

Ett tandvårdsstöd för alla

Fler och starkare patienter

*Betänkande av Utredningen om ett förbättrat
tandvårdsstöd*

Stockholm 2015



STATENS OFFENTLIGA
UTREDNINGAR

SOU 2015:76

SOU och Ds kan köpas från Fritzes kundtjänst.
Beställningsadress: Fritzes kundtjänst, 106 47 Stockholm
Ordertelefon: 08-598 191 90
E-post: order.fritzes@nj.se
Webbplats: fritzes.se

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Fritzes Offentliga Publikationer
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

Svara på remiss – hur och varför.

Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02)

En kort handledning för dem som ska svara på remiss. Häftet är gratis och kan laddas ner
som pdf från eller beställas på regeringen.se/remisser

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet.

Omslag: Elanders Sverige AB.

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2015.

ISBN 978-91-38-24342-8

ISSN 0375-250X

Till statsrådet Gabriel Wikström

Regeringen beslutade den 27 februari 2014 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att genomföra en samlad utvärdering av 2008 års tandvårdsreform.

Fr.o.m. den 1 april 2014 förordnades kommunalrådet Bengt Germundsson som särskild utredare för detta uppdrag.

Som sakkunniga i utredningen förordnades fr.o.m. den 5 juni 2014 kansliråden Anna Hedin och Markus Martinelle.

Som experter i utredningen förordnades fr.o.m. den 5 juni 2014 enhetschefen Gun-Britt Lundin, områdeschefen Birgitta Rosengren, tandvårdschefen Per Tidehag, sakkunnige Andreas Cederlund, handläggaren Jenny Carlsson och näringspolitiske chefen Lars Olsson.

Som huvudsekreterare anställdes fr.o.m den 1 juni 2014 experten Agneta Rönn. Som sekreterare anställdes den 15 augusti 2014 utredaren Bessam Saleh och fr.o.m. den 5 januari 2015 föredraganden Eva Lidén.

Utredningen, som antagit namnet Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd, överlämnar härmed sitt slutbetänkande *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter* (SOU 2015:76).

Stockholm i augusti 2015

Bengt Germundsson

/Agneta Rönn
Bessam Saleh
Eva Lidén

Innehåll

Förkortningar	17
Sammanfattning	19
1 Författningsförslag.....	31
1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.....	31
1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen	35
1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.....	36
1.4 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	41
1.5 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.....	43
2 Utredningens uppdrag och arbete	45
2.1 Uppdraget.....	45
2.1.1 Direktiven	45
2.1.2 Avgränsningar.....	47
2.2 Arbetets uppläggning	47
2.3 Utredningens egna undersökningar.....	48
2.4 Betänkandets disposition.....	48

3	Tandvårdsreformen 2008 – ett systemskifte i vuxentandvården.....	49
3.1	Inledning	49
3.2	Tidigare tandvårdsstöd	49
3.3	2008 års tandvårdsstöd	50
3.3.1	Tandvårdsstödet tre delar.....	51
3.3.2	Målen för tandvårdsstödet.....	52
3.4	Uppföljning av tandvården och tandvårdsstödet	53
3.5	Landstingens tandvårdsstöd	53
4	Vilka är aktörerna i vuxentandvården?	55
4.1	Inledning	55
4.2	Patienter	55
4.3	Statliga myndigheter.....	56
4.3.1	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket	57
4.3.2	Försäkringskassan	57
4.3.3	Socialstyrelsen	58
4.3.4	Andra myndigheter med koppling till tandvårdsstödet	58
4.4	Vårdgivare inom vuxentandvården	59
4.5	Organisationer	60
4.5.1	Sveriges kommuner och landsting	60
4.5.2	Privattandläkarna	61
4.5.3	Sveriges Folktandvårdsförening	61
4.5.4	Andra organisationer	61
5	Vi får allt bättre tänder	63
5.1	Inledning	63
5.2	Utvecklingen av tandhälsan i Sverige	63
5.2.1	Tandhälsan hos barn och ungdomar	63
5.2.2	Tandhälsan i den vuxna befolkningen.....	65
5.3	Sociala skillnader i tandhälsan.....	68

6	Många regelbundna besökare – men en del hamnar utanför	71
6.1	Inledning	72
6.2	Besöksfrekvenser i tandvården.....	72
6.2.1	Viktiga orsaker till ändrad besöksfrekvens	75
6.3	Vilka besöker och vilka avstår från att besöka tandvården?	76
6.3.1	Besöksfrekvenser och kön	77
6.3.2	Besöksfrekvenser och ålder.....	77
6.3.3	Utveckling av antalet undersökningar.....	79
6.4	Besöksfrekvensernas utveckling över tid.....	80
6.4.1	Personer som avstår tandvård av ekonomiska skäl.....	83
6.5	Socioekonomiska skillnader i tandvårdsbesöken	85
6.5.1	Vanligare att enbart göra akuta besök bland socioekonomiskt svagare grupper	86
6.5.2	Utvecklingen av besöksfrekvenserna i olika socioekonomiska grupper	91
7	Hur har innehållet i tandvården förändrats efter reformen?	93
7.1	Inledning	94
7.2	Nationella riktlinjer för vuxentandvård.....	95
7.3	Regelverket för ersättningsberättigande tandvård	96
7.3.1	Bakgrund och förarbeten	96
7.3.2	Tandvårdsstödet's portalparagraf	97
7.3.3	TLV:s föreskrifter om ersättningsberättigande tandvård.....	99
7.3.4	Förankringen av och kännedomen om föreskrifterna	103
7.4	Utvecklingen av den vuxna befolkningens tandvårdskonsumtion m.m. 2009–2014.....	104
7.4.1	Tandskador och reparativa insatser	105
7.4.2	Behandling vid tandlöshet.....	108

7.4.3	Förebyggande behandlingar	110
7.4.4	Vad visar analyserna – i sammandrag?	113
8	Stödets effekter på patientkostnader och priser m.m. ...	115
8.1	Inledning	116
8.2	Tandvårdsstödet fördelning och utveckling.....	117
8.2.1	Användningen av högkostnadsskyddet	118
8.2.2	Användningen av ATB.....	121
8.3	Tandvårdskonsumtion, subventionsgrader och socioekonomi.....	122
8.4	Patienternas kostnader för tandvård	124
8.4.1	Utvecklingen av patientkostnader över tid	124
8.4.2	Patienter med höga tandvårdskostnader flera år i rad	128
8.5	Referensprisernas och vårdgivarprisernas utveckling.....	130
8.5.1	Referenspriserna.....	130
8.5.2	Vårdgivarpriserna	133
8.6	Subventionens betydelse för prisbildningen.....	134
9	Kostnaderna för tandvårdsstödet efter reformen	135
9.1	Inledning	136
9.2	Beräknade och faktiska utgifter för det nya statliga tandvårdsstödet.....	137
9.2.1	Beräkningarna inför reformen.....	137
9.2.2	Faktisk utveckling av utgifterna sedan reformen genomfördes	138
9.3	Varför blev de verkliga kostnaderna för tandvårdsstödet så mycket lägre än vad som beräknades?	143
9.3.1	Besöksfrekvenser i tandvården	143
9.3.2	Tandvårdskonsumtion per patient.....	144
9.3.3	Antalet tandvårdspatienter	145
9.3.4	Slutsatser.....	145
9.4	Styrning, kontroll och uppföljning av utgifterna för tandvårdstödet	146

9.4.1	Verktyg för styrning och kontroll.....	146
9.4.2	Hur har verktygen använts?.....	147
9.5	Kostnader för att administrera stödet	151
9.5.1	Kostnader för de myndigheter som hanterar stödet.....	151
9.5.2	Kostnader för vårdgivarna.....	153
10	Patienten i tandvården.....	159
10.1	Inledning	160
10.2	Kännedomen om det statliga tandvårdsstödet har ökat men kan bli bättre	161
10.3	Vad vet patienter om pris och kvalitet i tandvården?	163
10.3.1	Tidigare studier.....	163
10.3.2	Tandvårdspatienters prismedvetenhet	165
10.3.3	Hur mäts kvaliteten i tandvården	166
10.4	Vem ger information om tandvård och tandvårdsstöd.....	169
10.4.1	Olika målgrupper för informationen	169
10.4.2	Olika aktörer som informerar om tandvård och tandvårdsstöd.....	170
10.4.3	Vårdanalys studie och slutsatser om informationsansvaret för tandvårdsstöd	177
10.4.4	Slutsatser	179
10.5	Prisjämförelsetjänsten för tandvård.....	179
10.5.1	Bakgrund	179
10.5.2	Utvecklingen av prisjämförelsetjänsten – från Försäkringskassan till 1177.se.....	180
10.5.3	Problem med prisjämförelsetjänsten.....	183
10.5.4	Summering av läget för prisjämförelsetjänsten....	185
10.6	Konsumentskydd och klagomålshantering	186
10.6.1	Konsumentskyddande regler i tandvården	186
10.6.2	Konsumentskydd på andra områden.....	187
10.6.3	Klagomålshantering vid vårdskador i tandvården.....	188
10.6.4	Övrig klagomålshantering inom tandvården	189

11	Styrning och samverkan m.m. samt uppföljning av tandvården och tandvårdsstödet	195
11.1	Inledning	196
11.2	Register och statistik om tandvårdsstöd m.m.	196
11.2.1	Tandvårdsregistret	197
11.2.2	Tandhälsoregistret.....	198
11.2.3	Registrens kvalitet och ändamålsenlighet.....	200
11.3	Myndigheternas arbete med tandvårdsstödet.....	203
11.3.1	Ansvars- och arbetsfördelning	203
11.3.2	Statistik, uppföljning och utvärdering	204
11.3.3	Samarbete om register- och statistikfrågor	209
11.4	Styrning av och samverkan mellan myndigheterna	211
11.4.1	Styrning	212
11.4.2	Samverkan.....	212
11.5	Slutsatser när det gäller myndigheternas arbete och samverkan m.m.	215
11.6	Uppgifter om barns och ungdomars tandhälsa	216
11.6.1	Socialstyrelsens initiativ fram till i dag	216
11.6.2	Tänkbar utveckling framåt	217
12	Kontrollen av tandvårdsstödet	221
12.1	Inledning	222
12.2	Förutsättningar för anslutning till Försäkringskassans elektroniska system	222
12.3	Automatiska kontroller av inrapporterade uppgifter	224
12.4	Efterhandskontroller av utbetald tandvårdsersättning.....	224
12.5	Utformningen av efterhandskontrollerna.....	226
12.6	Utvecklingen av Försäkringskassans arbete med efterhandskontrollerna.....	228
12.6.1	Strategi och inriktning m.m.....	228
12.6.2	Risikanalys och uppföljning m.m.....	229
12.6.3	Metoder för urval	230

12.7	Felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd	231
12.7.1	Försäkringskassans rapport till regeringen om felaktiga utbetalningar.....	232
12.8	Återkrav och sanktioner.....	233
12.8.1	Återkrav	234
12.8.2	Föreläggande om förhandsprövning	237
12.8.3	Innehållande av ersättning	238
12.8.4	Kontrollutredning och polisanmälan	240
12.9	Kvittning av fordran	241
12.9.1	Rättslig reglering	241
12.9.2	Försäkringskassans hantering av återkrav och kvittning.....	242
13	Var det en bra reform och vilka är utmaningarna framöver?	245
13.1	Inledning	245
13.2	Utredningens samlade bild av nuläget	245
13.3	Några av utmaningarna för tandvården och det statliga tandvårdsstödet framöver.....	248
14	Mål och måluppföljning för tandvårdsstödet	251
14.1	Inledning	251
14.2	Målen för tandvårdsstödet.....	252
14.2.1	Bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov	253
14.2.2	Möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till rimlig kostnad.....	254
14.2.3	Utredningens slutsats om målen för tandvårdsstödet.....	255
14.3	Förbättrad analys och uppföljning av stödet	255
14.4	Vissa frågor om tandhälsoregistret m.m.....	258
14.4.1	Tandhälsoregistret	258
14.4.2	Uppgifter om barns och ungdomars tandhälsa ...	261

