mer om detta nedan). Vårdgivarens behandlings- och prisförslag skall förhandsprövas av försäkringskassan (se avsnitt 7.2). Som angetts ovan ansåg utredningen att karensbeloppet borde vara 7 000 kronor. I avsnitt 5 har det redovisats att regeringen anser att det är av vikt att högekostnadsskyddet och det förbättrade stödet för bastandvård kommer fler, än enbart dem som är över 75 år, till del. Dessutom bör högekostnadsskyddet omfatta även den avtagbara protetiken. För att göra detta ekonomiskt möjligt bör karensbeloppet vara något högre än vad utredningen föreslog.

För de flesta patienter bör det vara möjligt att betala de kostnader som inte täcks av försäkringen, speciellt med tanke på att det i regel rör sig om utgifter som uppkommer mera sällan. För den som har låg pension kan dock kostnaden framstå som alltför hög. I de flesta landsting finns det emellertid i dag en möjlighet för den som vänder sig till folktandvården att dela upp tandvårdsutgifterna i delbetalningar. Ofta görs inte heller någon prövning av patientens betalningsförmåga i samband med detta. Även bland privattandläkarna erbjuder många sina patienter en möjlighet att dela upp betalningen. Att patientens kostnad för de dyraste behandlingarna nu sänks betydligt genom att högekostnadsskyddet införs bör innebära ökade möjligheter för den enskilde att kunna klara av delbetalningar på tandvårdskostnader för protetik.

Ett karensbelopp på den angivna nivån innebär att det kan finnas fall där de nuvarande reglerna blir förmånligare än högekostnadsskyddet för den enskilde. Det kan t. ex. förekomma att arvodet för behandlingen uppgår till 7 700 kronor eller strax däröver varför patienten enligt bestämmelsen om högekostnadsskydd får betala i princip hela kostnaden själv medan i vart fall någon tandvårdsersättning hade lämnats enligt dagens regler med ett karensbelopp om endast 3 500 kronor. För patienter som behöver behandling med enbart avtagbar protes kan dessutom skillnaderna bli större, eftersom det för dessa åtgärder inte kommer att dras av något karensbelopp enligt de regler som gäller fr.o.m. den 1 april 2002. Det är inte rimligt att dessa patienter skall hamna i en sämre situation än personer som är under 65 år. Därför skall de nuvarande reglerna tillämpas i de fall de medför en lägre kostnad för den enskilde.

Kostnader som helt eller delvis inte omfattas av högekostnadsskyddet

Regeringen anser att kostnaden för gjutmetaller och ädelmetaller liksom i dag skall betalas av patienten. Vid implantat är det främst fråga om guld och titan.

När det gäller titankomponenter bör tandvårdsersättning lämnas med ett belopp som motsvarar kostnaden för det implantatsystem som kan an-

vändas i flertalet fall. Merkostnaden i de fall ett dyrare system används bör betalas av patienten. Riksförsäkringsverket bör få i uppdrag dels att närmare analysera marknaden avseende priserna på certifierade implantatsystem, dels att lämna förslag till tandvårdsersättning för det implantatsystem som kan användas i flertalet fall. Regeringen har övervägt möjligheten att lämna tandvårdsersättning för guld, men funnit att detta inte är lämpligt, eftersom en sådan lösning skulle kunna få en kostnadsdrivande effekt. Eftersom guld är ett kostsamt material bör det i varje särskilt fall övervägas om annat material kan användas.

Åtgärder inom bastandvården ingår inte heller i högkostnadsskyddet även om de förekommer i samband med behandling med protetik.

Tandvård som ersätts inom ramen för högkostnadsskyddet

Högkostnadsskyddet medför att vissa kostsamma behandlingar till största delen ersätts av försäkringen. Det måste därför säkerställas att ersättning inte betalas ut för behandlingar som inte är odontologiskt och utseendemässigt motiverade. I dag prövas allt vårdbehov inom försäkringen mot 6 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Bestämmelsen innebär att ersättning skall lämnas för en fullgod odontologisk behandling, men det är inte avsett att en överbehandling skall ersättas av försäkringen. Dagens förhandsprövning enligt 17 och 18 §§ tandvårdstaxan har bland annat som syfte att förhindra att patienten och försäkringen belastas med onödigt stora kostnader.

Landstingen tillämpar en annan vårdnivå på tandvården för de äldre och funktionshindrade som landstingen ansvarar för enligt 8 a § tandvårdslagen (1985:125). De patienter som avses i bestämmelsen erbjuds ”nödvändig tandvård”. Enligt 9 § andra stycket tandvårdsförordningen (1998:1338) skall vid bedömningen av vad som i det enskilda fallet anses vara nödvändig tandvård patientens behandlingsbehov sättas i relation till hans eller hennes allmäntillstånd. Det anses i Socialstyrelsens rapport från arbetsgrupp med uppgift att beskriva uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade, rapport september 1998, att patienten har en tillfredsställande tuggfunktion om han eller hon har åtta till tio tandpar. Det sagda innebär bl. a. att omfattningen av protetiska åtgärder är väsentligt mindre för denna målgrupp än för tandvårdspatienter i allmänhet. Innebörden av begreppet ”nödvändig tandvård” skiljer sig således avsevärt från den tandvård som ersätts med stöd av 6 § förordningen om tandvårdstaxa.

Att knyta den vård som erbjuds inom ramen för det nya högkostnadsskyddet till begreppet ”nödvändig tandvård” som redogjorts för ovan skulle bl. a. innebära att möjligheterna att få protetik utförd inom ramen för stödet starkt begränsades. Härtill kommer att starka skäl talar för att det enbart skall finnas en vårdnivå i tandvårdsförsäkringen och att denna skall gälla för alla, oavsett ålder. Regeringen anser mot bakgrund av det sagda att den vård som skall erbjudas inom högkostnadsskyddet inte bör vara på den lägre nivån utan på den nivå som generellt gäller inom försäkringen. Däremot måste det erinras om att det inte får vara fråga om någon övervård och att behandlingen enligt 6 § förordningen om tandvårdstaxa skall vara nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Regeringen

vill därför understryka vikten av att försäkringskassorna vid sin förhandsprövning noggrant kontrollerar om kraven enligt denna bestämmelse är uppfyllda.

Behandlingsomgång

Enligt 12 § tredje stycket förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa räknas som behandlingsomgång vanligtvis en tidsperiod om högst ett år. Tandvårdsersättning för protetik lämnas som regel endast med det belopp som återstår sedan ett karensbelopp om 3 500 kronor avräknats från de samlade grundbeloppen. Utredningen ansåg att även högkostnadsskyddet skall omfatta en behandlingsomgång och att denna skall definieras på samma sätt som i 12 § tredje stycket i förordningen.

Riksförsäkringsverket har framhållit att denna ordning kan medföra att vissa personer får betala flera karensbelopp under ett år och förespråkar därför att högkostnadsskyddet skall omfatta all protetik som utförs under en tidsperiod av ett år räknat från den dag då den första protetiska åtgärden påbörjades.

Det är naturligtvis riktigt att kostnaderna kan bli höga om man tvingas genomgå flera behandlingsomgångar med protetik under ett år. Det kan också tyckas rimligt att syftet med ett högkostnadsskydd är att begränsa kostnaderna under en viss tidsperiod. Jämförelser kan också göras med det högkostnadsskydd som gäller enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).

Att låta högkostnadsskyddet gälla under en ettårsperiod får dock också vissa följder. Regeringen har övervägt en modell där patienten efter det att arvodeskostnaden vid en behandlingsomgång överstigit karensbeloppet kan tillgodogöra sig protetisk behandling inom ramen för högkostnadsskyddet under ett år från den dag då den första protetiska åtgärden påbörjades. Detta skulle emellertid innebära att det fick orimligt stor betydelse i vilken ordning behandlingarna utfördes eftersom den vård som utfördes innan patienten blev berättigad till högkostnadsskyddet inte skulle omfattas av förmånen. En modell där all protetik, oavsett kostnad, omfattades av högkostnadsskyddet skulle förutsätta att all protetisk behandling förhandsprövades, med stora kostnader för försäkringen som följd. Detta framstår också som orimligt eftersom det är högst osäkert om patienten under året kommer upp i en total kostnad om 7 700 kronor för protetik. Vidare kan den som genomgår en behandling med avtagbar protetik i vissa fall få ett bättre stöd enligt nuvarande regler eller de nya regler om partiella proteser som träder i kraft den 1 april 2002. Om en ettårsgräns tillämpas kan det visserligen tänkas att patienten kommer att genomgå ytterligare behandlingar med protetik och på så sätt kommer upp i sådana kostnader att högkostnadsskyddets regler blir förmånligare. Detta går emellertid inte att förutse vid den första behandlingen.

Mot bakgrund av det nu sagda, samt med beaktande av att det i dag är relativt få patienter som genomgår flera behandlingsomgångar med protetik under ett år, anser regeringen att skälen överväger för att anknyta till begreppet behandlingsomgång såsom det i dag definieras i förordningen om tandvårdstaxa. Regeringen förutsätter att tandläkaren normalt gör en bedömning av det samlade behovet av protetiska åtgärder när något sådant behov uppstår. Vid sådant förhållande utförs samtliga protetiska

7.2 Förhandsprövning av priset

Regeringens förslag: Om det finns särskilda skäl skall skäligheten av vårdgivarens ersättningsanspråk förhandsprövas av allmän försäkringskassa enligt föreskrifter som regeringen meddelar.

Regeringens bedömning: Såväl behandlingsförslaget som vårdgivarens ersättningsanspråk bör förhandsprövas av försäkringskassan.

Utredningens förslag: Utredningen föreslog att priserna för den tandvård som omfattas av högkostnadsskyddet skulle regleras och fastställas i en särskild taxa. För att möjliggöra detta föreslogs ett tillägg i tandvårdslagen.