15	Fler och starkare tandvårdspatienter	263
15.1	Inledning	263
15.2	De som inte kommer till tandvården	263
15.2.1	Vilka är det som inte besöker tandvården och varför?	264
15.2.2	Kan nuvarande högkostnadsskydd ändras för att nå fler?	268
15.2.3	Andra typer av insatser för att fler ska besöka tandvården	270
15.3	En utvecklad och förbättrad information och rådgivning.....	274
15.3.1	Förstärkt information till allmänhet och patienter	274
15.3.2	Hur kan informationsarbetet förstärkas?	279
15.3.3	Nationell patientenkät för tandvården	283
15.3.4	Vårdgivarnas information till patienterna om priser m.m.	286
15.3.5	En förstärkt prisjämförelsetjänst	288
15.3.6	Förbättrat stöd till patienter som inte är nöjda... ..	295
16	Ett mer träffsäkert tandvårdsstöd.....	301
16.1	Inledning	301
16.2	Den ekonomiska ramen för tandvårdsstödet.....	302
16.3	Fördelningen av den ekonomiska ramen för tandvårdsstödet.....	303
16.3.1	Ram för ATB.....	305
16.3.2	Ram för högkostnadsskyddet.....	306
16.3.3	Samlad bedömning av anslagsnivån.....	308
16.3.4	Uppföljning av fördelningseffekter m.m.....	308
16.4	Förändringar i stödet.....	309
16.4.1	Allmänt tandvårdsbidrag	309
16.4.2	Högkostnadsskyddet	316
16.4.3	Värdesäkring av tandvårdsstödet	318
16.4.4	Vissa övriga frågor gällande högkostnadsskyddet	324

17	Åtgärder för att motverka felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet	329
17.1	Inledning	329
17.2	Försäkringskassans arbete med att motverka felaktiga utbetalningar	330
17.3	Mer träffsäkra efterhandskontroller	332
17.3.1	Effektiviteten i efterhandskontrollerna	334
17.3.2	Urvalsmetoder i kontrollverksamheten	336
17.3.3	Arbetsmetoder i kontrollverksamheten	337
17.4	Utökat samarbete och informationsutbyte	338
17.5	Sanktioner för att förhindra det medvetna överutnyttjandet av tandvårdsstödet	344
17.5.1	Kontroll före utbetalning	346
17.5.2	En mer träffsäker förhandsprövning	348
17.5.3	Ökade krav på vårdgivare för anslutning	350
17.6	Återkrav och kvittning av fordran m.m.	355
18	Vägar till en bättre mun- och tandhälsa och en mer hälsofrämjande tandvård	361
18.1	Inledning	361
18.2	Munnen är en del av kroppen	361
18.2.1	Förbättrat samarbete mellan tandvården och hälso- och sjukvården	362
18.2.2	Munhälsa som en del i folkhälsoarbetet	366
18.3	Hur kan tandvårdsstödet bidra till en önskvärd utveckling av tandvården?	369
19	Ikraftträdande och övergångsbestämmelser	373
20	Kostnadsberäkningar och andra konsekvensanalyser ...	375
20.1	Inledning	375
20.2	Förbättrad analys och uppföljning av tandvårdsstödet	376
20.3	Uppgifter om barns och ungdomars tandhälsa	377

20.4	Förstärkt information till allmänhet och patienter	377
20.4.1	Tydligare informationsuppdrag.....	378
20.4.2	Förstärkt kundtjänst	380
20.4.3	Tandvårdsportal	380
20.5	Förslag som syftar till att stärka patientens ställning och som främjar marknadens funktionssätt	381
20.5.1	Nationell patientenkät för vuxentandvården	381
20.5.2	En förstärkt prisjämförelsetjänst	383
20.5.3	Utredning av ett förbättrat stöd till patienter som inte är nöjda	386
20.6	Förändringar i tandvårdsstödet	386
20.6.1	Fördelning av den ekonomiska ramen för tandvårdsstödet m.m.....	386
20.6.2	Höjt ATB för personer mellan 65 och 74 år	387
20.6.3	Beloppsgränserna i högkostnadsskyddet och ATB värdesäkras.....	389
20.7	Åtgärder för att motverka felaktiga utbetalningar	391
20.7.1	Uppföljning och rapportering av arbetet med att motverka felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd	391
20.7.2	Utökat samarbete och informationsutbyte	392
20.7.3	Kontroll före utbetalning vid misskötsamhet hos vårdgivaren.....	393
20.7.4	En mer träffsäker förhandsprövning.....	394
20.7.5	Utökade krav på vårdgivare för anslutning till det statliga tandvårdsstödet.....	395
20.7.6	Återkrav och kvittning av fordran m.m.....	396
20.8	Vägar till en bättre mun- och tandhälsa och en mer hälsofrämjande tandvård	396
20.8.1	Förbättrat samarbete mellan tandvården och hälso- och sjukvården	396
20.8.2	Munhälsa som en del i folkhälsoarbetet	396
20.9	Samlade ekonomiska konsekvenser.....	397

21 Författningskommentar 399

- 21.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om
statligt tandvårdsstöd..... 399
- 21.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:206) om
underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från
välfärdssystemen 401
- 21.3 Förslaget till förordning om ändring i förordningen
(2008:193) om statligt tandvårdsstöd..... 402
- 21.4 Förslaget till förordning om ändring i förordningen
(2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och
läkemedelsförmånsverket 407
- 21.5 Förslaget till förordning om ändring i förordningen
(2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan..... 408

Referenser 409

- Bilaga 1 Kommittédirektiv 2014:28 415

Bilaga 2–4 återfinns på www.regeringen.se

Bilaga 2 Den vuxna befolkningens
tandvårdskonsumtion och tandhälsa m.m.

Bilaga 3 Vad tycker du om det statliga tandvårdsstödet
– rapport från en enkätundersökning till
behandlare i tandvården

Bilaga 4 Sammanfattning av enkätstudie om
tandvårdsmarknadens funktionssätt och
människors kunskaper om det statliga
tandvårdsstödet

Förkortningar

ATB	Allmänt tandvårdsbidrag
dir.	Kommittédirektiv
Ds	Departementsskrivelse
FASIT	Fördelnings Analytiskt Statistiksystm för Inkomster och Transfereringar (SCB)
FASS	Farmaceutiska Specialiteter i Sverige
FUT-delegationen	Delegationen mot felaktiga utbetalningar
HSA	Elektronisk katalogtjänst som bl.a. innehåller kontaktuppgifter till enheter inom hälso- och sjukvård och tandvård (Hälso- och Sjukvårdens Adressregister)
HSAN	Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd
ISF	Inspektionen för socialförsäkringen
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
JO	Justitieombudsmannen
KUSP	TLV:s webbaserade kunskapsstöd för det statliga tandvårdsstödet
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
prop.	Regeringens proposition
SBU	Statens beredning för social och medicinsk utvärdering
SCB	Statistiska centralbyrån
SKaPa	Svenskt register för Karies och Parodontit
SKL	Sveriges kommuner och landsting
SLL	Stockholms läns landsting
SOU	Statens offentliga utredningar
STB	Särskilt tandvårdsbidrag
TLV	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

TLVFS	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets författningssamling
Vårdanalys	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
WHO	World Health Organization

Sammanfattning

Tandvårdsreformen 2008 innebar ett systemskifte i tandvården. Reformens mål var att bibehålla tandhälsan hos dem med inga eller små tandvårdsbehov och att ge stöd vid stora tandvårdsbehov samt att möjliggöra en god kostnadskontroll för staten. En central ambition var också att stärka patienternas ställning i tandvården.

Reformen präglades i hög grad av erfarenheterna från tidigare tandvårdsstöd; inte minst den reform som hade genomförts 2002 och som ledde till en omotiverat kraftig och starkt kostnadsdrivande ökning av efterfrågan på protetisk tandvård för äldre.

Sedan 2008 har befolkningens tandhälsa förbättrats väsentligt vilket är en mycket positiv utveckling. Det är fortsättningen på en trend som pågått under mycket lång tid. Tandhälsans utveckling får också konsekvenser för användningen av tandvårdsstödet.

Reformen innebar en betydande förstärkning av statens tandvårdsstöd. Alla som besöker tandvården får allmänt tandvårdsbidrag (ATB). De som har ersättningsberättigande tandvårdskostnader över 3 000 kronor under ett år får del av högkostnadsskyddet. Det första året avsattes närmare sex miljarder kronor för reformen. Inte vid något tillfälle hittills har dock de anslagna medlen för tandvårdsstöd förbrukats – något som förklaras både av överskattade beräkningar, en låg användning i vissa grupper och den förbättrade tandhälsan.

Utredningens uppdrag har varit att genomföra en samlad utvärdering av 2008 års tandvårdsreform, med tonvikt på frågor om information om tandvårdsstödet, besöksfrekvenser i tandvården, prisjämförelsetjänsten för tandvård samt uppföljning och kontroll.

Besöksfrekvenserna och tandvårdsstödet fördelning följer i stor utsträckning tandhälsan i befolkningen

I dag är det drygt 71 procent av befolkningen som besöker tandvården under en tvåårsperiod - vilket är ungefär lika stor andel som i början av reformen. Andelen har ökat i vissa åldersgrupper och minskat i andra – och den kan komma att minska ytterligare, främst till följd av en förbättrad tandhälsa. Det är osäkert om en större andel av befolkningen besöker tandvården i dag jämfört med före reformen eftersom det saknas jämförbara data över tid.

Tandstatus är en mycket viktig förklaringsfaktor till skillnader i besöksfrekvens mellan olika åldersgrupper, dvs. med en god tandhälsa behöver man inte komma till tandvården lika ofta. Personer som är yngre än 29 år respektive äldre än 64 år har ökat sin besöksfrekvens sedan 2009. En bidragande orsak kan vara att yngre och äldre får högre ATB. Att allt fler, framför allt unga människor och andra med god tandhälsa, är anslutna till s.k. abonnemangstandvård kan också ha bidragit till att fler unga i dag besöker tandvården regelbundet. Det är svårare att förklara utvecklingen för de som är äldre än 64 år eftersom utvecklingen har påverkats av övergångsreglerna från det tidigare stödet som gällde fram till 2008; den s.k. 65-plusreformen.

Andelen av befolkningen som avstår från att besöka tandvården trots att de känner ett behov har minskat sedan reformen och är nu ca 15 procent. Denna andel är ungefär lika stor i tandvården som i hälso- och sjukvården. Andelen av befolkningen som av ekonomiska skäl avstår tandvård, trots att de har behov, minskade också vid tiden för reformens införande. Denna andel är dock betydligt större inom tandvården än inom hälso- och sjukvården.

Det finns socioekonomiska skillnader i tandvården när det gäller besöksbenägenhet. Det är t.ex. en större del av de arbetslösa än av de yrkesarbetande som inte besöker tandvården. De socioekonomiska skillnaderna har minskat något för vissa grupper sedan reformen. Andelen av befolkningen som avstår tandvård av ekonomiska skäl, trots behov, har minskat i alla socioekonomiska grupper. De socioekonomiska skillnaderna kvarstår dock i huvudsak. I vissa grupper är det också vanligare att enbart göra akuta besök, dvs. när man väl besöker tandvården har problemen blivit större – med följden

att tandvårdskostnaderna blir högre, men också andelen som får det högsta skyddet mot höga kostnader.

Fördelningen av tandvårdsstödet i befolkningen – både ATB och skyddet mot höga kostnader – speglar relativt väl tandvårdsbehoven och tandstatusen. De som besöker tandvården får i genomsnitt ca 1 200 kronor i tandvårdsstöd, med stora variationer uppåt och nedåt. Den lägsta andelen av tandvårdsstödet går till de yngsta, som har bäst tandhälsa. Stödet ökar sedan med stigande ålder. Högst genomsnittligt tandvårdsstöd har personer mellan 65 och 74 år – den av alla åldersgrupper som i genomsnitt också har de största tandvårdsbehoven och högsta tandvårdskostnaderna.

Patientens egen kostnad utgör i genomsnitt 70 procent av tandvårdskostnaden. Patientkostnaden har minskat för i stort sett alla grupper till följd av reformen, utom för dem som tidigare hade fått omfattande tandvård genom 65-plusreformen. Allt fler människor har fått del av högkostnadsskyddet eftersom beloppsgränserna för att få rätt till skyddet har varit nominellt oförändrade – och i genomsnitt en allt högre ersättning jämfört med om beloppsgränserna skulle ha justerats i takt med prisutvecklingen. Andelen av befolkningen som får del av skyddet mot höga kostnader har ökat till 18 procent. Motsvarande andel av alla patienter som besöker tandvården under ett år har ökat till knappt 30 procent – trots de förbättringar som skett av tandhälsan.

De som får del av skyddet mot höga kostnader får i genomsnitt en ersättning på ca 3 350 kronor, med stora variationer uppåt och nedåt. Det är högre jämfört med 2009 och en ökning har skett i stort sett i alla åldersgrupper; särskilt bland de yngsta men det rör sig då om små volymer.

Av alla de som besöker tandvården har 7 procent, eller ca 283 000 personer, tandvårdskostnader som överstiger beloppsgränsen 3 000 kronor två år i rad. Det är dubbelt så stor andel som man antog inför reformen.