Remissinstanserna: *Praktikertjänst AB, Sveriges Folktandvårdsförening, Sveriges Tandhygienistförening, Tandläkarförbundet, Tjänstetandläkarna och Privattandläkarna* avvisar en prisreglering. *Tandläkarförbundet, Tjänstetandläkarna och Privattandläkarna* förordar en modell som innebär att försäkringskassan gör en skälighetsbedömning av prisförslaget i samband med förhandsprövningen av behandlingsförslaget. Denna modell förordas även av *Praktikertjänst AB. Västerbottens läns landsting* accepterar en prisreglering endast om Landstingsförbundet bereder underlaget till takprisförslag. Många landsting, bland andra *Västmanlands läns landsting, Norrbottens läns landsting, samt Landstingsförbundet* är negativa till en prisreglering men ser det som en logisk konsekvens med tanke på konstruktionen av högkostnadsskyddet.

Konkurrensverket avvisar prisreglering och förordar en förhandsprövning som avser både pris och kvalitet och som ger försäkringskassan vissa möjligheter att styra valet av vårdgivare, alternativt ett referensprisystem.

Pensionärernas Riksorganisation anser att regeringen bör överväga att återgå till en prisreglering liknande den som gällde före 1998.

Örebro läns landsting, Landstinget Västernorrland och Sveriges Folktandvårdsförening menar att den föreslagna prisregleringen riskerar att få en vidare omfattning än förslaget genom att det blir svårt för folktandvården att ha olika priser för olika grupper.

Tandteknikerförbundet och Dentallaboratoriernas Riksförening anser att prisreglering måste ske även på tandtekniska arbeten och att Riksföräkringsverket bör svara för underlaget till prisregleringen.

Skälen för regeringens förslag: Högkostnadsskyddets konstruktion innebär att tandläkarens pris i princip kommer att sakna betydelse för patientens val av tandläkare samt att det när karensbeloppet har passerats kommer att saknas incitament för patienten att begränsa arvodeskostnaden. Det föreligger alltså en risk för att kostnaden för försäkringen stiger kraftigt. Regeringen har därför övervägt vilka medel som står till buds för att förhindra att priserna för de aktuella åtgärderna sätts på en högre nivå än vad som är motiverat.

Fram till införandet av det reformerade tandvårdsstödet i januari 1999 reglerades tandvårdspriserna i en av regeringen fastställd taxa. I taxan

angavs de högsta priserna som vårdgivaren fick ta ut om tandvårdsersättning skulle betalas ut för behandlingen. Prisregleringen ersattes av ett system med fri prissättning på tandvårdstjänster. Utredningen föreslog som tidigare nämnts att priset återigen skall regleras för sådan protetisk behandling som utförs inom ramen för högkostnadsskyddet. Regeringen skall enligt utredningens förslag årligen, med utgångspunkt i folktandvårdens i landet medelpris för respektive åtgärd efter förslag från landstingsförbundet och efter samråd med Riksförsäkringsverket och Sveriges Privattandläkarförening, fastställa det högsta pris och den högsta tandvårdsersättning som skall gälla för åtgärderna. Fördelen med en prisreglering är att den ger en förhållandevis stark kontroll över utvecklingen av försäkringens utgifter. Även om vissa remissinstanser ser en prisreglering som en logisk följd av förslaget konstruktion har kritiken mot ett återinförande av en prisreglering emellertid varit omfattande bland remissinstanserna. Man har bl. a. anfört att den tidigare taxan inte gav möjlighet till nödvändiga investeringar och kompetensutveckling samt att den bidrog till att många tandläkare föredrog att flytta utomlands.

Mot bakgrund bl.a. av den kritik som framförts anser regeringen att en återgång till en prisreglering av det slag som gällde före 1999 bör undvikas. Emellertid krävs någon form av priskontroll. Redan i dag är förhandsprövning obligatorisk vid vissa behandlingar, däribland när protetiska åtgärder av viss omfattning avses utföras. I propositionen om allmän tandvårdsförsäkring (prop. 1973:45 s. 74) angavs att syftet med förhandsprövningen är att garantera patienten en odontologiskt riktig behandling och att varken patienten eller försäkringen belastas med onödigt stora kostnader. Vid förhandsprövningen prövas bland annat om den föreslagna behandlingen uppfyller kraven enligt 6 § förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa och om en föreslagen protetisk konstruktion har en godtagbar prognos vad gäller förväntad funktionstid. Den förhandsprövning som finns i dag avser således behandlingsförslaget och inte vårdgivarens ersättningsanspråk.

Regeringen anser att dagens förhandsprövning bör omfatta även alla fall där arvodeskostnaden för protetiska åtgärder utförda på patienter som är 65 år eller äldre överstiger karensbeloppet och tandvårdsersättning därför skall lämnas enligt reglerna om högkostnadsskydd. Vid sådant förhållande ligger det nära till hands att priskontrollen sker genom att förhandsprövningen i dessa fall omfattar även en prövning av det begärda arvodets skälighet.

Vid skälighetsbedömningen har försäkringskassan att utgå från vad som sägs i 4 § tandvårdslagen om skälig ersättning. Vid bedömningen av om priset är skäligt är utgångspunkten enligt denna bestämmelse tjänstens art, omfattning och utförande. Andra omständigheter som kan inverka på prisets skälighet är t.ex. om åtgärderna har krävt särskild kompetens eller att vårdgivaren är specialist på området. Enligt regeringens uppfattning bör det begärda priset normalt sett inte avvika från det pris som vårdgivaren enligt prislistan tar ut av andra patienter. En jämförelse bör också göras med folktandvårdens prislista. Vid skälighetsbedömningen bör folktandvårdens pris vara vägledande och ett påtagligt högre pris bör i regel inte godtas. Eftersom vårdgivarnas priser vid tillämpningen av högkostnadsskyddet kommer att ha direkt betydelse för kostnaden för försäkringen, vill regeringen understryka vikten av prövningen.

För att systemet skall tillämpas effektivt och ha en hög grad av förutsägbarhet är det dessutom av vikt att regelsystemet tillämpas på samma sätt i hela landet.

Om oacceptabla prisökningar trots allt uppstår kommer regeringen återigen att överväga andra sätt att kontrollera kostnaderna för försäkringen. Det skall också i detta sammanhang påpekas att regeringen, vilket framgår av avsnitt 10, har för avsikt att ge Riksförsäkringsverket i uppdrag att i samråd med vårdgivarna analysera prisutvecklingen beträffande tandvård samt Konkurrensverket i uppdrag att analysera konkurrensen på marknaden för tandvård.

Det skall i detta sammanhang också nämnas att Riksförsäkringsverket har observerat brister i handläggningen av tandvårdsförsäkringen. I många fall har försäkringskassornas beslutsunderlag varit så bristfälligt att verket inte har kunnat bedöma riktigheten i de beslut som fattats. Regeringen ser allvarligt på dessa kvalitetsbrister och avser att återkomma i frågan.

8 Bör avtagbara proteser föras över till bastandvården?

Regeringens bedömning: Avtagbara proteser bör även fortsättningsvis tillhöra tandvårdstaxans avdelning för protetik.

Utredningens förslag: Alla proteser som är avtagbara bör räknas som bastandvård och därför föras över från avdelning B Protetik och tandreglering till avdelning A, Bastandvård.

Remissinstanserna: Flertalet av de remissinstanser som har yttrat sig över förslaget tillstyrker. *Riksförsäkringsverket* framför dock att verkets uppföljning av kostnaderna för olika terapiområden skulle försvåras om den avtagbara protetiken överfördes till bastandvården.

Skälen för regeringens bedömning: Regeringen har tidigare beslutat om ändringar i tandvårdstaxan som innebär att det inte längre skall avräknas något karensbelopp från tandvårdsersättningen för helkäksproteser eller partiella proteser. Visserligen syftar hel- och delproteser ofta till att tillgodose grundläggande behov som att kunna äta och tala. Eftersom det i likhet med den fasta protetiken handlar om ersättning för förlorade tänder och åtgärderna dessutom skall omfattas av högkostnadsskyddet talar dock det mesta för att åtgärderna bör finnas kvar i avdelningen för protetik. Regeringen anser därför inte att någon förändring bör genomföras i detta hänseende.

9 Beslutande försäkringskassa

Regeringens förslag: Bestämmelsen i 2 kap. 10 § andra stycket lagen (1962:381) om allmän försäkring om vilken försäkringskassa som skall besluta i ett ärende skall inte gälla i de fall regeringen eller den

myndighet regeringen bestämmer enligt 18 kap. 2 § har föreskrivit att det hos en eller flera försäkringskassor skall finnas gemensamma enheter för flera eller alla försäkringskassor för vissa ärenden eller frågor. I dessa fall skall i stället den eller de angivna försäkringskassorna vara behörig kassa.

Skälen för regeringens förslag: Bestämmelser om vilken försäkringskassa som skall besluta i ett ärende för den enskilde finns i 5 kap. 4 och 5 §§ socialförsäkringslagen (1999:799). Av bestämmelserna framgår att ett ärende normalt sett skall beslutas av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde den enskilde är bosatt eller arbetar. I 18 kap. 2 § lagen (1962:381) om allmän försäkring anges vilken verksamhet en försäkringskassa skall respektive få bedriva. I bestämmelsen ges regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer ett bemyndigande att utfärda närmare föreskrifter om att det för vissa ärenden eller frågor skall finnas gemensamma enheter för alla försäkringskassor. Det kan således föreskrivas att en viss kassa skall handha samtliga ärenden av en viss typ. I 5 kap. 5 a § socialförsäkringslagen har det förts in en motsvarighet till undantagsbestämmelsen i lagen om allmän försäkring.