Alla som besöker tandvården får ATB. För de som har små eller inga behov av annat än förebyggande tandvård har stödet urholkats eftersom ATB inte justerats i takt med prisutvecklingen och därför bidrar med en mindre andel av deras tandvårdskostnader i dag jämfört med i början av reformen.

Fri prissättning på tandvård har funnits sedan 1999. Vårdgivarnas priser på tandvård ökade till följd av reformen. Priserna på omfattande

behandlingar ökade i snabbare takt efter reformen än före. Vårdgivarpriserna har också ökat i snabbare takt än de av staten fastställda referenspriserna på tandvårdsåtgärder. Referenspriserna är överlag normbildande för priserna, men det förekommer variationer – vilket är naturligt vid fri prissättning.

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

Allmänhetens kännedom om tandvårdsstödet har ökat sedan reformen infördes – närmare 70 procent känner till att det finns. Kännedomen ligger klart i paritet med eller högre än andra jämförbara områden. Fortfarande är det dock många människor som inte känner till tandvårdsstödet eller vad det konkret innebär för dem.

Reformen innebar en ökad reglering av vårdgivarnas skyldighet att informera patienten om behandlingsalternativ, priser m.m. Patienter och behandlare i tandvården har emellertid delvis olika bilder av hur mycket information man får respektive ger om kostnadsförslag och priser m.m. i samband med besök och behandling. Tandvårdspatienter är dock tämligen lojala och inte särskilt pris-känsliga. Det kan bl.a. bero på att det inte finns objektiva underlag för att bedöma kvalitetsaspekter för olika vårdgivare och mottagningar – och att patienterna sannolikt sätter likhetstecken mellan pris och kvalitet. En viktig orsak kan också vara att tandvårdspatienternas kunskap om referenspriser och fri prissättning är låg, vilket motverkar en välfungerande tandvårdsmarknad.

Det finns i dag en prisjämförelsetjänst för tandvård på 1177.se. Anslutningen av privata vårdgivare är väldigt begränsad och tjänsten används i mycket liten utsträckning. En utvärdering har därför inte kunnat göras. Prisuppgifterna i tjänsten ger inte en fullständig information och tjänsten saknar kvalitetsindikatorer. Statens styrning av tjänsten och dess utformning har varit begränsad.

Inom tandvården finns vissa undersökningar som på en övergripande nivå mäter patienternas uppfattning om bemötande m.m. och de ger en väldigt positiv bild. Inom hälso- och sjukvård och äldreomsorg gör man sedan länge nationella patient/brukarundersökningar och resultaten publiceras på enhetsnivå. Detta görs ännu inte i tandvården.

Ingen myndighet eller organisation har i dag ett övergripande ansvar för information till allmänheten om tandvård och de olika tandvårdsstöd som erbjuds av staten och landstingen. Försäkringskassan har ett allmänt ansvar för det statliga tandvårdsstödet men bedriver ingen riktad information till allmänheten eller till specifika målgrupper. Det finns ingen sammanhållande instans som kan ge patienten/konsumenten rådgivning om tandvård och tandvårdsstöd.

Tandvårdspatienter har ett svagt konsumentskydd. Det saknas regler för när ett fel i en behandling kan anses ha uppstått och hur det kan reklameras. Det finns heller ingen gemensam klagomålshantering för tandvårdspatienter. Patienter hos de privata vårdgivare som varken är medlemmar i Privattandläkarna eller har avtal om vuxentandvård med landsting/patientnämnd, har ingenstans att vända sig med klagomål.

Innehållet i tandvården har påverkats av reformen och av tandhälsans utveckling

Regelverket för vilken tandvård som ska berättiga till tandvårdsersättning baseras på den s.k. portalparagrafen i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Paragrafens utformning ger utrymme för olika tolkningar när det gäller ambitionsnivån för tandvårdsstödet. Regelverket har sedan reformen successivt utvecklats och även anpassats till Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vuxentandvården. Utvecklingen har bl.a. inneburit vissa höjningar av ambitionsnivån för vilken tandvård som kan ersättas, men från en inledningsvis försiktig nivå. Regelverket har blivit mer omfattande och detaljerat i strävan att fånga komplexiteten i tandvården. Regelverket för ersättningsberättigande tandvård har blivit mera känt och fått en ökad acceptans hos vårdgivarna.

Innehållet i den ersättningsberättigande tandvård som konsumeras har förändrats sedan reformen. Bl.a. har konsumtionen av tandreparationer och protetik minskat som en följd av den förbättrade tandhälsan. Andelen patienter med tandskador p.g.a. karies minskade successivt från 27,1 till 23,2 procent mellan 2009 och 2014. Andelen av tandvårdens patienter som fick reparera sina tänder p.g.a. tandskador minskade från 54,1 till 49,7 procent under samma tid. Trenden framåt är sannolikt en fortsatt minskning.

Antalet basundersökningar per invånare har i stort sett legat stilla. Andelen som utförs av tandhygienister har ökat.

Antalet förebyggande åtgärder och informationsåtgärder vid t.ex. risk för karies har minskat kraftigt, medan antalet patienter som bedömts som kariessjuka - och antalet motsvarande åtgärder för dessa - har ökat kraftigt - vilket sannolikt är en diagnosglidning p.g.a. regeländringar.

Regelverket och villkoren för vissa diagnoser och åtgärder kan således ha en styrande effekt på patienters och vårdgivares beteende.

Staten har god kostnadskontroll – men kostnadsutvecklingen för stödet har varit mycket svag

De ursprungliga kostnadsberäkningarna för reformen var överskattade såväl när det gäller besöksfrekvenser som antalet patienter och genomsnittlig konsumtion. De beräknade, beteendemässiga effekterna av reformen har varit begränsade. Ända sedan reformens början har kostnaderna för tandvårdsstödet blivit betydligt lägre än de anslagna medlen, trots att man dragit ner anslagsnivån vid ett tillfälle. Utöver vad som sagts ovan är det ytterligare två faktorer som bidragit till det lägre utfallet: dels att det finns grupper i befolkningen där besöksfrekvenserna i tandvården fortfarande är förhållandevis låga och dels att den förbättrade tandhälsan har bidragit till en lägre tandvårdskonsumtion än vad som annars skulle blivit fallet.

Utgifterna för ATB respektive högkostnadsskyddet påverkas av olika faktorer, vilket försvårar arbetet med prognoser för kostnadernas utfall. Försäkringskassans prognoser till regeringen för tandvårdsstödet görs delvis med hjälp av de prognoser som Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) tar fram för referenspriser och beloppsgränser – vilket i praktiken innebär att TLV har stort inflytande på prognoserna och därmed indirekt också nivån på det statliga anslaget som TLV har ansvar för att inte överskrida.

Den metod för kostnadskontroll som byggdes in i tandvårdsstödet – som TLV förfogar över – har ännu inte behövt användas eftersom kostnaderna inte ökat som beräknat. Detta trots att TLV har byggt ut regelverket för vilken tandvård som berättigar till ersättning. TLV har dock inte haft verktyg för eller uppdrag t.ex. att påverka besöksfrekvenserna.

Av de administrativa kostnaderna för berörda myndigheter går sammantaget en större del till efterhandskontroller och en mindre del till information och patientinriktade aktiviteter. De administrativa kostnaderna för vårdgivarna ökade i samband med reformen men har därefter sannolikt minskat. Det saknas dock ett tillförlitligt underlag för att bedöma utvecklingen.

Det finns förbättrings- och utvecklingsmöjligheter för styrning, uppföljning, kontroll och samverkan

Ansvarsfördelningen mellan och styrningen av de tre myndigheter som ansvarar för olika delar av tandvårdsstödet – Försäkringskassan, TLV och Socialstyrelsen - är otydlig. Tandvårdsstödet utgör endast en liten del av verksamheten vid respektive myndighet; något som försvårar styrningen och prioriteringen av dessa frågor. Den nuvarande uppföljningen av tandvården, tandvårdsstödet och tandhälsan är fragmenterad och delvis begränsad. Ingen myndighet har heller ett samlat ansvar för analys, utvärdering och statistik på området. Samverkan mellan berörda myndigheter fungerar i huvudsak väl, men det finns områden som kan förbättras, framför allt när det gäller uppföljning och analys.

Samarbetet behöver bli betydligt bättre kring hur data från tandvårds- och tandhälsoregistren kan användas för att ge en bättre och bredare bild av utvecklingen, bl.a. som ett stöd för uppföljning av reformen.

Underlaget för att följa tandhälsa och tandvårdskonsumtion hos barn och unga, som till skillnad från vuxentandvården idag bygger på aggregerade data, behöver förbättras.

Försäkringskassans arbete med efterhandskontroller har utvecklats och förbättrats, men det finns fortfarande behov av att utveckla bl.a. principerna för urval av kontrollobjekt. Arbetet under 2014 med rapporten om omfattningen av de felaktiga utbetalningarna har givit Försäkringskassan bättre förutsättningar att arbeta mer ändamålsenligt med felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet. Omfattningen av dessa kan nu följas upp och analyseras bättre.

Försäkringskassan bedömer att de felaktiga utbetalningarna utgör mellan 100 och 180 miljoner kronor per år. Försäkringskassans återkrav av tandvårdsstöd uppgår till omkring 20 miljoner kronor per år.

De sanktionsmöjligheter som Försäkringskassan förfogar över används inte i någon högre utsträckning eller är inte tillräckligt skarpa. Nuvarande sanktionsmöjligheter kan inte användas när vårdgivare, vid en efterhandskontroll, inte kommer in med tillräcklig dokumentation som styrker att den ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden faktiskt är utförd. Sanktionsmöjligheterna förhindrar inte heller att oseriösa vårdgivare medvetet utnyttjar tandvårdssystemet genom att få ersättning för vård trots att dokumentation helt saknas. Vid upprepade återkrav eller om Försäkringskassan använder sig av sanktionen "innehållande" finns det vissa vårdgivare som slutar att rapportera i sitt befintliga bolag för att i stället starta ett nytt.

Det ställs i dag få krav på en vårdgivare för att ansluta sig till Försäkringskassan elektroniska system och ta del av tandvårdsstödet.

Det saknas bestämmelser som reglerar när i tiden Försäkringskassan kan kvitta en fordran avseende statligt tandvårdsstöd.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att Tandvårdsreformen 2008 var en bra reform men...

Reformen har skapat goda förutsättningar för och kan bidra till fler tandvårdskontakter i befolkningen. Besöksfrekvenserna påverkas dock av flera faktorer än stödet, t.ex. den förbättrade tandhälsan. Med bättre tandhälsa och en god egenvård minskar behovet av täta tandvårdsbesök.

Färre människor uppger i dag att de, trots behov, avstår tandvård av ekonomiska skäl jämfört med före reformen. Minskningen syns i alla socioekonomiska grupper. Högkostnadsskyddet ger också ett reellt skydd för patienter som drabbas av höga tandvårdskostnader. Utfallet är jämlikt i den meningen att "sällan-besökarna" får högre ersättning från högkostnadsskyddet när de väl besöker tandvården. Men det finns fortfarande vissa, framför allt socioekonomiskt svaga grupper som besöker tandvården i mindre utsträckning än andra, trots att många individer kan antas ha behov av tandvård.

Regelverket för ersättningsberättigande tandvård styr tydligare mot den tandvård som prioriteras utifrån det statliga åtagandet och som ligger i linje med Nationella riktlinjer för vuxentandvård. Det finns också en tydlig ordning för att hålla statens kostnader inom den uppställda ramen – även om den i praktiken inte har behövt

tillämpas sedan reformen trädde i kraft. Men regelverket för ersättningsberättigad tandvård har blivit alltmer detaljerat och kan uppfattas som komplicerat. Det kan vara svårt för patienterna att förstå och för behandlarna att tillämpa och förklara. Detaljriktigheten speglar komplexiteten i tandvården och strävan att styra stödet och referenspriserna efter kostnaderna för olika åtgärder - vilket krävs i ett styckeprisbaserat system.

Tandvårdsstödet bygger på att patienten alltid bär en ganska stor del av sin tandvårdskostnad själv. De kostnadsdrivande inslagen är således begränsade.

Reformen förutsätter starka och informerade patienter. Men i verkligheten har patienterna i dag ganska svårt att värdera om de får rätt vård och om priset de betalar är rimligt. Patienternas möjligheter att få sin sak prövad är begränsade.

Samarbetet mellan närmast berörda myndigheter fungerar bra i dag men samordningen och styrningen av myndigheternas arbete och resurser hade kunnat vara bättre och hade sannolikt ökat tandvårdsstödet positiva effekter. Allmänhet och patienter hade kunnat få bättre information och stöttning i olika avseenden. Regeringen hade kunnat få en bättre återkoppling kring stödets effekter.