Av 2 kap. 10 § första stycket lagen om allmän försäkring framgår att frågor om ersättning enligt kapitlet som huvudregel prövas av den försäkringskassa som enligt 5 kap. socialförsäkringslagen skall avgöra ett ärende avseende den försäkrade. Från regeln undantas i andra stycket frågor om ersättning i vissa fall, däribland för öppen hälso- och sjukvård samt tandvård, där ersättningsfrågan i stället prövas av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde vårdgivaren eller annan som får ersättning bedriver sin verksamhet. För att det även i de fall som anges i andra stycket skall vara möjligt att pröva nya administrativa lösningar föreslår regeringen att det i 2 kap. 10 § tas in en bestämmelse som motsvarar den i 5 kap. 5 a § socialförsäkringslagen. Bestämmelsen innebär att i de fall regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer enligt 18 kap. 2 § lagen om allmän försäkring har föreskrivit att en eller flera särskilt angivna försäkringskassor skall handlägga vissa ärenden eller frågor skall denna eller de kassorna vara behöriga i stället för den som annars är behörig kassa.

10 Åtgärder för att följa prisutvecklingen och motverka alltför stora prisökningar

Regeringens förslag: Det skall tydligt framgå av tandvårdslagen att det är landstingsfullmäktige som beslutar om folktandvårdens priser.

Regeringens bedömning: Riksförsäkringsverket bör ges i uppdrag att i samråd med vårdgivarna analysera prisutvecklingen när det gäller tandvård. Särskild uppmärksamhet bör ägnas åt kostnaderna för enskilda och försäkringen samt effekterna av högkostnadsskyddets utformning. Riksförsäkringsverket bör också få i uppdrag att göra informationen om prisvariationerna känd för allmänheten. Även Konsumentverket bör få i uppdrag att följa prisutvecklingen. Konkurrens-

verket bör ges i uppdrag att analysera konkurrensen på marknaden för tandvård. Regeringen bör också föra diskussioner med Landstingsförbundet om landstingens ansvar för att tandvårdspriserna hålls på en rimlig nivå. Det arbete för ökad särredovisning av folktandvårdens verksamhetsgrenar som främst Landstingsförbundet bedriver bör fortsätta.

Utredningens förslag: Överensstämmer i stort med regeringens förslag.

Remissinstanserna: LO och landstingen i Östergötland, Gävleborg, Jämtland och Norrbotten tillstyrker att landstingsfullmäktige skall fastställa folktandvårdens priser. Landstingen i Uppsala, Blekinge, Örebro samt Konkurrensverket anser att det skall vara möjligt att delegera beslutsfattandet. Socialstyrelsen anser att det oavsett beslutsforum är viktigt att allmänhetens intressen tas till vara. Stockholms läns landsting anser att landstingsfullmäktige för den vård som landstinget ersätter skall fatta beslut om folktandvårdens priser.

Skälen för regeringens bedömning och förslag

Tandvårdsprisernas utveckling

Utredningen anser att det fanns fog för uppfattningen att arvodesnivån under 1998 var för låg och att den inte speglade de faktiska kostnaderna inom vuxentandvården. Utredningen drar denna slutsats efter att ha tagit del av tillgänglig statistik och annan information om tandvårdspersonalens psykosociala arbetsmiljö, flyttning till utlandet, tandvårdspersonalens löneutveckling och kompetensutveckling samt investeringar inom tandvården.

Regeringen finner att det material som utredningen redogör för ger ett visst stöd för att det förelåg ett behov av att höja arvodesnivån för att bl.a. möjliggöra förbättringar av arbetsmiljön och höja lönenivån. Prishöjningarna har dock varit mycket kraftiga i förhållande till den allmänna prisutvecklingen och det är viktigt att de nu dämpas. Den prisökning som skett bör rimligtvis ha gett ett betydande utrymme för förbättringar och investeringar.

Regeringen har i avsnitt 7 redovisat sin uppfattning att ett återinförande av reglerade tandvårdspriser bör undvikas. Regeringen avser dock att noga följa utvecklingen av tandvårdens priser genom uppdrag till Riksförsäkringsverket att i samråd med vårdgivarna analysera prisutvecklingen. Därvid bör särskild uppmärksamhet ägnas åt kostnaderna för enskilda och försäkringen samt effekterna av högkostnadsskyddets utformning.

En faktor som bidrar till prisutvecklingen är bristen på priskonkurrens. Det finns flera orsaker till detta. En orsak är att det är svårt för patienterna att göra prisjämförelser, t.ex. för att man kanske inte på förhand vet vad det är för behandling man behöver. En annan orsak är att man ogärna byter tandläkare om man är nöjd med den man vanligen vänder sig till. Tandvården utgör inte en väl fungerande marknad med välinformerade patienter/kunder som skapar konkurrens mellan vårdgivare/leverantörer.

Därför är det viktigt att Riksförsäkringsverket gör resultaten av prisundersökningarna kända för allmänheten och att informationen görs lättfattlig och lättbegriplig. Patientens ställning är svag och få vill eller vågar ifrågasätta vårdgivarnas kostnadsförslag. Priskonkurrensen främjas inte heller av att den situation med ett överskott på tandläkare som fanns för några år sedan har ändrats så att det nu t.o.m. finns tecken på en brist på tandläkare.

De faktorer som i dag verkar återhållande på priserna är främst patienternas förmåga och vilja att betala för tandvård samt den politiska ambitionen inom landstingen att ställa krav på fortsatta produktivitets- och effektivitetsförbättringar inom folktandvården. Det är också av stor vikt att landstingen inte utnyttjar möjligheterna att höja priserna inom vuxentandvården och minska bidragen till sådan tandvård som skall finansieras med landstingsmedel, t.ex. barn- och ungdomstandvård.

Regeringen ansåg i propositionen om reformerat tandvårdsstöd (prop. 1997/98:112) att Konsumentverket och Konkurrensverket nogga borde följa utvecklingen av den slopade prisregleringen och fortlöpande informera regeringen om effekterna härav. Mot bakgrund av hur priserna utvecklats finns det nu anledning för regeringen att ge Konsumentverket i särskilt uppdrag att följa prisutvecklingen och Konkurrensverket i uppdrag att analysera konkurrensen på marknaden för tandvård.

Landstingens kostnader för privattandvård

Fri prissättning råder även vid nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.fl. och tandvård som är ett led i sjukdomsbehandling. Patienten betalar patientavgift enligt den öppna hälso- och sjukvårdens regler och landstingen ersätter vårdgivaren med resterande delen av arvodet. Detta innebär att patientens utgifter blir betydligt lägre än om tandvårdsersättning betalas ut av försäkringskassan. Även i jämförelse med det högkostnads- skydd som regeringen anser bör införas för äldre blir kostnaden för patienten avsevärt lägre om hälso- och sjukvårdslagens avgiftsbestämmelser tillämpas. Patienten har rätt att välja tandläkare inom folktandvården eller inom den privata tandvården. Om en patient väljer en privat tandläkare kan incitamenten för denne att begränsa kostnaderna för tandvården vara svaga.

En enkät som utredningen har genomfört till de organisationer inom landstingen som administrerar tandvårdsstödet åt vuxna visar att det i de flesta landstingen har inträffat att en utbetalning till en privat vårdgivare vägrats på grund av att priset varit för högt. I vissa landsting har man dock träffat överenskommelser med privattandvården i länet om att tillämpa samma priser som folktandvården för nödvändig tandvård.

Regeringen anser inte att de skillnader som framkommit mellan folktandvårdens och privattandvårdens priser är så stora att det enbart av denna anledning bör införas en prisreglering eller begränsning av rätten att välja tandläkare. Det är dock lämpligt att den fortsatta uppföljningen av prisutvecklingen avser även arvoden för nödvändig tandvård.

Regeringen konstaterar att landstingen har ett avgörande inflytande på tandvårdsprisernas utveckling. Detta gäller inte enbart inom den i egen regi drivna folktandvården utan för all tandvård i landet genom att privattandvården i stor utsträckning följer folktandvårdens priser. Regeringen kommer därför att ta upp diskussioner med Landstingsförbundet om landstingens ansvar för att prishöjningarna i framtiden inte blir högre än vad som är nödvändigt för en god tandvård.

Av 15 a § andra stycket tandvårdslagen framgår att för tandvård som anges i 7 § 2 (specialisttandvård för vuxna) och 3 (övrig tandvård för vuxna) får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstinget bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet. I 4 § regleras den ersättning som en vårdgivare får ta ut av patienten. Ersättningen skall vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt.

Av en av utredningen genomförd enkät till landstingens folktandvårdsorganisationer framgår att beslut om såväl den allmänna nivån på priserna som om priserna på enskilda åtgärder fattas av fullmäktige i tio landsting. I ytterligare fyra beslutar fullmäktige om den allmänna nivån medan landstingsstyrelsen eller en produktionsstyrelse beslutar om den detaljerade taxan. I fyra landsting beslutar landstingsstyrelsen om såväl den allmänna nivån som om priserna på enskilda åtgärder. I tre landsting bestämmer en produktionsstyrelse eller folktandvårdschefen såväl den allmänna prisnivån som priserna på de olika åtgärderna.

Landstingsförbundet har i en skrivelse den 11 december 1998 till Socialdepartementet hemställt om en ändring i tandvårdslagen angående formerna för beslut i landstingen om folktandvårdens priser. Landstingsförbundet anser att det i tandvårdslagen (1985:125) bör införas en regel med innebörd att den nämnd som fullmäktige bestämmer får fastställa priserna på tandvård. Avsikten är att besluten skall kunna fastställas av ett organ på lägre politisk nivå än fullmäktige så att beslutsprocessen blir snabbare.

Utredningen anser att tandvårdslagen (1985:125) bör kompletteras så att det tydligt framgår att landstingsfullmäktige skall besluta om avgifterna för tandvård och att besluten inte får delegeras till en nämnd eller styrelse. Vid fullmäktiges möten kan allmänhetens krav på bl.a. låga tandvårdspriser vägas mot folktandvårdens önskemål om intäktsökningar. Så som konkurrensen inom tandvården utvecklats finns det enligt utredningen inte skäl att ge landstingsfullmäktige någon uttrycklig rätt att delegera besluten till en nämnd, utan det bör i stället slås fast med ännu större tydlighet att folktandvårdens priser skall bestämmas av landstingsfullmäktige.