Det finns inga mål formulerade för hur stödet ska bidra till att en viss tandhälsa uppnås.

Det finns patienter, framför allt äldre, som kan hamna i gränslandet mellan det statliga tandvårdsstödet och landstingens tandvårdsstöd. Det finns också utvecklingsmöjligheter när det gäller samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvården.

Utredningens överväganden och förslag

Utredningen ser behov av att ge betydligt bättre support till allmänhet och patienter i tandvården, främst genom kraftfullare insatser av information och rådgivning. Det finns behov av en "folkbildningsinsats" som kan bidra till en bättre fungerande tandvårdsmarknad där maktbalansen mellan patient och behandlare jämnas ut och patientens ställning stärks.

Utredningen förslår därför ett antal åtgärder för att stärka patientens ställning:

- Bättre information och rådgivning. Försäkringskassan ges ett utökat uppdrag i denna del.
- Bättre möjligheter till jämförelser av pris och kvalitet i tandvården. Prisjämförelsetjänsten förstärks och alla vårdgivare ska ansluta sig. Jämförelser ska kunna göras baserat på faktiskt debiterade priser. Priserna kompletteras med mått på patientbedömd kvalitet som inhämtas genom en nationell patientenkät för tandvården.
- Ett förbättrat konsumentskydd för tandvården. En utredning tillsätts för att föreslå konkreta åtgärder.

Utredningen ser också behov av en bättre styrning och prioritering av stödet utifrån ett behovsperspektiv inom den totala ramen för stödet och föreslår därför åtgärder för att åstadkomma ett mer träffsäkert tandvårdsstöd.

- Förbättrat ATB för gruppen 65–74 år. Denna grupp har i dag störst tandvårdsbehov och högst tandvårdskostnader av alla grupper.
- Återställning av beloppsgränserna i högkostnadsskyddet, dvs. av nivån för ”stora tandvårdsbehov”, till 2008 års reala nivå samt en värdesäkring framöver, kopplad till prisbasbeloppet.
- En engångsvis uppräknings och fortsatt värdesäkring även av ATB.

Slutligen ser utredningen behov av bättre kontroll, uppföljning och analys samt bättre styrning från regeringen av berörda myndigheter i arbetet med tandvårdsstödet.

Utredningen föreslår ett antal åtgärder för att motverka felaktiga utbetalningar av stödet

- Försäkringskassan ska göra en mer systematisk uppföljning och rapportering av felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd.
- En skyldighet införs för bl.a. Skatteverket att underrätta Försäkringskassan vid misstanke om felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet.

- Förstärkning av nuvarande sanktionsmöjligheter mot vårdgivare som inte fullgör sina skyldigheter.
- Utökade krav på vårdgivare för att få ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system. Vårdgivaren ska uppge om personer med ett väsentligt inflytande över verksamheten varit anslutna tidigare. Anslutning till prisjämförelsetjänsten blir obligatorisk.

Utredningen föreslår också åtgärder för bättre styrning och uppföljning av stödet.

- Försäkringskassan, TLV och Socialstyrelsen ges ett gemensamt uppdrag att göra en samlad analys av hur stödet kan bidra till en önskvärd utveckling av konsumtion och tandhälsa samt att ta fram indikatorer för utvärdering. De ska även stärka samarbetet om register och statistik.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram underlag för beslut om hur tandvård och tandhälsa för barn och unga kan omfattas av tandhälsoregistret

Utredningen föreslår vidare några åtgärder för förbättrad mun- och tandhälsa.

- Ett arbete initieras, som leds av Socialstyrelsen, om hur en bättre samverkan kan åstadkommas mellan tandvården och hälso- och sjukvården.
- Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag om munhälsans bestämningsfaktorer i syfte att integrera munhälsan i folkhälsoarbetet.

1 Författningsförslag

1.1 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd att 2 kap. 4 §, 3 kap. 1 § samt 4 kap. 6, 8 och 9 §§ ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 kap.

4 §

För ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under en ersättningsperiod om ett år, lämnas tandvårdsersättning med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader, i den mån dessa överstiger det belopp som *har fastställts* enligt 6 § 1.

För ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under en ersättningsperiod om ett år, lämnas tandvårdsersättning med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader, i den mån dessa överstiger det belopp som *var fastställt* enligt 6 § 1 *när ersättningsperioden påbörjades*.

Kostnaderna beräknas med utgångspunkt i referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder. Kostnaden för en utförd åtgärd får dock inte beräknas högre än ett belopp motsvarande vårdgivarens pris för åtgärden för den aktuella patienten.

Ersättningsperioden enligt första stycket påbörjas när en första ersättningsberättigande åtgärd har slutförts. Vårdgivaren kan på patientens begäran anmäla hos Försäkringskassan att en ny

ersättningsperiod ska påbörjas innan den tidigare ersättningsperioden har löpt ut.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddelar föreskrifter om anmälan enligt tredje stycket samt om när en ny ersättningsperiod ska börja löpa.

3 kap.

1 §

För att en vårdgivare ska kunna få ersättning enligt denna lag ska vårdgivaren vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

För att en vårdgivare ska kunna få ersättning enligt denna lag ska vårdgivaren vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

För att vårdgivaren ska få ansluta sig till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd måste vårdgivaren vara ansluten till en prisjämförelsetjänst för tandvård.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om kraven för och upphörande av anslutning till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om prisjämförelsetjänsten samt om kraven för och upphörande av anslutning till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd.

4 kap.

6 §

Om en vårdgivare

1. i väsentlig utsträckning har åsidosatt bestämmelserna i denna lag, eller i föreskrifter, som meddelats med stöd av lagen, om vårdgivares skyldigheter eller förutsättningarna för ersättning, och

2. det finns skäl att anta att vårdgivaren kommer att fortsätta att i väsentlig utsträckning åsidosätta bestämmelserna, får Försäkringskassan besluta att vårdgivaren, för att kunna få ersättning för vissa tandvårdsåtgärder, i varje enskilt fall ska begära

förhandsprövning hos Försäkringskassan. Ett sådant beslut får gälla högst ett år.

Beslut om förhandsprövning får begränsas till att avse en viss mottagning, en viss behandlare eller en viss åtgärd.

8 §

För att vårdgivaren ska kunna få ersättning enligt denna lag, ska ansökan om ersättning ges in till Försäkringskassan inom två veckor från det att den tandvårdsåtgärd för vilken ersättning begärs har slutförts. Om det finns särskilda skäl, kan Försäkringskassan betala ut ersättning även om ansökan har kommit in för sent.

Försäkringskassan ska betala ut ersättning inom två veckor från det att ansökan kom in. Om det finns särskilda skäl får ersättning betalas ut senare. Försäkringskassan får hålla inne utbetalning av ersättning i avvaktan på att vårdgivaren fullgör sin uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 3 §.

Försäkringskassan ska betala ut ersättning inom två veckor från det att ansökan kom in. Om det finns särskilda skäl får ersättning betalas ut senare.

Om en vårdgivare inte fullgör sin uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 2 och 3 §§ får Försäkringskassan avvakta med att betala ut ersättning fram till dess att rätten till ersättning har utretts.

En sådan kontroll före utbetalning får begränsas till att avse en viss mottagning, en viss behandlare eller en viss åtgärd.

9 §

Om inte annat följer av denna lag, gäller i tillämpliga delar följande bestämmelser i socialförsäkringsbalken för ärenden om statligt tandvårdsstöd:

- 107 kap. 9, 10, 12, 17 och 18 §§ om utmätning, preskription och skadestånd m.m.,
- 108 kap. 2, 11, 15, 16, 19 och 21 §§ samt 22 § första stycket om återbetalningsskyldighet och ränta m.m.,
- 110 kap. 13 §, 14 § 1 och 2 samt 31 § och 115 kap. 4 § om uppgiftsskyldighet m.m.,
- 113 kap. 2–17, 19, 20 och 21 §§ om ändring, omprövning och överklagande.

Bestämmelserna i 108 kap. 2, 11, 15, 16, 19 och 21 §§ samt 22 § första stycket socialförsäkringsbalken gäller dock inte i förhållande till vårdgivare.

Försäkringskassans beslut gäller omedelbart, om inte något annat anges i beslutet.

1. Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

2. Kravet i 3 kap. 1 § om att vårdgivaren ska vara ansluten till prisjämförelsetjänsten ska vara uppfyllt avseende samtliga vårdgivare som redan är anslutna till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd senast den 1 juli 2017.

1.2 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen

Härigenom föreskrivs att 1 § lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 §

Denna lag gäller sådana bidrag, ersättningar och lån för personligt ändamål (ekonomiska förmåner) som enligt lag eller förordning beslutas av Migrationsverket, Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Centrala studiestödsnämnden, Arbetsförmedlingen, kommunerna eller arbetslöshetskassorna.

Denna lag omfattar också sådana ersättningar till vårdgivare som Försäkringskassan lämnar enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2017.

1.3 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

dels att 4, 5, 18 och 19 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas tre nya paragrafer, 18 a, 18 b och 18 c §§ och närmast före 18 b § en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §

Allmänt tandvårdsbidrag lämnas med 150 kr om året.

För patienter som fyller lägst 20 år och högst 29 år eller lägst 75 år under det år som tandvårdsbidraget tidigast kan användas, lämnas bidrag med 300 kr om året.

Allmänt tandvårdsbidrag lämnas med 175 kr om året.

För patienter som fyller lägst 20 år och högst 29 år eller lägst 65 år under det år som tandvårdsbidraget tidigast kan användas, lämnas bidrag med 350 kr om året.

5 §

Tandvårdsersättning lämnas med viss andel av patientens sammanlagda kostnader för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder i den mån dessa överstiger 0,0732 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat till närmaste hundratal kronor.

Om patientens sammanlagda kostnader för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder överstiger 0,366 gånger prisbasbeloppet, avrundat till närmaste hundratal kronor, lämnas tandvårdsersättning med en högre andel.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om

1. vilket belopp som patientens sammanlagda tandvårdskostnader under en ersättningsperiod ska överstiga för att tandvårdsersättning ska kunna lämnas, samt

2. med vilken andel av patientens sammanlagda kostnader överstigande beloppet enligt 1 som tandvårdsersättning ska lämnas.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om med vilken andel av patientens sammanlagda

kostnader överstigande beloppen enligt första och andra stycket som tandvårdsersättning ska lämnas.

18 §

Ansökan om anslutning till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd ska göras av vårdgivaren. Ansökan ska vara skriftlig och ges in till Försäkringskassan.

För att bli ansluten till det elektroniska systemet ska vårdgivaren vara legitimerad tandläkare eller tandhygienist eller, genom anställning eller på annat sätt, anlita sådan personal. Vårdgivare i enskilt bedriven verksamhet ska vidare vara godkänd för F-skatt för att bli ansluten till systemet.

För att bli ansluten till det elektroniska systemet ska vårdgivaren vara

1. legitimerad tandläkare eller tandhygienist eller, genom anställning eller på annat sätt, anlita sådan personal,

2. godkänd för F-skatt om vårdgivaren bedriver enskild verksamhet, och

3. ansluten till prisjämförelsetjänsten enligt 3 kap. 1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

I ansökan ska vårdgivaren lämna uppgift om de personer som, genom en ledande ställning eller på annat sätt, har ett väsentligt inflytande över verksamheten. Vårdgivaren ska även ange om någon av dessa personer tidigare har varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassans

elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

Genom ansökan godkänner vårdgivaren att uppgifter om mottagningarnas priser för utförda tandvårdsåtgärder publiceras på prisjämförelsetjänsten.

18 a §

Försäkringskassan får neka en vårdgivare anslutning till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd om vårdgivaren inte uppfyller kraven i 18 § andra och tredje stycket.

Anslutning får även nekas på den grunden att någon av de personer som vårdgivaren lämnat uppgift om enligt 18 § tredje stycket tidigare har varit vårdgivare eller verksamma hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd och den vårdgivaren vid upprepade tillfällen åsidosatt bestämmelserna i lagen om statligt tandvårdsstöd eller i föreskrifter som meddelats med stöd av lagen om vårdgivarens skyldigheter eller förutsättningar för ersättning.

Prisjämförelsetjänst

18 b §

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ansvarar för att det finns en prisjämförelsetjänst för tandvård som möjliggör jämförelser

av priser på tandvårdsåtgärder och patientbedömd kvalitet mellan vårdgivare.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela närmare föreskrifter om prisjämförelsetjänsten.

18 c §

Försäkringskassan ska beräkna och lämna uppgifter om vårdgivarnas priser för utförda tandvårdsåtgärder avseende varje mottagning till prisjämförelsetjänsten.