En inte obetydlig del av den tandvård för vuxna som bedrivs av folktandvården skall dessutom betalas av landstingen. Detta gäller främst tandvård åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling. Om en producentorganisation inom landstinget sätter sina egna priser på denna tandvård utan inflytande av fullmäktige, torde detta enligt utredningens uppfattning ha sådan kommunalekonomisk betydelse att det strider mot kommunallagen.

Av 3 kap. 9 § kommunallagen (1991:900) framgår att fullmäktige beslutar i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för landstinget. Bland annat är det fråga om budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor. Visserligen får fullmäktige uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i vissa ärenden, men de frågor som nämnts ovan, eller som enligt lag eller annan författning skall avgöras av fullmäktige får inte delegeras till nämnderna. Enligt regeringens uppfattning är folktandvårdens avgifter en sådan fråga som skall avgöras av fullmäktige och som inte får delegeras.

Som framgått ovan förekommer det emellertid i landstingen att såväl frågan om den allmänna nivån på priserna som frågan om priserna på enskilda åtgärder beslutas av annan än fullmäktige. Som sagts inledningsvis har folktandvårdens priser stor betydelse även för det pris som debiteras av landets privatvårdsläkare. Mot bakgrund av den betydelse folktandvårdens priser därför har för den enskildes tandvårdskostnader och, efter högkostnadsskyddets införande, kommer att ha för statens kostnader för försäkringen anser regeringen att det är av vikt att besluten om folktandvårdens avgifter verkligen fattas av landstingsfullmäktige. Tandvårdslagen bör därför förtydligas i detta avseende.

Redovisning av folktandvårdens olika verksamhetsgrenar

Socialutskottet behandlade i sitt betänkande 1997/98:SoU25 frågan om redovisningen av folktandvårdens kostnader för olika verksamhetsgrenar. Utskottet medgav att det fanns vissa svårigheter med särredovisning av de olika kostnaderna, men ansåg att det ändå borde vara möjligt att införa en sådan redovisning i alla landsting även om den i vissa avseenden sannolikt måste bli schablonmässig. Vidare var Socialutskottet införstått med att landstingens ansvar enligt tandvårdslagen ger upphov till särskilda kostnader för vuxentandvården, t.ex. för lokalisering i glesbygd, kostnader som inte enbart kan finansieras med patientavgifter och tandvårdssättning från försäkringen. Utskottet förutsatte att regeringen snarast skulle ta initiativ till att frågan om särredovisning av de olika verksamhetsgrenarna inom folktandvården gavs en tillfredsställande lösning. Detta borde lämpligen ske i samverkan med Landstingsförbundet. Riksdagen beslutade att utskottets uppfattning skulle ges regeringen till känna.

Enligt Landstingsförbundet pågår en utveckling mot att tydligare definiera och avgränsa folktandvårdens olika uppdrag och verksamheter, även om tydliggörandet av folktandvårdens olika uppgifter och särskiljandet av vad som skall finansieras med särskild ersättning respektive med avgifter och externa ersättningar har kommit olika långt i landstingen. Den allt vanligare uppdelningen i beställar- och utförarorganisationer bidrar enligt Landstingsförbundet till denna utveckling. Landstingsförbundet avser att inom den närmaste tiden ta upp frågan till förnyad diskussion med landstingen. I den officiella samlade årsredovisningen över landstingens kostnader görs fr.o.m. årsredovisningen för 2001 en uppdelning av folktandvårdens kostnader på de olika verksamhetsgrenarna.

Regeringen delar uppfattningen att subventioner från landstingen till vuxentandvården kan leda till en snedvriden konkurrens gentemot de

privata vårdgivarna. Det finns dock exempel på verksamheter där det kan finnas skäl att lämna bidrag till finansieringen. Detta gäller bl.a. uppgiften att tillhandahålla tandvård i glesbygd där patientunderlaget är för litet för att tandvården skall kunna bedrivas på samma rationella sätt och till samma kostnader som i mera tätbefolkade orter och där det inte finns tillgång till någon privatpraktiserande tandläkare. Ett annat exempel på ökade kostnader som kan finansieras med bidrag gäller handikappanpassning av utrustning och lokaler för att möjliggöra mottagandet av rörelsehindrade och i vissa fall sängbundna patienter.

Särredovisning av folktandvårdens verksamhetsgrenar är viktig för att upprätthålla konkurrensneutralitet mellan offentlig och privat driven tandvård. Enligt regeringens uppfattning löses frågan om särredovisning bäst genom att Landstingsförbundet fortsätter att aktivt arbeta med frågan. Regeringen anser därför inte att det finns behov av ytterligare åtgärder från regeringens sida.

11 Åtgärder som avser besvär relaterade till dentala material

Hos många människor som relaterar sina besvär till dentala material, främst amalgam, finns fortfarande ett missnöje med hur de blir bemötta i vården. Det har också hävdats att kraven för att få tandfyllningar utbyta enligt tandvårdsförordningens regler är alltför höga. Det finns också stora regionala skillnader i hur många patienter som fått tandfyllningarna utbyta enligt förordningens regler.

Regeringen avser att under perioden 2002–2004 avsätta totalt 35 miljoner kr för åtgärder som syftar till att öka kunskaperna om hälsoproblem relaterade till amalgam och andra dentala material samt förbättra omhändertagandet av patienter som relaterar sina symptom till sådana material. Både det nationella kunskapscentrumet för dentala material på Socialstyrelsen och Metallbiologiskt Centrum i Uppsala kommer att få kraftigt ökat stöd.

Regeringen avser att tillsätta en särskilt utredare med uppdrag att se över dessa frågor. Eftersom utredningen om en samlad utvärdering av tandvårdsreformen m.m. har i uppdrag att se över bestämmelserna om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling bör samråd med denna utredning ske.

12 Ekonomiska och andra konsekvenser

De förändringar som regeringen avser att införa i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa finansieras genom att vissa medel tillförs tandvården under åren 2002 och 2003 (Utgiftsområde 9, anslaget 13:1 sjukvårdsförmåner m.m.). Det rör sig om 300 miljoner kronor år 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor år 2003. Det ökade stödet för bastandvård för personer som under året fyller 65 år eller mer och hög-

kostnadsskyddet för personer i samma åldersgrupp beräknas rymmas inom ramen för de tillförda medlen.

Det är sannolikt att många äldre har avstått från fast protetik på grund av de senaste årens försämringar i stödet. Andra kan ha valt att skjuta upp behandlingar som de har haft för avsikt att genomgå på grund av förväntningar om framtida höjningar av ersättningen för omfattande protetiska behandlingar. För att motverka en alltför kraftig efterfrågeökning kommer det att införas regler om förhandsprövning av såväl behandlingsförslaget och vårdgivarens krav på ersättning. Regeringen har närmare redogjort för detta i avsnitt 7.2.

Försäkringskassan administrerar idag större delen av tandvårdsstödet, däribland dagens förhandsprövningar. Regeringen uppskattar att försäkringskassorna på grund av den föreslagna reformen kommer att handlägga ytterligare 40 000 förhandsprövningar. Detta är en fördubbling av volymen jämfört med idag. Kostnaderna för detta beräknas till 6,5 miljoner kronor per år. Detta inkluderar löner, arbetsgivaravgifter, handläggarstöd och övriga administrativa kostnader i detta avseende.

Reformen kommer även att leda till ökad administration på försäkringskassorna vad avser hantering av ersättningar för utförd tandvård. Till detta kommer ett ökat behov av försäkringstandläkare. Regeringen beräknar den sammanlagda kostnaden för administration och försäkringstandläkare till 20 miljoner kronor per år. Kostnaderna rymms inom ramen för de medel som tillförs tandvården i budgetpropositionen för 2002. Reformen väntas inte medföra några beaktansvärda kostnadsökningar för domstolsväsendet.

Kostnaden för att ta bort karensbeloppet för partiella proteser beräknas till ca 60 miljoner kronor. Kostnaden rymms delvis inom det resurstillskott på 100 miljoner kronor som tillfördes tandvårdsstödet fr.o.m. 2001 och som använts till att ta bort karensbeloppet för helproteser. Återstoden av kostnaden bör enligt regeringens bedömning rymmas inom de medel som tillskjuts under 2002.

Regeringen har, för att ytterligare begränsa användningen av amalgam samt för att främja användandet av alternativa tandfyllningsmaterial, gjort ändringar i tandvårdstaxan, vilka bl. a. innebär att en åtgärd som ger lägre ersättning försvinner och att alla permanenta fyllningar debiteras med de återstående två dyrare åtgärderna. Fördyringen beräknas till ca 8–9 miljoner kronor.

Riksförsäkringsverket föreslås att få i uppdrag att i samråd med vårdgivarna analysera prisutvecklingen beträffande tandvård. Riksförsäkringsverket skall även verka för att allmänheten får kännedom om de prisvariationer som finns inom tandvården idag. Verket följer redan i dag prisutvecklingen, varför några ökade kostnader inte beräknas uppstå här för. Kostnaderna för information till allmänheten beräknas uppgå till ett mindre belopp, som rymms inom de 20 miljoner kronor avseende bl.a. administration som nämnts ovan.

Regeringen avser att under perioden 2002–2004 avsätta totalt 35 miljoner kronor för åtgärder som syftar till att öka kunskaperna om hälsoproblem relaterade till amalgam och andra dentala material samt förbättra omhändertagandet av patienter som relaterar sina symptom till sådana material.

Det kan förväntas att en del av de äldre som omfattas av reglerna om högkostnadsskydd kommer att vända sig till den grupp av småföretagare som utgörs av privattandläkarna. Oavsett om vården utförs inom folktandvården eller av en privattandläkare skall som framgått ovan, en förhandsprövning ske i samtliga fall. Högkostnadsskyddet innebär som tidigare nämnts att antalet fall där det krävs en förhandsprövning kommer att öka och att förhandsprövningen i dessa fall blir utvidgad eftersom det krävs även en uppgift om priset för åtgärden. Högkostnadsskyddet kommer att innebära vissa administrativa kostnader för förhandsprövningen inte bara för försäkringskassorna utan även för företagarna. Mot bakgrund av att de föreslagna reglerna endast innebär en påbyggnad av de regler om förhandsprövning som finns i dag bör dock kostnaden härför bli begränsad för tandläkarna.

13 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Bestämmelserna om beslut om folktandvårdens taxor och försäkringskassornas administration bör träda i kraft den 1 juli 2002.

Regeringen avser att utarbeta bestämmelser om ökat stöd för bastandvård och högkostnadsskydd för protetik vilka bör träda i kraft den 1 juli 2002. Bestämmelserna bör endast tillämpas på behandlingar som påbörjas efter ikraftträdandet.

14 Författningskommentar

14.1 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

4 §

Sedan den 1 januari 1999 råder fri prissättning på tandvårdstjänster. I paragrafens första stycke regleras den ersättning som vårdgivaren får ta ut av patienten. Härefter införs ett nytt stycke där det anges att när det finns särskilda skäl skall skäligheten av vårdgivarens anspråk på ersättning förhandsprövas enligt föreskrifter som regeringen meddelar.

Prövningen av vårdgivarens ersättningsanspråk är endast avsedd för de fall där tandvårdsersättning kan lämnas enligt den nya bestämmelsen om högkostnadsskydd. Högkostnadsskyddet innebär att försäkringen i vissa fall, som det redogörs för nedan, lämnar tandvårdsersättning som med undantag för ett karensbelopp täcker hela arvodeskostnaden för protetiska åtgärder. En sådan konstruktion innebär en risk för att försäkringen utsätts för betydande kostnadsökningar. Genom att vårdgivarens anspråk på ersättning i dessa fall prövas kan emellertid kostnaden för försäkringen kontrolleras.

De föreskrifter om skälighetsprövningen som regeringen avser att införa bygger på de regler om förhandsprövning som finns i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Dagens regler innebär bland annat att försäkringskassan när vissa behandlingar är aktuella skall förhandspröva

behandlingsförslaget. Härtill kommer att när det avses att tandvårdserättning skall lämnas enligt bestämmelsen om högkostnadsskydd skall såväl behandlingsförslaget som skäligheten av vårdgivarens ersättningsanspråk prövas. Högkostnadsskyddet och därmed den obligatoriska förhandsprövningen av även den begärda ersättningen gäller när protetiska åtgärder inom åtgärdsgrupperna 6 – 8, i tandvårdstaxans bilaga avdelning B, Protetik och tandreglering, utförs på någon som under kalenderåret fyller 65 år eller mer. Undantag görs dock för åtgärd 77, behandling med bettskena. Högkostnadsskyddet gäller inte heller för Apparaturbehandling, åtgärd 881 – 894.

De närmare reglerna om högkostnadsskyddet och förhandsprövningen kommer att finnas i förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa. Angående högkostnadsskyddets utformning och tillämpning, se avsnitt 7.

15 a §

Kommunernas och landstingens organisation och verksamhetsformer regleras i 3 kap. kommunallagen (1991:900). Enligt 3 kap. 9 § beslutar fullmäktige i ärenden av principiell beskaffenhet eller annars av större vikt för kommunen eller landstinget. Bland annat är det fråga om budget, skatt och andra viktiga ekonomiska frågor. Fullmäktige får enligt 10 § uppdra åt en nämnd att i fullmäktiges ställe besluta i ett visst ärende eller en viss grupp av ärenden. Ärenden som anges i 9 § första stycket, däribland de frågor som särskilt nämnts ovan, eller som enligt lag eller annan författning skall avgöras av fullmäktige får dock inte delegeras till nämnderna. Eftersom folktandvårdens priser är en sådan fråga som skall avgöras av fullmäktige och regeringen bedömer att det är av vikt att så verkligen sker, görs i tandvårdslagen (1985:125) det förtydligandet att det är landstingsfullmäktige som beslutar om folktandvårdens priser på tandvård. Närmare om skälen för förslaget, se avsnitt 10.

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

Förslaget behandlas i avsnitt 9 i den allmänna motiveringen. I första stycket i 2 kap. 10 § anges att frågor om ersättning enligt 2 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring som huvudregel skall prövas av den allmänna försäkringskassa som enligt 5 kap. socialförsäkringslagen (1999:799) skall avgöra ett ärende avseende den försäkrade. I andra stycket finns undantagsbestämmelser där det anges att i vissa angivna fall skall frågan om ersättning i stället prövas av den försäkringskassa inom vars verksamhetsområde vårdgivaren eller annan som får ersättning bedriver sin verksamhet. Det nu föreslagna tillägget innebär att det för de fall som anges i andra stycket kan föreskrivas att det hos en eller flera försäkringskassor skall finnas gemensamma enheter för flera eller alla försäkringskassor för vissa ärenden eller frågor. Det skulle således kunna föreskrivas att en viss försäkringskassa skall handha samtliga ärenden av en viss typ, t.ex. förhandsprövning vid särskilda skäl, eller att ärendena på visst sätt skall delas mellan några försäkringskassor.

Sammanfattning av betänkandet Bättre tandvårdsförsäkring för äldre (SOU 2001:36)

Prop. 2001/02:51
Bilaga 1

Inledning

Utredningen Tandvårdsöversyn 2000 har i uppdrag att göra en samlad utvärdering av det reformerade tandvårdsstödet och lägga fram förslag om användningen av det resurstillskott som riksdagen beslutat tillföra tandvården t.o.m. år 2003. Utredningen skall se över förutsättningarna för att förbättra skyddet mot höga behandlingskostnader för i första hand de äldre, analysera prisutvecklingen för tandvården sedan reformen infördes den 1 januari 1999 samt göra en bedömning av kostnadsutvecklingen för de kommande fem åren. Utredningens analys och förslag avseende dessa delar av uppdraget redovisas i detta delbetänkande.

I nästa steg skall utredningen föreslå förändringar som främjar effektivitet och samarbete inom tandvården och verkar för en god tandhälsa hos hela befolkningen. Frågor om den framtida tandvården, tandvårdspersonalen och om tandvårdsstödet mer långsiktiga inriktning och omfattning behandlas i det slutbetänkande som lämnas till regeringen senast den 31 mars år 2002.

Utredningen leds av den särskilde utredaren Anders Sundström, styrelseordförande vid Sparbanken Nord, som ensam svarar för utredningens ställningstaganden och förslag. Sekretariatet består av huvudsekreteraren tandvårdschefen i Norrbottens läns landsting Agneta Ekman, sekreteraren Karin Nilsson Kelly och förre tandvårdsdirektören i Stockholms läns landsting Bertil Koch som ingår i sekretariatet som expert. Till utredningen är knuten en grupp av sakkunniga med representanter för Socialstyrelsen, Landstingsförbundet, Riksförsäkringsverket, Utbildningsdepartementet och Socialdepartementet.

Bakgrund

I Sverige infördes år 1974 en allmän tandvårdsförsäkring som främst syftade till att göra tandvård ekonomiskt tillgänglig för alla medborgare. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och subventionen omfattade alla åtgärder. När tandhälsan hos befolkningen med åren väsentligt förbättrades samtidigt som statens kostnader för tandvårdsförsäkringen växte blev det så småningom nödvändigt att förändra det statliga stödet till vuxentandvården. Dessförinnan hade tandvårdsförsäkringen kraftigt urholkats och de ekonomiska villkoren för patienterna försämrats till följd av försvagade statsfinanser. Ett flertal utredningar tillsattes under åttio- och nittiotalen i syfte att förändra tandvårdsstödet.

Det reformerade tandvårdsstöd som trädde i kraft den 1 januari 1999 ger alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den s.k. bastandvården och ett visst stöd för protetiska åtgärder. Boende på sjukhem m.m. får avgiftsfritt besök av tandvårdspersonal för munhälsobedömning. Samma patienter får nödvändig tandvård för avgifter som för öppen hälso- och sjukvård, dvs. högst 900 kronor per tolv månadersperiod. Tandvård i samband med sjukdomsbehandling omfattas av samma avgiftssystem. Syftet är i första hand att ge ekonomiskt stöd för att förhindra framtida större tandvårds-

behov framför att ge stöd till behandling av redan uppkomna skador. Denna prioritering har gjorts för att tandvårdsbehovet på sikt skall minska och därmed även kostnaderna för den enskilde och för samhället.

Det statliga tandvårdstödet för vuxna omfattar dels den tandvård som ingår i den allmänna försäkringen som administreras av försäkringskassorna, dels den tandvård som landstingen ansvarar för. Till de viktigaste förändringarna i det reformerade tandvårdsstödet hör de förbättrade villkoren för långtidssjuka och funktionshindrade samt att den statliga regleringen av arvoden för tandvård som gällt alltsedan år 1974 avskaffats och prissättningen för tandvårdstjänster blivit fri.

Det reformerade tandvårdsstödet har varit verksamt i lite mer än två år. Det är utredningens uppfattning att stödet huvudsakligen uppfattas som positivt. Det framgår bl.a. av de riksdagsmotioner som under perioden har behandlat frågan och av de kontakter utredningen har haft med representanter för olika myndigheter och organisationer. Den främsta kritiken riktas mot det särskilda stöd som inom försäkringen utgår vid långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder och som uppges inte ha kommit patienterna tillgodo i den omfattning som ursprungligen var tänkt.

Det framhålls att stödet till grupper inom vården och omsorgen och förebyggande insatser för den övriga befolkningen har förbättrats samtidigt som vissa mer omfattande behandlingar har blivit dyrare. Det konstateras också med oro att även bastandvården har blivit dyrare trots ökade subventioner och prisutvecklingen på tandvårdstjänster anses inte stå i proportion till den allmänna prisutvecklingen. Vårdgivarnas priser beräknas ha ökat med cirka 30 procent i genomsnitt.