Socialstyrelsen ska lämna uppgifter om patientbedömd kvalitet avseende vårdgivarnas mottagningar till prisjämförelsetjänsten.

19 §

Försäkringskassan får besluta att anslutningen till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd ska upphöra om vårdgivaren

1. skriftligen begär att anslutningen ska upphöra,

2. har upphört att bedriva tandvård,

3. inte längre uppfyller de krav som anges i 18 § andra stycket, eller

4. inte har påbörjat verksamheten senast sex månader efter det att Försäkringskassan meddelat beslut om anslutning.

Försäkringskassan får besluta att anslutningen till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd ska upphöra om vårdgivaren

1. skriftligen begär att anslutningen ska upphöra,

2. har upphört att bedriva tandvård,

3. inte längre uppfyller de krav som anges i 18 § andra och tredje stycket, eller

4. inte har påbörjat verksamheten senast sex månader efter det att Försäkringskassan meddelat beslut om anslutning.

1. Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2017.

2. De krav som anges i 18 § tredje stycket gäller endast ansökningar om anslutning till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdssöd som kommer in till Försäkringskassan efter det att förordningen trätt i kraft.

1.4 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Härigenom föreskrivs att 1 a och 2 §§ förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 a §

- | | |
|--|---|
| <p>Myndigheten ansvarar för</p> <ul style="list-style-type: none"> – beslut om subventionering och prisreglering av varor som ingår i läkemedelsförmånerna, – frågor om öppenvårds-apotekens handelsmarginal och utbyte av läkemedel, – tillsyn över efterlevnaden av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och av föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen, samt – beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet i fråga om ersättningsberättigande åtgärder, referenspriser <i>samt beloppsgränser</i> och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader. | <p>Myndigheten ansvarar för</p> <ul style="list-style-type: none"> – beslut om subventionering och prisreglering av varor som ingår i läkemedelsförmånerna, – frågor om öppenvårds-apotekens handelsmarginal och utbyte av läkemedel, – tillsyn över efterlevnaden av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och av föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen, samt – beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet i fråga om ersättningsberättigande åtgärder, referenspriser och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader. |
|--|---|

2 §

- | | |
|--|--|
| <p>Myndigheten ska</p> <ul style="list-style-type: none"> – följa och analysera utveck- | <p>Myndigheten ska</p> <ul style="list-style-type: none"> – följa och analysera utveck- |
|--|--|

- | | |
|--|--|
| lingen på läkemedels-, apoteks- och tandvårdsområdena, | lingen på läkemedels-, apoteks- och tandvårdsområdena, |
| | – <i>följa och analysera nyttjandet och fördelningen av tandvårdsstödet,</i> |
| – följa och analysera utvecklingen i andra länder och ta till vara erfarenheter därifrån, | – följa och analysera utvecklingen i andra länder och ta till vara erfarenheter därifrån, |
| – jämföra prisnivån i Sverige med prisnivån i andra länder för relevanta produkter på läkemedelsområdet, | – jämföra prisnivån i Sverige med prisnivån i andra länder för relevanta produkter på läkemedelsområdet, |
| – följa prisutvecklingen på läkemedelsområdet i ett internationellt perspektiv, | – följa prisutvecklingen på läkemedelsområdet i ett internationellt perspektiv, |
| – följa upp och utvärdera sina beslut och de föreskrifter som myndigheten beslutar, | – följa upp och utvärdera sina beslut och de föreskrifter som myndigheten beslutar, |
| – informera berörda om sin verksamhet och om sina beslut om | – informera berörda om sin verksamhet och om sina beslut om |
| – subventionering och prisreglering för varor som ingår i läkemedelsförmånerna, samt | – subventionering och prisreglering för varor som ingår i läkemedelsförmånerna, samt |
| – informera berörda om sin verksamhet inom tandvårdsområdet och om sina beslut enligt 5 a § | – informera berörda om sin verksamhet inom tandvårdsområdet och om sina beslut enligt 5 a §. |

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2017.

1.5 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan att det ska införas en ny paragraf, 2 a § av följande lydelse.

2 a §

Myndigheten ansvarar också för att ge information till patienter och allmänhet om det statliga tandvårdsstödet och andra tandvårdsfrågor.

Denna förordning träder i kraft den 1 januari 2017.

2 Utredningens uppdrag och arbete

2.1 Uppdraget

Utredningens uppdrag har varit att genomföra en samlad utvärdering av 2008 års tandvårdsreform.

Regeringen beslutade den 27 februari 2014 (dir. 2014:28, bilaga 1) att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att genomföra en samlad utvärdering av tandvårdsreformen och av om tillämpningen av det statliga tandvårdsstödet har varit ändamålsenlig i förhållande till vikten av god kostnadskontroll för staten och de två övergripande målen med tandvårdsstödet – att bibehålla god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov och att möjliggöra god tandvård för individer med stora tandvårdsbehov till en rimlig kostnad.

2.1.1 Direktiven

Enligt direktiven ska utredaren analysera hur det befintliga systemet och den befintliga organisationen för tandvårdssubvention för vuxna kan förbättras för att effektivare bidra till att uppnå målen samtidigt som god kostnadskontroll säkerställs. Utredaren ska också lämna de författningsförslag som bedöms nödvändiga samt analysera tandvårdsstödet ur ett jämlikhetsperspektiv. Vissa frågor som ska belysas särskilt pekas också ut i direktiven.

Uppdraget när det gäller information om tandvårdsstödet har varit att föreslå vilken eller vilka aktörer som bör ha det övergripande ansvaret för information om det statliga tandvårdsstödet samt att föreslå vilka åtgärder som kan vidtas för att öka kunskapen hos dem med dålig kännedom om stödet.

I uppdraget har också ingått att analysera besöksfrekvensen i olika grupper med särskilt fokus på de grupper som har lägst besöksfrekvens.

När det gäller uppföljning av tandvården har uppdraget varit att värdera tandhälsoregistrets ändamålsenlighet och vid behov föreslå förändringar samt att utreda behovet av att införa uppgifter om barn och ungdomar i tandhälsoregistret och i förekommande fall lämna förslag till reglering.

När det gäller prisjämförelsetjänsten för tandvård har utredningens uppdrag varit att analysera nyttjandet av tjänsten av såväl vårdgivare som patienter, samt vid behov föreslå hur patientens möjligheter att jämföra priser kan förbättras. Vidare att analysera om det vore fördelaktigt att komplettera prisjämförelsetjänsten med kvalitetsindikatorer och om informationen i de två svenska kvalitetsregistren inom tandvårdsområdet skulle kunna utgöra underlag till kvalitetsindikatorerna.

Utredningens uppdrag när det gäller uppföljning och kontroll av utbetalningar har varit att följa arbetet med det uppdrag regeringen givit Försäkringskassan beträffande omfattning och orsaker till felaktiga utbetalningar till vårdgivare i tandvården samt att utifrån Försäkringskassans analys och resultat överväga om kontrollarbetet kan utvecklas för att kunna fungera mer effektivt och vid behov lämna förslag på hur detta kan åstadkommas. Vid behov skulle utredningen även lämna förslag till hur man mer effektivt kan stävja eventuellt avsiktligt överutnyttjande av tandvårdsstödet, t.ex. genom förtydliganden i lagstiftningen om de förutsättningar som gäller för när Försäkringskassan kan avvakta med utbetalning av ersättning och när s.k. förhandsprövning kan användas, eller genom andra sanktioner.

Slutligen har ingått i uppdraget att klargöra när i tiden Försäkringskassan kan kvitta en fordran på återbetalning av tandvårdsersättning, som Försäkringskassan fastslagit i beslut om återbetalning, mot andra fordringar som Försäkringskassan har på samma vårdgivare.

Utredningen har också haft i uppdrag att lämna de författningsförslag som bedöms nödvändiga.

Uppdraget skulle redovisas senast den 31 augusti 2015.

2.1.2 Avgränsningar

Det särskilda tandvårdsbidraget och tandvård till hälso- och sjukvårdskostnad för personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar har inte omfattats av uppdraget.

Utredningen har inte heller haft i uppdrag att närmare analysera tandvårdsmarknaden eller att göra en hälsoekonomisk utvärdering av olika delar i den ersättningsberättigande tandvården.

2.2 Arbetets uppläggning

Utredningen, som antagit namnet Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd, inledde sitt arbete i juni 2015.

Utredningen har haft nio sammanträden med sakkunniga och experter. Vid flera sammanträden har också externa experter bjudits in. Under arbetet har utredningens sekretariat också haft ett antal informella kontakter med experter och sakkunniga.

Utredningen har haft ett antal särskilda möten med olika avdelningar/enheter inom Försäkringskassan, med företrädare för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Socialstyrelsen, Statistiska centralbyrån (SCB), Myndigheten för vårdanalys¹, Konkurrensverket och Skatteverket. Utredningen har också träffat företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Privat-tandläkarna och Tjänstetandläkarna samt Praktikertjänst. Utredningen har haft kontakter med Inspektionen för vård och omsorg (IVO), Inspektionen för socialförsäkringen (ISF), Konsumentverket och Pensionsmyndigheten samt Sveriges Tandhygienistförening.

Utredningens sekretariat har besökt kontrollenheterna vid Försäkringskassans kontor i Lund och Umeå samt Försäkringskassans omprövningsenhet i Göteborg. Utredningens sekretariat har också besökt Folktandvården i Västra Götaland respektive i Västerbotten.

Utredningen har deltagit i och medverkat vid möten med Försäkringskassans branschråd för tandvården, vid Odontologiska riksstämman 2014, vid Samhällsodontologiska föreningens årskonferens 2014, vid Privattandläkardagen 2014, i Privattand-

¹ Sedan den 1 juli 2015 Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

läkarnas företagsråd, i SKL:s tandvårdsnätverk samt vid Sveriges Folk tandvårdsförenings årsmöte 2015.

Utredningen har haft en dialog med ägarprövningsutredningen (SOU 2015:7) och Klagomålsutredningen (S 2014:15).

2.3 Utredningens egna undersökningar

Utredningen har uppdragit åt tandläkaren Lars Sjödin att för utredningens räkning göra en analys av utvecklingen av tandhälsan och tandvårdskonsumtionen för perioden 2009–2014. Rapporten återfinns som bilaga 2 (bilagedelen).

Utredningen har, i samarbete med TLV, genomfört en enkät till allmänheten om stödet, informationen och patienters pris-känslighet m.m. Resultatet av undersökningen redovisas som bilaga 3 (bilagedelen).

Utredningen har också uppdragit åt Markör Marknad AB att, med hjälp av adressuppgifter från Privattandläkarna, Tjänstetandläkarna och Sveriges Tandhygienistförening, genomföra en enkät till verk-samma behandlare i tandvården om stödet, om förebyggande tandvård m.m. Resultatet av undersökningen redovisas i bilaga 4 (bilagedelen).

Framför allt SCB och TLV men i viss utsträckning också Försäkringskassan har bistått utredningens med en omfattande mängd statistik och data om tandvårdsstödet.

2.4 Betänkandets disposition

I betänkandets första del (kapitel 3–5) beskrivs bakgrunden till utredningen, hur tandvårdsstödet utvecklats historiskt och vilka som är aktörer i den tandvård som omfattas av det statliga tand-vårdsstödet.

Kapitel 6–12 innehåller utredningens kartläggningar och analyser i olika delar.

I kapitel 13–18 utvecklar utredningen sina överväganden och förslag.

I kapitel 19 föreslås ikraftträdande- och övergångsbestämmelser.

Kapitel 20 beskriver konsekvenserna av utredningens förslag.

Kapitel 21 är kommentarer till utredningens författningsförslag.

3 Tandvårdsreformen 2008 – ett systemskifte i vuxentandvården

3.1 Inledning

Det statliga tandvårdsstödet ändrade karaktär i samband med 2008 års tandvårdsreform. En viktig förändring var att statens åtagande definierades tydligare och att stödet vid höga kostnader skulle utgå från patientens tillstånd/diagnos för vilket staten kan ersätta ett rimligt behandlingsalternativ. Tidigare skulle omfattande behandlingar förhandsprövas av Försäkringskassan. Det nya stödet innebär i stället ett stort ansvar för den enskilde vårdgivaren eller behandlaren att bedöma vilken tandvård som, enligt det statliga regelverket, ska berättiga till ersättning. I grunden ligger ett generellt stöd som utgår till alla som besöker tandvården.

I detta kapitel beskrivs översiktligt hur de statliga tandvårdsstöden tidigare varit konstruerade samt hur dagens tandvårdsstöd är utformat.