Även om tandhälsan i stort har förbättrats så kvarstår stora skillnader mellan olika delar av landet och mellan olika befolkningsgrupper. Uppfattningen att särskilda insatser krävs för att hitta metoder att utveckla den förebyggande vården för i första hand de mest utsatta grupperna och de äldres behov av ett utökat stöd har framförts till utredningen i flera sammanhang. Särskilt bör situationen för de äldre som inte omfattas av hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd uppmärksammas. Någon form av högkostnadsskydd för de äldre med stora tandvårdsbehov efterlyses också av de myndigheter och organisation som utredningen har varit i kontakt med.

Aktuella frågor

Utredningen skall inledningsvis inrikta sig på att analysera hur stödet vid höga behandlingarkostnader kan förbättras i första hand för de äldre samt lämna förslag på förbättrat skydd mot höga behandlingarkostnader för denna grupp. Enligt direktiven är det viktigt att regelverket har en utformning som främjar tandhälsan.

Utvärderingar visar att det reformerade tandvårdsstödet har inneburit en förskjutning mot bastandvård vilket också var ett uttalat syfte med reformen. Oroande är emellertid att nuvarande utformning av tandvårdsstödet leder till höga kostnader för dem som har behov av omfattande protetiska åtgärder och som inte är berättigade till förhöjd tandvårdersättning eller omfattas av hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. För att i första hand förbättra skyddet mot höga behandlingarkostnader har

Riksdagen efter förslag i den ekonomiska vårpropositionen år 2000 avsatt 200 miljoner kronor för år 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor för år 2003. I budgetpropositionen för år 2001 föreslog regeringen att förbättringarna delvis skulle tidigareläggas genom att tandvårdsstödet redan för år 2001 tillförs 100 miljoner kronor av de 200 miljoner kronor som avsatts för år 2002. Riksdagen följde regeringens förslag.

Under de senare decennierna har tandhälsan i befolkningen stadigt förbättrats. Andelen personer som helt saknar egna tänder har minskat väsentligt sedan början av 1980-talet (från 17,4 till 6,4 procent i åldersgruppen 25–84 år) och generellt är tandförluster sällsynta bland yngre vuxna. I åldrarna 45 år och däröver har tuggförmågan stadigt förbättrats under den senaste tjugoårsperioden medan tuggförmågan under senare år tycks vara på väg att försämrats för personer i åldersgruppen 16–44 år. Andelen fyllda eller kronförsedda tänder har minskat kraftigt inom åldersgruppen 20–24 år medan det har skett en tydlig ökning inom åldersgruppen 55–60 år. Nästan 75 procent av tänderna hos de äldre patienterna är försedda med fyllningar eller kronor. Dessa tänder kommer att kräva omfattande och ofta dyrbar behandling i form av reparationer, utbyte av fyllningar och protetiska rekonstruktioner för att behålla sin funktion.

Flera undersökningar visar att vuxnas munhälsa har blivit mycket bättre sedan början av åttiotalet. Om denna utveckling fortsätter är det realistiskt att räkna med att om femton år kommer så gott som ingen att bli totalt tandlös före 65 års ålder. Den stora utmaningen för tandvårdens del blir därför att upprätthålla den äldre generationens tandhälsa. En inte obetydlig del av befolkningen kommer emellertid även i framtiden att vara i behov av såväl avtagbara proteser som implantat.

Studier visar att tandhälsan hos långvårdspatienter har försämrats under den senaste tioårsperiod. Om de äldres tandhälsa skall kunna bevaras livet ut behöver tandvård med stora inslag av förebyggande vård ingå i äldreomsorgen. Flera studier belyser vikten av att de äldre redan när de är friska informeras om att behovet av kariesförebyggande åtgärder ökar med stigande ålder.

Enligt Statistiska centralbyråns undersökningar av befolkningens levnadsförhållanden (ULF) har befolkningens tandvårdskontakter blivit allt tätare sedan år 1975. En undersökning avseende tandvårdskonsumtionen åren 1998 och 1999 som genomfördes av Riksförsäkringsverket visar dock att besöksfrekvensen för personer i åldrarna 21–85 år minskade något mellan de båda åren från 78,2 procent till 75,3 procent. De grupper som i större utsträckning än andra uppgav att de inte hade besökt tandläkare eller tandhygienist det senaste året var bl.a. ekonomiskt svaga personer och yngre vuxna i åldern 20 till 29 år. Av en intervjuundersökning i fyra län som initierats av Socialstyrelsen framgår också att åldersgruppen 20–29 år har en lägre besöksfrekvens än övriga åldersgrupper.

Det är svårt att fastställa samband mellan tandvårdsförsäkringen och den förbättrade tandhälsan hos befolkningen. Även andra faktorer såsom introduktionen av fluortandkräm har bidragit till ett förbättrat tandtillstånd. Det är emellertid väl känt att stödsystem av olika slag kan få individer att förändra sitt beteende och det är möjligt att den förändrade inriktningen av tandvårdsstödet fr.o.m. den 1 januari 1999 kan ha påverkat hur ofta man besöker tandläkaren. Det är enligt utredningens uppfattning inte

entydigt att de förändrade villkoren orsakat den minskade efterfrågan på tandvård som rapporteras i många studier men det finns en uppenbar risk att särskilt utsatta grupper avstår från vård på grund av avgiftens storlek. Enligt 1999 års undersökning om hushållens inkomster, HINK, uppgav närmare 15 procent, motsvarande en miljon personer, att de avstått helt eller delvis från tandvård på grund av utgiften. Vad detta kan få för konsekvenser för deras hälsa på kort och lång sikt kan inte avgöras utan mera djupgående analyser. Det är huvudsakligen inkomstsvaga som avstår från vård och läkemedel och det finns skäl att särskilt uppmärksamma riskerna för utsatta grupper vid förändringar i avgiftssystemen.

Mål och principer

Det övergripande målet för tandvården uttryckt i tandvårdslagen (1998:125) är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Det innebär att ingen enskild av ekonomiska, politiska, religiösa, kulturella eller andra skäl får hindras från att erhålla tandvård. Det innebär också att den som har det största behovet av tandvård skall ges företräde och att människor som behöver vård inte skall behöva avstå av ekonomiska skäl.

Utredningen är medveten om att det inte finns några undersökningar som klart visar vilka tandhälsoeffekter och därmed vilken inverkan på folkhälsan en tandvårdsförsäkring kan ha. Erfarenheterna från Sverige och andra länder är delvis motsägelsefulla. Förhållandena i Sverige måste dock bedömas mot den bakgrunden att det sedan år 1974 har funnits en tandvårdsförsäkring, som från början gav ett omfattande stöd till all tandvård åt alla medborgare. De försämrade villkoren för tandvårdsförsäkringen, har ofta påtalats i den allmänna debatten och det finns i dag en spridd uppfattning att tandvård i Sverige är dyr för den enskilde. Utredningen anser därför att det finns skäl att anta att utformningen av tandvårdsförsäkringen påverkar efterfrågan på tandvård och att detta på sikt kan ha betydelse för tandtillståndet hos landets befolkning.

Enligt utredningens uppfattning bör statens ekonomiska stöd till vuxnas tandvård också fortsättningsvis ha inriktningen att bidra till ett förbättrat tandtillstånd så att tandvårdsbehovet på sikt minskar och därigenom också kostnaderna såväl för den enskilde som för samhället. Därutöver bör stödet inriktas på att minska kostnaderna för den enskilde för sådan tandvård som bidrar till att kunna äta/ tugga och tala obehindrat och bibehålla ett utseende utan synliga, estetiskt störande tandluckor.

Med de angivna syftena anser utredningen att stödet för tandvård även fortsättningsvis bör inriktas på grupper av personer med särskilda och omfattande tandvårdsbehov. De grupper som enligt utredningens mening nu har det största behovet av ett ökat ekonomiskt stöd för att öka efterfrågan på tandvård är åldersgruppen 20–29 år och 75 år och äldre. I direktiven till utredningen anges att ett förbättrat skydd mot höga behandlingskostnader i första hand skall inriktas på de äldre. Utredningen avser att i sitt huvudbetänkande återkomma till de yngres behov av ökat ekonomiskt stöd.

Samma regler för tandvårdsersättning för partiella proteser som för hela proteser

Utredningen föreslår att karensbeloppet om 3 500 kronor avskaffas vid behandling med partiella proteser.

När karensbeloppet avskaffades för hela proteser den 1 januari 2001 innebar det kraftigt minskade kostnader för många. Också personer i behov av partiella proteser bör få tillgång till samma förmån som den som gäller för hela proteser, anser utredningen och föreslår därför att karensbeloppet avskaffas även för partiella proteser. Det är vidare utredningens uppfattning att all avtagbar protetik bör räknas som bastandvård och flyttas från Avdelning B Protetik och tandreglering i tandvårdstaxan (1998:1337) till Avdelning A Bastandvård.

Regeringen har anslagit 100 miljoner kronor för att förbättra stödet vid behandling med hel protes. Utredningen har uppskattat att kostnaderna väsentligt kommer att understiga det avsatta beloppet efter år 2001. Utredningen bedömer att även den ökade försäkringskostnaden för partiella proteser från och med år 2002 ryms inom de anslagna medlen.

Ökat stöd för bastandvård åt äldre

Utredningen föreslår att alla som är 75 år och äldre får tandvårdsersättning med dubbelt grundbelopp för alla åtgärder inom bastandvården inklusive undersökning. Syftet med förslaget är att stimulera de äldre att hålla en regelbunden kontakt med tandvården. Avsikten är att detta skall bidra till att regelbunden tandvård efterfrågas i högre utsträckning än idag bland de äldre.

Utredningen anser att den största faran för befolkningens tandhälsa på lång sikt ligger i att efterfrågan på regelbunden tandvård minskar. Ett av de problem som utredningen vill försöka lösa är att äldre personer av kostnadsskäl avstår från regelbundna besök hos tandvården. Det är av stor vikt att den vardagliga hälsobefrämjande tandvården inte åsidosätts. Därför föreslår utredningen att personer från och med det år då de fyller 75 år skall få tandvårdsersättning med dubbelt grundbelopp för samtliga bastandvårdens åtgärder, utom för avtagbar protetik där endast ett grundbelopp finns, enligt utredningens förslag. Förslaget innefattar även ersättning för undersökning, som idag inte ersätts av försäkringen, med dubbelt grundbelopp. Ingen förhandsprövning behövs. Anledningen till att åldersgränsen 75 år väljs är dels att tandvårdsefterfrågan då minskar, dels att utgiftsramen är begränsad, dels att 75-årsåldern är en brytpunkt när det gäller de äldres ekonomi. Vid en eventuell utökning av den ekonomiska ramen bör det vara en högprioriterad fråga att sänka åldersgränsen för denna stödåtgärd, anser utredningen.

Utredningen har beräknat merutgiften för försäkringen till 225 miljoner kronor.

Högekostnadsskydd för äldre för kronor, broar och implantat

Utredningen föreslår att ett tak för höga behandlingskostnader införs för åldersgruppen 75 år och däröver vid behandling med kronor, broar och

implantat. Kostnaden för sådana fasta protetiska ersättningar, exklusive kostnaden för material, skall under en behandlingsperiod på tolv månader högst uppgå till 7 000 kronor. Förmånen skall förhandsprövas hos försäkringskassan.

Utredningen anser att det ekonomiska stödet till tandvård också fortsättningsvis skall ha en tandhälsoinriktning. Dock får detta inte äventyra att dagens äldre, som av många skäl har ett sämre utgångsläge för att upprätthålla en god tandhälsa, skall kunna få ett bättre skydd mot höga behandlingskostnader. Ingen skall av ekonomiska skäl tvingas avstå från den vård som erfordras. Tandvårdsstödet nuvarande utformning gör att behandlingskostnaderna för fast protetik kan bli mycket höga.

Utredningen anser att i den framtida tandvården tillhör de äldre den grupp som bör prioriteras. Utgångspunkten för det nuvarande tandvårdsstödet inom tandvårdsförsäkringen är att ett stöd skall lämnas till alla medborgare för den bastandvård som är nödvändig för att uppnå och behålla en god tandhälsa och för att förhindra att större skador uppkommer i framtiden.

Tandvårdsstödet nuvarande konstruktion innebär att äldre med omfattande omsorgsbehov får all nödvändig tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem, vilken för dem gör tandvård åtkomlig till en låg kostnad. För äldre utan stort behov av omsorg och service har tandvården däremot generellt blivit dyrare jämfört med försäkringens utformning före år 1999. Undersökningarna pekar på att tandvårdsutgifterna stiger med ökande ålder och att det är i åldersgruppen 75 år och däröver som den största andelen med tandvårdskostnader överstigande 5 000 kronor finns. Det är också i denna åldersgrupp man återfinner de lägsta besöksfrekvenserna.

Många av dem som, när den allmänna tandvårdsförsäkringen infördes år 1974, kunde ersätta förlorade tänder med omfattande fasta protetiska konstruktioner befinner sig nu i situationen att tidigare utförda kronor och broar behöver göras om till en idag hög kostnad. I de fall där lagning inte är möjlig eller där en person av andra skäl måste ha en fast konstruktion i form av ett s.k. implantat, kan kostnaderna bli mycket höga.

Utredningen föreslår att arvoden för protetiska åtgärder för denna patientgrupp prisregleras. Utredningen anser inte att en fri prissättning kan kombineras med en hundraprocentig ersättning från tandvårdsförsäkringen. En sådan modell skulle verka starkt prishöjande och leda till okontrollerbara kostnadsökningar för försäkringen. Riksförsäkringsverkets åldersindelade åtgärdsstatistik visar att omkring 15 procent av de kronor, broar och implantat som utförs avser patienter som är 75 år eller äldre. Utredningen bedömer således att en prisreglering kommer att omfatta 15 procent av all fast protetik som utförs.

Eftersom behandlingarna många gånger kan vara tekniskt komplicerade att utföra kan remiss till specialisttandläkare erfordras. Utredningen anser att när det gäller behandling hos specialist är det rimligt att ett högre arvode uttas. Dock anser utredningen inte att behandlingen med kronor, broar och implantat för patienten skall bli dyrare än föreslaget tak på 7 000 kronor. Tandvårdsersättningen vid behandling hos specialist i oral protetik kan enligt utredningen vara högre än vid behandling hos allmäntandläkare.

Utredningen har beräknat merutgiften för försäkringen till 150 miljoner kronor per år.

Prop. 2001/02:51
Bilaga 1

Behandling med bettskena blir bastandvård

Utredningen föreslår slutligen att bettskenor flyttas från tandvårdstaxans Avdelning B Protetik och tandreglering till Avdelning A Bastandvård. Bettskenor görs i smärtlindrande syfte och inte som protetisk ersättning för förlorade tänder. Personer med smärta och funktionsstörningar i käk-systemet bör enligt utredningens mening ha samma möjlighet att inom bastandvårdens ram erhålla behandling för sina besvär som personer som drabbas av smärta t.ex. till följd av inflammation eller infektion i en tand.

Förändringen beräknas medföra en kostnadsökning för försäkringen om 25 miljoner kronor per år.

Priset på tandvård

I direktiven anges att vårdgivarnas prishöjningar på tandvård efter det att den statliga prisregleringen slopades varit större än väntat och att prishöjningarna till viss del kan ha varit motiverade men att de fortsatta prishöjningarna är oroväckande. Utredningen har därför fått i uppdrag att analysera utvecklingen av priserna för tandvård och bedöma om kostnadsökningarna kan anses vara motiverade. Om prisutvecklingen befinns oacceptabel skall utredningen föreslå åtgärder för att komma tillrätta med denna.

Vid tidpunkten för prisregleringens avskaffande fanns ett överskott på tandläkare i Sverige. Regeringen bedömde därför att den slopade prisregleringen inte skulle leda till oacceptabla prishöjningar eftersom vårdgivarna förväntades konkurrera om kunderna med hjälp av priserna. Man trodde också att folktandvårdens priser skulle få karaktär av riktpriiser för landet och utgick ifrån att detta skulle hålla prisstegringarna i schack eftersom folktandvårdens priser sätts genom politiska beslut. Om avregleringen av prissättningen trots allt skulle leda till oacceptabla prishöjningar på tandvård sade sig regeringen inte tveka att återinföra prisregleringen.

Överskottet av tandläkare förbyttes emellertid i ett underskott då tandläkarna åtminstone under det första året efter prisregleringens avskaffande fortsatte att flytta utomlands i stor utsträckning och någon egentlig priskonkurrens vårdgivarna emellan har inte uppkommit. Enligt Riksförsäkringsverkets uppfattning förefaller folktandvårdens priser lokalt ha styrt prisbilden, men detta har inte lett till minskade kostnader då prisökningarna inom folktandvårdens har varit tämligen kraftiga, visar Riksförsäkringsverkets granskningar.

Enligt Riksförsäkringsverket har höjningarna av tandvårdspriserna överstigit den allmänna prisutvecklingen. Den genomsnittliga prisökningen mellan 1998 och våren 1999 för folktandvårdens del var enligt verkets beräkningar 18 procent. Skillnaderna i priser mellan landstingen är stora, visar verkets granskningar. Trots att priserna inom folktandvården enligt kommunallagen högst får motsvara självkostnaden har RFV inte kunna finna någon enhetlig linje för hur landstingen sätter sina pri-

ser. Verket ställer frågan om självkostnaden för tandvård verkligen kan skilja sig mellan olika landsting i så hög grad som landstingens prislistor indikerar.

I genomsnitt för hela landet har prishöjningarna inom folktandvården enligt Landstingsförbundet varit 15,3 procent år 1999, 5,8 procent år 2000 och 6,1 procent år 2001. Förbundet framhåller emellertid att prishöjningarna varit nödvändiga för att tillföra folktandvården resurser bl.a. för att förbättra arbetsmiljön och förändra arbetsorganisationen. Enligt Landstingsförbundets beräkningar har patienternas kostnader för bastandvården i flertalet fall ökat något år 2001 jämfört med år 1998.

Utredningen konstaterar att priserna inom tandvården har höjts mer än vad som förväntades när prisregleringen släpptes. Under hela perioden 1999–2001 beräknas den genomsnittliga prishöjningen inom folktandvården enligt Landstingsförbundet uppgå till 29,4 procent. Inom privat-tandvården har prishöjningarna varit något högre.

Frågan om prishöjningarna varit motiverade har diskuterats inom utredningen. För det första har utredningen försökt bedöma om de högsta priser för tandvård som regeringen hade fastställt för år 1998, var tillräckliga för att vårdgivarna skulle kunna bedriva tandvård i väl anpassade lokaler, med modern utrustning, med välutbildad personal och under miljömässigt goda arbetsförhållanden. För det andra har utredningen sökt utröna om prishöjningarna efter år 1998 har lett till mera konkurrenskraftiga löner för i första hand tandläkare, förbättrad arbetsmiljö, ökade investeringar och ökad kompetensutveckling.

Utredningen har inte haft tid att göra några egna undersökningar och någon övergripande omkostnadsundersökning har inte gjorts under de senaste 15 åren. Utredningen har därför nödgats göra sina bedömningar på grundval av material, som vårdgivarorganisationerna tillhandahållit. Utgångspunkten för de jämförelser som gjorts när det gäller prisutvecklingen är de högsta tillåtna priser som enligt tandvårdstaxan gällde år 1998.

Utredningen anser att det finns fog för uppfattningen att arvodesnivån 1998 var för låg och att den inte speglade de faktiska kostnaderna inom vuxentandvården. De högsta priser för tandvård, som regeringen hade fastställt för år 1998, var inte tillräckliga för att vårdgivarna långsiktigt skulle kunna bedriva tandvård i väl anpassade lokaler med modern utrustning, med välutbildad personal och under miljömässigt goda arbetsförhållanden. För detta talar bl.a. nedgången i investeringar under början av 1990-talet, de arbetsmiljöproblem som redovisats för tandvårdspersonalen, den accelererande utflyttningen av tandläkare från landet under slutet av 1990-talet, den minskande kompetensutvecklingen och landstingens behov av tillskott av skattemedel för att kunna bedriva allmän vuxentandvård.