3.2 Tidigare tandvårdsstöd

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

Ett flertal utredningar tillsattes under 1980- och 1990-talen i syfte att föreslå förändringar i tandvårdsstödet. Den dåvarande regeringen överlämnade två propositioner till riksdagen men ingen av dessa ledde till några riksdagsbeslut. Propositionen Förändrat

ersättningssystem för vuxentandvård (prop. 1993/94:93) godkändes av riksdagen men efter kritik från lagrådet upphävde riksdagen beslutet (prop. 1993/94:221). Propositionen Reformerad tandvårdsförsäkring (prop. 1995/96:119) återkallades av regeringen eftersom den inte fick tillräckligt stöd i riksdagen.

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

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

3.3 2008 års tandvårdsstöd

Den 1 juli 2008 infördes ett nytt statligt tandvårdsstöd för vuxna (prop. 2007/08:49). Målet med det statliga tandvårdsstödet är att förbättra befolkningens tandhälsa genom att stimulera människor att regelbundet besöka tandvården och att subventionera tandvården för dem som behöver det mest. För personer med inga eller små tandvårdsbehov ska tandvårdsstödet bidra till att bevara en god tandhälsa genom ett ekonomiskt stöd till förebyggande insatser. För personer med stora tandvårdsbehov ska skyddet mot

höga kostnader i det statliga tandvårdsstödet göra det möjligt att få tandvård till en rimlig kostnad. Statens ekonomiska åtagande ökade från tre till sex miljarder kronor per år.

3.3.1 Tandvårdsstödet tre delar

Dagens tandvårdsstöd består av tre olika bidrag.

Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) ges till alla som är 20 år eller äldre och som enligt socialförsäkringsbalken anses vara bosatta i Sverige. ATB får användas för betalning av all ersättningsberättigande tandvård. Storleken på ATB beror på patientens ålder. Till och med det år patienten fyller 29 år och från och med det år patienten fyller 75 år är bidraget 300 kronor per år. Från och med det år patienten fyller 30 år och till och med det år patienten fyller 74 år är bidraget 150 kronor per år. Bidrag blir tillgängligt den 1 juli varje år och kan användas under en tvåårsperiod. Bidraget får även användas för att betala abonnemangstandvård.

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

*Skyddet mot höga tandvårdskostnader*¹ infördes för att möjliggöra för personer med omfattande tandvårdsbehov att få vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad. Den ersättning som betalas ut kallas tandvårdsersättning. För varje tandvårdsåtgärd som enligt TLV:s föreskrifter anses vara ersättningsberättigande finns ett referenspris som tandvårdsersättningen beräknas utifrån. Om vårdgivarens pris för den aktuella åtgärden är lägre ska det priset ligga till grund för beräkningen. Tandvårdsersättning lämnas när patientens totala, ersättningsberättigande kostnad överstiger 3 000 kronor. För den del av kostnaderna som överstiger 3 000 kronor men inte 15 000 kronor lämnas tandvårdsersättning med 50 procent och

¹ I betänkandet används begreppet högkostnadsskydd synonymt med begreppet skyddet mot höga kostnader.

för den del som överstiger 15 000 kronor lämnas ersättning med 85 procent av kostnaderna. Därmed bär patienten alltid en del av kostnaden för varje åtgärd.

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

3.3.2 Målen för tandvårdsstödet

I propositionen som föregick lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd formulerades två övergripande mål för det nya tandvårdsstödet.² Stödet skulle bidra till

1. att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov, samt
2. att möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad.

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

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

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

² Prop. 2007/08:49 s. 44.

3.4 Uppföljning av tandvården och tandvårdsstödet

När det statliga tandvårdsstödet för vuxna infördes den 1 juli 2008 tillkom bland annat ett ansvar för vårdgivare inom tandvården att till Försäkringskassan rapportera samtliga ersättningsberättigande åtgärder och orsaken, dvs. tillståndet hos patienten, som föranlett behandlingen. När en vårdgivare begär ATB för en patients räkning ska vårdgivaren också rapportera uppgifter om patientens tandhälsa, i form av antal kvarvarande och antal intakta tänder, till Socialstyrelsens tandhälsoregister. Det är ett register som ska ligga till grund för att följa utvecklingen av befolkningens tandhälsa.

3.5 Landstingens tandvårdsstöd

Utöver det statliga tandvårdsstödet finns andra tandvårdsstöd som riktar sig till specifika grupper som av olika skäl har särskilda mun- och tandvårdsbehov.³ Vissa av stöden ges till personer med särskilt definierade sjukdomar eller funktionsnedsättningar medan andra riktar sig till personer med stort vård- och omsorgsbehov.

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F-tandvård) vänder sig till personer som har svårt att sköta sin munhygien eller genomgår tandvårdsbehandling på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning.⁴ Denna typ av tandvård ges till hälso- och sjukvårdsavgift och syftet är att det inte ska uppstå nämnvärda ekonomiska hinder för dessa patienter att få den tandvård de behöver, som ofta är regelbunden och kostsam.⁵ Det är landstingen som bedömer och avgör om en patient anses uppfylla kriterierna för stödet.

Uppsökande verksamhet vänder sig till personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade eller som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Den uppsökande verksamheten består av en avgiftsfri munhälsobedömning som ska kartlägga behovet av munhygieninsatser och preliminärt bedöma behovet av nödvändig tandvård. Utbildning av vård- och omsorgspersonal ingår som en del i den

³ Myndigheten för Vårdanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd*, s. 23 ff.

⁴ Vilka som omfattas av insatsen regleras i 8 a § tandvårdslagen (1985:125).

⁵ Prop. 2011/12:7 s. 49.

uppsökande verksamheten så att personalen har rätt kompetens för att sköta brukarens munvård.⁶

Nödvändig tandvård (N-tandvård) vänder sig till samma personkrets som den uppsökande verksamheten. Den nödvändiga tandvården ges till hälso- och sjukvårdsavgift och ska vara sådan tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala.⁷ Undersökningar, förebyggande åtgärder, lagning av kariesangrepp, tandlossningsbehandling med mera är behandlingar som ingår i den nödvändiga tandvården. Däremot ingår inte behandling med fastsittande protetik bakom kindtänderna i nödvändig tandvård.⁸

Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid (S-tandvård) ska erbjudas dem som har ett behov av särskilda tandvårdsåtgärder som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid. Patienter som har rätt till stödet omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. De tandvårdsåtgärder som patienten har rätt till enligt stödet är sådana som bedöms viktiga för att inte äventyra den medicinska behandlingen. För de behandlingsåtgärder som inte är ett nödvändigt led i en sjukdomsbehandling, betalar patienten enligt det statliga tandvårdsstödet ersättningsregler.⁹

Oralkirurgiska behandlingar som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser ska ges enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Det handlar om behandlingar som kräver ett samarbete mellan oralkirurg och olika medicinska specialister.¹⁰

⁶ Myndigheten för Vårdanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd*, s. 27 f.

⁷ Prop. 2011/12:7 s. 19 f.

⁸ Dvs. molarer (tandposition 6,7,8) eller premolarer (tandposition 4,5).

⁹ Prop. 2011/12:7 s. 20 f.

¹⁰ Prop. 2011/12:7 s. 21 f.

4 Vilka är aktörerna i vuxentandvården?

4.1 Inledning

Många av patienterna i vuxentandvården gör regelbundna besök hos sin tandläkare eller tandhygienist. Privata vårdgivare, många små och ett antal stora, konkurrerar med offentliga vårdgivare (folktandvården) på lika villkor. Flera statliga myndigheter bidrar på olika sätt till att tandvårdsstödet ska fungera, bl.a. genom att betala ut ersättning till vårdgivare för den ersättningsberättigande tandvård som utförs.

I detta kapitel ges en översiktlig beskrivning av aktörerna inom vuxentandvården; patienter, berörda statliga myndigheter, vårdgivare samt andra organisationer vars verksamhet är inriktad mot vuxentandvården.

4.2 Patienter

Under 2014 var det drygt 4,3 miljoner personer som besökte vuxentandvården. Sammanlagt gjordes drygt 10 miljoner patientbesök. Ca en halv miljon av patienterna var under 30 år, drygt 2,4 miljoner var mellan 30 och 65 år och drygt 1,3 miljoner patienter var 65 år eller äldre. De flesta gör ett besök per år men det finns patienter som behöver besöka tandvården flera gånger under ett år. I genomsnitt gör varje patient drygt två besök per år men det varierar mellan olika åldersgrupper. De unga i åldrarna 20–29 år som besökte tandvården 2014 gjorde i genomsnitt 1,7 besök. Motsvarande siffra för personer i åldrarna 65–74 år var 2,8 besök.

Tabell 4.1 Antalet vuxna personer som besökte tandvården samt antalet patientbesök år 2014

Åldersgrupp	Antal personer	Antal patientbesök	Andel av befolkningen som gör besök
20-29	554 465	961 401	42%
30-49	1 267 202	2 578 804	50%
50-64	1 169 540	2 931 548	66%
65-74	808 656	2 228 627	73%
75+	522 882	1 338 315	61%
Totalt	4 322 745	10 038 695	57%

Källa: Försäkringskassan

Mätt över en ettårsperiod besöker ca 57 procent av den vuxna befolkningen tandvården. Det kan jämföras med 55 procent av den vuxna befolkningen som haft kontakt med sjukvården.¹ Till tandvården går således ungefär lika stor del av befolkningen regelbundet trots att patienterna i tandvården betalar en betydligt större del av kostnaden själv än inom hälso- och sjukvården.

4.3 Statliga myndigheter

Till skillnad från barn- och ungdomstandvård och tandvård för långvarigt sjuka och personer med funktionsnedsättning m.fl., där landstingen är huvudman, finns det ingen huvudman för vuxentandvården. Det finns flera statliga myndigheter med olika ansvarsområden. Landstingens roll inom vuxentandvården är i huvudsak att vara utförare av tandvård på samma villkor som privata vårdgivare.

De statliga myndigheter som närmast ansvarar för olika delar av tandvårdsstödet är Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

Utöver dessa finns det andra myndigheter som har en viss indirekt koppling till tandvårdsstödet, men desto starkare koppling till tandvården. Det gäller framförallt Inspektionen för vård och omsorg (IVO) men i viss mån även Läkemedelsverket, Strålsäkerhets-

¹ Folkhälsomyndigheten (2015) *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor.*

myndigheten och Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Även Statistiska centralbyrån (SCB) har en viss roll i sammanhanget.

Nedan ges en kort redovisning av olika myndigheters uppdrag. Utredningen återkommer till vissa av dessa i senare kapitel.

4.3.1 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

TLV ansvarar för utformningen av det statliga tandvårdsstödet i fråga om ersättningsberättigande åtgärder, referenspriser samt beloppsgränser och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader. TLV meddelar föreskrifter och allmänna råd om tandvårdsstödet.² Dessa beslutas av ett särskilt organ inom TLV; Nämnden för statligt tandvårdsstöd, som måste se till att besluten utformas så att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ramen för anvisade medel i statsbudgeten.

TLV ska därutöver följa och analysera utvecklingen på tandvårdsområdet samt informera berörda om sin verksamhet och om sina beslut inom detta område.

4.3.2 Försäkringskassan

Försäkringskassan är den myndighet som administrerar det statliga tandvårdsstödet genom att betala ut ersättning till vårdgivare. Av Försäkringskassans instruktion framkommer i övrigt inga särskilda uppgifter vad gäller det statliga tandvårdsstödet, utan endast generella uppgifter som gäller samtliga förmåner som Försäkringskassan administrerar.

Försäkringskassan ska bl.a. ge information till berörda om socialförsäkringen och de övriga förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för. Försäkringskassan ska även följa, analysera och förmedla socialförsäkringssystemets utveckling och effekter för enskilda och samhälle inom sitt verksamhetsområde, samt ansvara för att en kvalificerad kunskapsuppbyggnad sker i fråga om de verksamhetsområden som myndigheten har ansvar för.

² Fr.o.m. den 1 juli 2015 får Socialstyrelsen ett sammanhållande ansvar för föreskrifterna.

Försäkringskassan ska säkerställa att felaktiga utbetalningar inte görs. För tandvårdsstödet del innebär det att Försäkringskassan genomför efterhandskontroller av ärenden där det utbetalats tandvårdsstöd. Försäkringskassan har även ansvaret för att förvalta de data som rapporteras in från tandvården om patienters tandvårdsåtgärder m.m. Vidare ska Försäkringskassan lämna prognoser till regeringen för utfallet av tandvårdsstödet vid fem tillfällen varje år.

4.3.3 Socialstyrelsen

Socialstyrelsen ska verka för att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. För tandvårdsstödet del innebär det att Socialstyrelsen utfärdar nationella riktlinjer för den tandvård som bedrivs och delvis finansieras av stödet. Dessa har stor betydelse för regelverket för ersättningsberättigande tandvård.