Utredningen anser därför att en prishöjning efter år 1998 var befogad men att den prishöjning som skett såväl inom folktandvården som hos de privata vårdgivarna har blivit oväntat stor. Förklaringar kan vara tandvården var mera underfinansierad än vad som tidigare förmodats och att landstingens bidrag till folktandvårdens vuxentaxor var större än förväntat. Ännu en förklaring är att någon egentlig priskonkurrens aldrig uppkom utan i stället kunde vårdgivarna höja sina priser och minska kraven på produktivitets- och effektivitetsökningar.

Prishöjningarna synes emellertid ha lett till mer konkurrenskraftiga löner för vårdpersonalen. Landstingsförbundet har beräknat löneökningarna inom folktandvården under år 1999 till 6,5 procent och år 2000 till 4,7 procent, tillsammans 11,4 procent under perioden. De olika yrkeskategorierna har då vägts ihop. De största ökningarna har skett för tandläkarna. Förbundet bedömer att löneökningarna kommer att vara i samma storleksordning i år som de närmast föregående åren.

Kompetensutvecklingen har ökat markant, visar statistik från Sveriges Tandläkarförbund och Svenska Tandläkaresällskapet och uppgifter från Landstingsförbundet visar att folktandvårdens investeringar har ökat under åren 1998 och 1999 efter att ha varit sjunkande tidigare under nittio-talet.

Till viss del ser utredningen prishöjningarna efter år 1999 till den nuvarande nivån som en fortsatt återhämtning av den underfinansiering av tandvården som tidigare funnits enligt utredningens uppfattning. Utredningen delar emellertid regeringens oro för framtiden. Inte minst bekymmersamt är det enligt utredningens uppfattning att någon egentlig priskonkurrens inte existerar och att tandvårdens enligt utredningens bedömning inte utgör någon välfungerande marknad med välinformerade patienter/kunder som skapar konkurrens mellan vårdgivare och mellan leverantörer. Patienternas ställning är svag och få vill eller vågar ifrågasätta vårdgivarnas kostnadsförslag. Det behövs enligt utredningen en stark företrädare för kunderna för att granska och sprida information om vårdgivarnas priser. En sådan skulle också kunna bilda opinion för att patienterna skall bli mera prismedvetna och ifrågasätta och diskutera kostnadsförslagen. På så sätt skulle kundrollen förstärkas och en priskonkurrens uppstå mellan vårdgivarna.

De faktorer som i dag verkar återhållande på priserna är främst patienternas förmåga och vilja att betala för tandvård samt den politiska ambitionen inom landstingen att ställa krav på fortsatta produktivitets- och effektivitetsförbättringar inom folktandvården. Enligt utredningens uppfattning har landstingen ett stort ansvar för befolkningens tandvårdskostnader eftersom landstingens prissättning är normerande även för privat-tandvården.

Utredningen anser att såväl den allmänna prisnivån inom folktandvården som priserna på enskilda åtgärder skall bestämmas av fullmäktige och inte av någon nämnd. Landstingen har ett avgörande inflytande på tandvårdsprisernas utveckling. Detta gäller inte enbart inom den i egen regi drivna folktandvården utan för all tandvård i landet. Den genomlysning av prisfrågan och den öppna debatt som sker vid fullmäktiges möten är det enda tillfälle då patienternas/konsumenternas intressen vägs mot producenternas. Allmänhetens krav på låga tandvårdspriser och krav på rationell drift inom den offentliga tandvården kan av fullmäktige vägas mot folktandvårdens önskemål om intäktsökningar.

Direktiven tar upp ett problem som rör priserna på tandvård i samband med nödvändig tandvård åt boende på sjukhem m.m. samt tandvård som är ett led i en sjukdomsbehandling.

Det kan ifrågasättas om det är rimligt att ett landsting betalar mer för att få tandvård utförd av privata vårdgivare än vad det kostar att utföra vården i egen regi. För att få en uppfattning om storleken på problemet har utredningen genomfört en enkät till de organisationer inom lands-

tingen som administrerar tandvårdsstödet åt vuxna. 19 landsting har besvarat enkäten. Av svaren att döma skiljer sig generellt inte privattandvårdens priser från folktandvårdens i så stor utsträckning att en prisreglering enbart av det skälet bör införas.

Emellertid har utredningen lagt förslag om införande av ett högkostnadsskydd för protetiska åtgärder åt personer som är 75 år och äldre. I samband med detta föreslås att arvoden på fasta protetiska åtgärder för denna patientgrupp prisregleras. Utredningen finner det rimligt att samma prisreglering skall gälla när patienter som är 75 år eller äldre betalar avgift till landstinget enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftsregler.

Kostnadsutvecklingen

Utredningen har även i uppdrag att göra en bedömning av den framtida kostnadsutvecklingen i tandvården i ett femårigt perspektiv.

Statens ersättning till landstingen är för den tandvård dessa ansvarar för 405 miljoner kronor per år under åren 1999–2001.

Landstingens kostnader för år 1999 uppgick till 193 miljoner kronor och för år 2000 till 433 miljoner kronor. När det gäller de följande åren 2001 och 2002 bedömer Landstingsförbundet att kostnaderna kommer att öka till 551 respektive 670 miljoner kronor. Landstingsförbundet anser att kostnaderna för åren 2003 och 2004 är svårare att prognostisera. Förbundet har uppskattat kostnadsökningarna till sex procent per år för dessa år.

Riksförsäkringsverket hade tidigare beräknat prognosen för utfallet år 2000 inom tandvårdsförsäkringen till 1 598 miljoner kronor. I prognoserna för åren 2002 och 2003 har inräknats de förväntade resurstillskotten för att förbättra tandvårdsstödet åt främst äldre personer, som angetts i budgetpropositionen för 2001, dvs. ytterligare 100 miljoner kronor från och med år 2002 och ytterligare 300 miljoner kronor från och med år 2003. I prognoserna har också antagits att kostnaderna för bastandvården fortsätter att öka. Även kostnaderna för förhöjd ersättning vid långvariga sjukdomstillstånd förväntas öka.

Utredningen har inte tillgång till annat underlag för att bedöma den framtida kostnadsutvecklingen än Landstingsförbundet och Riksförsäkringsverket. Utredningen finner inte heller skäl att bedöma kostnadsutvecklingen på annat sätt än vad förbundet och verket gjort.

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

Härigenom föreskrivs att 4 § och 15 a § tandvårdslagen (1985:125) skall ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

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.

Föreslagen lydelse

4 §

För åtgärd för vilken hela ersättningen kan komma att betalas av staten får regeringen bestämma den högsta ersättning som vårdgi-varen får ta ut. I sådant fall får regeringen också föreskriva att samma högsta ersättning skall gälla vid tandvård som avses i 8 a §.

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

15 a § andra stycket

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § 2 och 3 får landstinget ta ut vårdavgifter enligt grunder som landstinget bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

Med landstinget avses landstingsfullmäktige.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2002

Remissyttranden har avgetts av:

Karlstads tingsrätt, Kammarrätten i Göteborg, Länsrätten i Uppsala, Statskontoret, Riksförsäkringsverket, Försäkringskassaförbundet, Socialstyrelsen, Handikappombudsmannen, Riksrevisionsverket, Konsumentverket, Karolinska Institutet, Odontologiska fakulteten, Odontologiska fakultetsnämnden vid Göteborgs Universitet, Umeå Universitet, Odontologiska fakulteten, Konkurrensverket, Gotlands kommun, Stockholms läns landsting, Uppsala läns landsting, Södermanlands läns landsting, Östergötlands läns landsting, Jönköpings läns landsting, Kronobergs läns landsting, Kalmar läns landsting, Blekinge läns landsting, Region Skåne, Hallands läns landsting, Västra Götalands län (Regionen), Värmlands läns landsting, Örebro läns landsting, Västmanlands läns landsting, Gävleborgs läns landsting, Landstinget Västernorrland, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting, Norrbottens läns landsting, Handikappförbundens Samarbetsorgan, Svenska Kommunförbundet, Landstingsförbundet, Tjänstemännens Centralorganisation (TCO), Sveriges Akademikers Centralorganisation (SACO), Landsorganisationen i Sverige (LO), Svenskt Näringsliv, Sveriges Konsumentråd, Pensionärernas Riksorganisation, Riksförbundet PensionärsGemenskap, Sveriges Pensionärsförbund, Sveriges Pensionärs Riksförbund, Praktikertjänst AB, Dentallaboratoriernas Riksförening, Föreningen Svensk Dentalhandel, Sveriges Folktandvårdsförening, Sveriges Tandhygienistförening, Sveriges Privattandläkarförening, Sveriges Tandläkarförbund, Tandteknikerförbundet, Tandvårdsskadeförbundet, Tjänstetandläkarna.

Yttranden över betänkandet har även avgetts av Riksförbundet för Social och Mental Hälsa, Svenska Diabetesförbundet och Svenska Parkinsonförbundet.

Utdrag ur protokoll vid regeringssammanträde den 17 januari 2002

Närvarande: statsministern Persson, ordförande, och statsråden Thalén, Winberg, Ulvskog, Lindh, Sahlin, von Sydow, Pagrotsky, Östros, Messing, Engqvist, Rosengren, Larsson, Wärnersson, Lejon, Lövdén, Ringholm, Karlsson

Föredragande: statsrådet Engqvist

Regeringen beslutar proposition 2001/02:51 Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.

Författningsrubrik	Bestämmelser som inför, ändrar, upphäver eller upprepar ett normgivningsbemyndigande	Celexnummer för bakomliggande EG-regler
Lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	4 §	
Lag om ändring i lagen (1962:381) om allmän försäkring	2 kap. 10 §	