Socialstyrelsen ansvarar också för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde och ska följa, analysera och rapportera om hälsa, hälso- och sjukvård m.m. genom statistikframställning, uppföljning, utvärdering och epidemiologiska studier. Vidare ansvarar Socialstyrelsen för tandhälsoregistret, som är ett hälsodataregister.

4.3.4 Andra myndigheter med koppling till tandvårdsstödet

SCB ansvarar för officiell statistik och annan statistik. SCB har inget formellt ansvar för statistiken inom tandvårdsområdet men har genom ett tidigare regeringsuppdrag en viss roll för uppföljningen av tandvård och tandvårdsstödet.

IVO bedriver tillsyn över verksamheter inom bl.a. hälso- och sjukvården samt även för sjukvårdspersonal i deras yrkesutövning. När det gäller tandvård tar IVO emot och behandlar s.k. lex Maria-anmälningar och även klagomål. IVO har även gjort vissa egna granskningar.³

Läkemedelsverket ansvarar för regelverk och tillsyn över medicintekniska produkter som används inom tandvården. Detta

³ Se bl.a. IVO (2013) *Tillsynen av tandvården - en sammanställning av resultat och iakttagelser i tillsynen*.

inkluderar utrustningar, instrument och dentala material, men också de specialanpassade tandtekniska arbetena. Läkemedelsverket har också ansvar för godkännande av läkemedel som används inom tandvården, men det perspektivet hanteras inte inom befintlig myndighetssamverkan.

Strålsäkerhetsmyndigheten ansvarar för tillsyn över verksamhet med odontologisk röntgendiagnostik.

SBU har också en viktig uppgift i sitt generella myndighetsuppdrag att ta fram systematiska litteraturöversikter, som bygger på publicerad forskning. Det innebär att SBU:s arbete är en viktig grund för exempelvis Socialstyrelsens arbete med de nationella riktlinjerna för vuxentandvård.⁴ De ersättningsberättigande åtgärder som ingår i dagens tandvårdsstöd bygger på de rekommendationer som lämnas i de nationella riktlinjerna för vuxentandvård.⁵

4.4 Vårdgivare inom vuxentandvården

På tandvårdsmarknaden för vuxentandvård finns både offentliga och privata vårdgivare.

De offentliga vårdgivarna, folktandvården, finns i samtliga 21 landsting och regioner med knappt 900 mottagningar. Vissa landsting/regioner har valt att bolagisera folktandvården.⁶

Privattandvården består av drygt 2 000 vårdgivare med ca 3 500 mottagningar.⁷ Praktikertjänst är den största privata aktören på tandvårdsområdet och utför ca en tredjedel av all vuxentandvård i Sverige.⁸ Privattandvården kännetecknas också av många mindre företag men det har även skett en etablering av tandvårdskedjor. Under 2014 genomfördes en större strukturaffär då två större tandvårdskedjor gick samman.

Den del av vuxentandvården som är ersättningsberättigande enligt det statliga tandvårdsstödet omsätter ca 16 miljarder kronor.

⁴ TLV (2014) *Utveckla Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets roll inom tandvårdsområdet*

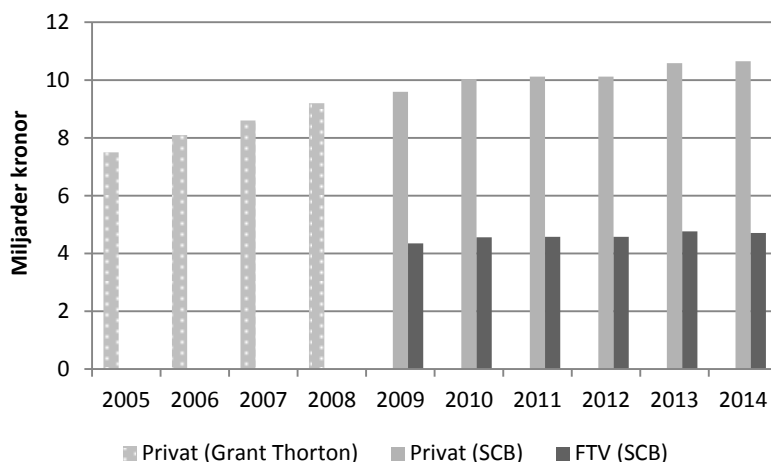
⁵ TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*, s. 38.

⁶ Källa: Tandvårdsregistret. Uppgiften gäller antalet vårdgivare som begärt ersättning från Försäkringskassan under andra halvåret 2014.

⁷ Ibid.

⁸ <http://www.praktikertjanst.se/Om-Praktikertjanst/Det-har-ar-Praktikertjanst/Vara-verksamheter/Tandvardsmottagningar/> [2015-06-24]

Figur 4.1 Omsättning för folktandvården och privat tandvård över tid



Källa: Grant Thornton (2014) *Den privata vård- och omsorgsmarknaden ur ett finansiellt perspektiv*. samt SCB, *Tandvårdsindikatorerna*.

Den privata tandvården har ökat sin omsättning sedan 2005 med ca 42 procent mätt i löpande priser och sin marknadsandel med knappt 1 procent sedan 2009 i förhållande till folktandvården.

4.5 Organisationer

4.5.1 Sveriges kommuner och landsting

SKL är en arbetsgivar- och intresseorganisation för kommuner, landsting och regioner. Samtliga är i dag medlemmar i SKL.

SKL stödjer och bidrar till utveckling av sina medlemmars verksamhet och svarar bl.a. för intressebevakning och skapar nätverk för kunskapsutveckling och samordning. SKL företräder främst sina medlemmar ur ett ledningsperspektiv snarare än ur verksamhets- eller professionellt perspektiv.

SKL har ett nätverk för tandvård, där företrädare för landstingens beställarenheter och folktandvården finns representerade.

4.5.2 Privattandläkarna

Privattandläkarna är en medlemsägd, medlemsstyrd och partipolitiskt obunden branschorganisation för privat tandvård i Sverige. Organisationen arbetar med att driva tandvårdsfrågor för att skapa framtidens tandvård bl.a. genom att vara en samarbetspart och ett bollplank för myndigheter, politiker och media.

Privattandläkarna har drygt 1 300 medlemsföretag med knappt 2 800 kliniskt verksamma tandläkare. Merparten av medlemmarna är småföretagare.

4.5.3 Sveriges Folktandvårdsförening

Sveriges Folktandvårdsförening (Folktandvårdsföreningen) består av tandvårdschefer, tandvårdsdirektörer eller verkställande direktörer för folktandvårdsorganisationer i landsting eller region.

Föreningens syfte är att utbyta erfarenheter och samverka om utveckling utifrån en gemensam värdegrund. Den ska framför allt genom sin styrelse utgöra ett kontaktorgan och remissinstans gentemot myndigheter och organisationer.

4.5.4 Andra organisationer

Sveriges Tandläkarförbund

Sveriges Tandläkarförbund är landets enda organisation för alla tandläkare. Förbundet arbetar med att ta tillvara tandläkares intressen i just de frågor som rör den odontologiska professionen. Några av de frågor som förbundet arbetar med är utbildning, forskning, tandvårdens personalförsörjning, munhälsa, yrkesetik och kvalitet i tandvården. Förbundet är även en viktig remissinstans och aktiv påverkare och har kontakt med myndigheter och politiker samt deltar i arbetsgrupper och utredningar.

Man blir medlem i Sveriges Tandläkarförbund genom att bli medlem i en av förbundets medlemsorganisationer.

- **Tandläkare - Egen Verksamhet (TEV)** är en organisation som samlar tandläkare som driver egen verksamhet eller är kostnadsställesansvariga i Praktikertjänst AB.

- **Tjänstetandläkarna (TT)** som är en organisation för anställda tandläkare. Majoriteten av medlemmarna är verksamma inom folktandvården men många finns också i privata tandvårdsföretag.
- **Sveriges Odontologiska Lärare (SOL)** som är en facklig intresseorganisation för forskare och lärare som undervisar på landets tandläkarhögskolor.
- **Sveriges Tandläkarförbunds Studerandeförening** samlar 99 procent av alla tandläkarstuderande i Sverige. Föreningen arbetar bland annat för att ta tillvara studenternas intressen och för att tandläkarutbildningen ska hålla hög kvalitet.

Sveriges Tandhygienistförening

Sveriges Tandhygienistförening, STHF är en politiskt oberoende förening inom SACO-förbundet SRAT. Föreningen arbetar med frågor som berör tandhygienistens roll i samhället antingen man arbetar inom offentlig eller privat tandvård alternativt som egen företagare. Föreningen har ca 3 700 medlemmar.

5 Vi får allt bättre tänder

5.1 Inledning

Målet för tandvården är en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Ett av målen för tandvårdsstödet är att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov.

Oral hälsa, eller munhälsa, är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av oral sjukdom.¹ I detta betänkande används begreppet tandhälsa synonymt med oral hälsa och munhälsa. Tandhälsa kan mätas på olika sätt, dels med hjälp av objektiva mått (kliniskt registrerade uppgifter) och dels med subjektiva mått (t.ex. självskattad tandhälsa).

Sedan 1 juli 2008 samlas information om antal intakta och ej intakta tänder bland alla som besöker tandvården. I detta kapitel beskrivs hur tandhälsan har utvecklats på senare år.

5.2 Utvecklingen av tandhälsan i Sverige

5.2.1 Tandhälsan hos barn och ungdomar

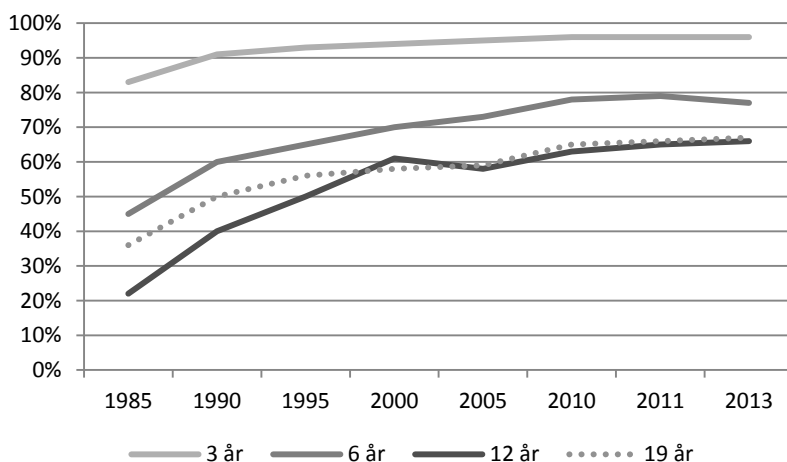
I dag är det inte möjligt att samlat beskriva tandhälsan hos barn och unga baserat på individuppgifter. Socialstyrelsen har sedan 1985 följt kariesutvecklingen hos barn och ungdomar. Dessa uppgifter samlas in på aggregerad nivå via enkäter till alla landsting och regioner.² Uppgifterna är dock inte heltäckande och insamlingen av data är enligt

¹ Se t.ex. Ekbäck, G. (2009) *Tandvård och tandhälsa - En enkätstudie av 30- och 40-åringar i Örebro län 2008* och SOU (2007:19) *Friskare tänder – till rimliga kostnader*.

² Innehåller uppgifter om barn och ungdomar som undersökts både av offentliga och privata vårdgivare.

Socialstyrelsen ofullständig. Uppgifterna samlas in för vissa utvalda åldersgrupper (3, 6, 12 och 19 år).

Figur 5.1 Andelen kariesfria barn och ungdomar i olika åldrar över tid



Källa: Socialstyrelsen. Anmärkning. 19-åringar avser andelen kariesfria approximant.

Utvecklingen av tandhälsan hos barn och ungdomar i Sverige är generellt god. I en internationell jämförelse har Sverige en hög andel kariesfria barn. Uppgifter för 2013 visar att karies bland barn och unga fortsätter att minska i samtliga undersökta åldersgrupper, med undantag för gruppen 6-åringar där förekomsten ökar något. År 2013 hade 66 procent av Sveriges 19-åringar inga s.k. approximala skador³. Detta är en förbättring med 2 procent jämfört med år 2011.⁴

Förekomsten av karies och tidigare kariesskador hos 19-åringarna är särskilt intressant eftersom denna åldersgrupp representerar slutet på den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården. Socialstyrelsen har visat att ca 75 procent av de fyllningar som utförs i vuxentandvården görs på tidigare lagade tänder.⁵ Andelen kariesfria 19-åringar är

³ Kariesskador på tändernas sidoytor.

⁴ Socialstyrelsen (2015) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten*.

⁵ Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård, Indikatorer och underlag för bedömningar*.

därför en viktig indikator på framtida vårdbehov. Detta gäller speciellt approximala skador, det vill säga de skador som framför allt ger upphov till framtida vårdbehov genom att många fyllningar behöver göras om på grund av fyllningar som går sönder eller karies som uppstår i anslutning till tidigare fyllningar.

WHO har som mål för medlemsstaterna i Europa att andelen kariesfria 6-åringar ska uppgå till 80 procent till år 2020. Sverige har under flera år varit nära att uppnå detta mål, men fortfarande har mer än 20 procent av 6-åringarna kariesskadade eller lagade tänder. Eftersom goda tandvårdsvanor grundläggs i förskoleåldern indikerar kariesförekomst i mjölk-tandsbettet en sämre prognos för munhälsa senare i barndoms- och ungdomsåren.⁶

Nya vanor bland barn och ungdomar, t.ex. stort intag av läsk och juice som riskerar att leda till ökade frätskador, kan i framtiden generera ett ökat tandvårdsbehov.⁷ Medan karies har minskat de senaste årtiondena finns det tecken på att erosionsskador blir allt vanligare, särskilt bland unga. Skadorna kan vara svårbehandlade och kan medföra ett ökat tandvårdsbehov framöver om utvecklingen fortsätter. Det är svårare att följa förekomsten av erosionsskador, dels på grund av dessa skador inte uppmärksammas förrän under senare tid och dels finns det i dag inte något vedertaget bedömningsindex.⁸

5.2.2 Tandhälsan i den vuxna befolkningen⁹

Vuxna svenskars tandhälsa rankas högst, eller bland de högsta, vid internationella jämförelser och studier av tandhälsa på befolkningsnivå. Till exempel är andelen i befolkningen som har mindre än 20 tänder samt andelen av helt tandlösa lägst i Sverige jämfört med alla andra länder i en stor internationell jämförelse.¹⁰

Folkhälsomyndigheten har sedan 2004 årligen följt den vuxna befolkningens självskattade tandhälsa i enkätundersökningen *Hälsa*

⁶ Socialstyrelsen (2015) *Karies hos barn och ungdomar*.

⁷ Svenska Dagbladet 2015-05-24, *Drycker fräter på ungas tänder*.

⁸ Lindström, P. (2011) Kost och tandhälsa på 2000-talet, s. 3–7 samt Tandläkartidningen (2015) *Erosioner vanliga hos unga – bedömningsindex saknas*.

⁹ Följande avsnitt bygger till stora delar på Sjödin L. (2015) *Den vuxna befolkningens tandvårdskonsumtion och tandhälsa m.m.* (Bilaga 2).

¹⁰ <http://www.tandlakartidningen.se/international-fackpress/svenskars-tandhalsa-bast-i-eu/> samt Guarnizo-Herreno CC m.fl. (2013).

på lika villkor. Andelen av befolkningen som anser sig ha dålig tandhälsa har minskat från elva procent 2004 till nio procent 2014. Bland samtliga grupper noteras förbättrade nivåer på den självskattade tandhälsan och den starkaste förbättringen finns bland unga och de äldsta.

Den relativt goda tandhälsan i befolkningen är sannolikt en långsiktig effekt av bland annat ökad fluoranvändning, utbyggd och avgiftsfri barn- och ungdomstandvård samt satsningar på information om munhygien i skola och tandvård sedan slutet på 1950-talet då nära 100 procent av befolkningen hade karies eller karieserfarenhet. Det har sedan dess skett en ökad medvetenhet inom vetenskapen och hos befolkningen om hur och varför tandsjukdomar uppkommer. Det har också tillkommit en ökad hälsomedvetenhet allmänt i samhället. En ökad tilltro till att förbättringar i munhygien och ökad fluor-tillförsel kan behandla karies har medfört en gradvis förändrad inställning hos behandlare när tänder med karies ska lagas med tandfyllningar.

Fram till 2008 följdes tandhälsan i Sverige främst genom enkätundersökningar och vissa regionala epidemiologiska studier.¹¹ När tandvårdsstödet infördes påbörjades också en rapportering av vissa tandhälsovariabler till Socialstyrelsen. Det blev då möjligt att på individnivå följa tandhälsan på en befolkning som i internationella sammanhang redan hade väldigt god tandhälsa. Sedan dess har tandhälsan utvecklats ytterligare i positiv riktning på befolkningsnivå. För alla patienter som tar del av det allmänna tandvårdsbidraget, dvs. i praktiken alla som besöker tandvården, rapporterar vårdgivarna uppgifter om antalet kvarvarande tänder och antal intakta tänder. Dessa uppgifter registreras i Socialstyrelsens tandhälsoregister.

En jämförelse av befolkningens tandhälsa mellan 2009 och 2014 visar på tydliga förbättringar. Stigande ålder förefaller inte ha någon negativ inverkan på tandhälsan på befolkningsnivå, dvs. många behåller samma antal kvarvarande och antal intakta tänder även när de blir äldre. Detta gäller särskilt för åldrarna upp till 65 år. Bland de som är 65 år och äldre är trenden att de behåller fler egna tänder

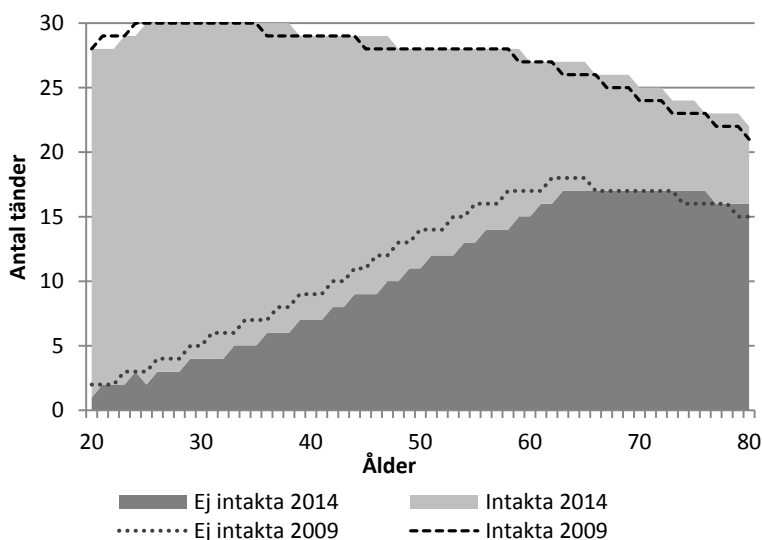
¹¹ Se t.ex. Ekbäck, G. (2009) *Tandvård och tandhälsa - En enkätstudie av 30- och 40-åringar i Örebro län 2008* samt Nordström B, Ekman K. (2009) *EpiWux 2008. Vuxnas mun- och tandhälsa i Dalarna*.

med stigande ålder. En förklaring till detta är att antalet personer med omfattande lagningar, inte minst med amalgam, successivt minskar i antal, vilket innebär att behovet av omgörningar av fyllningar minskar.

Sedan 2009 har antalet ej intakta tänder (det mörkgrå fältet) minskat med nästan tio procent och intakta tänder (det ljusgrå fältet) har ökat med motsvarande siffra. Figuren visar också att befolkningen behåller fler tänder högre upp i åldrarna än tidigare.

Figur 5.2 Medianantal intakta och ej intakta tänder, 2009 och 2014

Avser medianpatienten i respektive åldersgrupp



Källa: Socialstyrelsen, Tandhälsoregistret.

Om utvecklingen fortsätter i samma riktning indikerar det att antalet äldre framöver kommer att ha fler egna tänder, men att dessa fortsatt i hög grad kommer att vara lagade och utgör därmed en riskfaktor för behov av tandvård. Det kan komma att kräva ett ökat fokus på förebyggande åtgärder för att äldre ska kunna behålla en god tandhälsa. Kunskapen om befolkningens, och speciellt de äldres, behov av tandvård i framtiden är dock begränsad och

behöver utvecklas för att på ett bra sätt kunna ligga till grund för planering av tandvården.¹²

5.3 Sociala skillnader i tandhälsan

Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper, både bland barn och vuxna. Vuxna som rapporterar att de har dålig tandhälsa avstår i högre utsträckning från att söka tandvård av ekonomiska skäl.¹³

Trots minskad kariesförekomst bland barn och ungdomar finns det ändå en social olikhet när det gäller sjukdomens utbredning. De sociala skillnaderna i risken för karies kan observeras redan hos mindre barn och bland yngre skolbarn. Det finns ett samband mellan barns och föräldrars tandhälsa. Karies är 1,5–2 gånger vanligare bland barn och unga till föräldrar som själva har dålig tandhälsa. Ju sämre tandhälsa föräldrarna har, desto mer ökar risken för att barnen ska få omfattande kariesangrepp. Föräldrarnas sociala förhållanden har betydelse för barn och unga både när det gäller att komma (eller inte komma) till tandvården och när det gäller att få karies.¹⁴ De sociala skillnaderna i tandhälsa bland barn och ungdomar kan observeras trots att tandvård till barn och ungdomar är avgiftsfri. Det indikerar att skillnaden inte enbart beror på privatekonomiska faktorer.

Uppgifter från Försäkringskassan och Socialstyrelsen rörande vuxna visar att ålder, kön, socioekonomiska faktorer och tandhälsa har betydelse för val av tandvårdsåtgärder och konsumtion av tandvård.¹⁵

Utredningen har vid flera tillfällen uppmärksammat på att många nysvenskar i större utsträckning har omfattande tandvårdsbehov. Vanligen saknar de egen försörjning i början av sin vistelse och det innebär sannolikt att kostnaden för tandvård är ett ekonomiskt

¹² Socialstyrelsen (2015) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten* samt Myndigheten för Vårdanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd*.

¹³ Socialstyrelsen (2015) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänst*, s. 72.

¹⁴ Socialstyrelsen (2013) *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga*.

¹⁵ Försäkringskassan (2011) *Nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*.

hinder för att uppsöka tandvården. De kan i vissa fall genom socialtjänsten få ekonomiskt bistånd till skäligen kostnader för nödvändig tandvård.¹⁶ Barn och ungdomar har rätt till fri tandvård och i de fall dessa barn och ungdomar har omfattande tandvårdsbehov innebär det en utmaning för landstingen och regionerna samt de vårdgivare som har avtal med dessa om barn och ungdomstandvård genom en kapitationsersättning. För många mindre vårdgivare kan detta få ekonomiska konsekvenser.

När det gäller asylsökande får landstingen viss ersättning för de kostnader de har för hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande.¹⁷ Ersättningen består av olika schablonbelopp som regeringen fastställer varje år.¹⁸

¹⁶ Enligt statistik från Socialstyrelsen betalade kommunerna under 2013 ut totalt 148 miljoner kr för tandvård genom bistånd enligt socialtjänstlagen (2001:453).

¹⁷ Förordning (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

¹⁸ Migrationsverket kan lämna ersättning till landsting för kostnadskrävande hälso- och sjukvård samt tandvård till asylsökande för den del av kostnaden som överstiger 100 000 kr.

6 Många regelbundna besökare – men en del hamnar utanför

Sammanfattande slutsatser i kapitlet:

- Det går inte med säkerhet att avgöra om 2008-års reform inneburit att en större andel av befolkningen besöker tandvården jämfört med före reformen.
- Det är ungefär lika stor andel av befolkningen som besöker tandvården i dag som i början av reformen. Andelen har ökat i vissa åldersgrupper och minskat i andra. Andelen kan komma att minska ytterligare, främst till följd av en förbättrad tandhälsa.
- På befolkningsnivå är tandstatus en mycket viktig förklaringsfaktor för skillnader i besöksfrekvens mellan olika åldersgrupper.
- Personer yngre än 29 år och äldre än 64 år har ökat sin besöksfrekvens sedan 2009 men det är svårare att uttala sig om utvecklingen för de som är äldre än 64 år. Detta på grund av att utvecklingen har påverkats av övergångsreglerna från tidigare tandvårdsstöd, den s.k. 65-plusreformen.
- Allt fler är anslutna till abonnemangsvård, inte minst unga och de med god tandhälsa. Det kan vara en bidragande orsak till att fler unga i dag besöker tandvården.
- Andelen av befolkningen som uppger att de avstår tandvård, trots behov, är ungefär lika stor i tandvården som inom hälso- och sjukvården. Andelen som avstår tandvård trots behov har minskat sedan reformen.

- Andelen av befolkningen som avstår vård av ekonomiska skäl, trots behov, är dock betydligt större inom tandvården jämfört med hälso- och sjukvården. En minskning kan noteras som sammanfaller med reformens införande.
- Det finns socioekonomiska skillnader i tandvården. Exempelvis personer som arbetar samt svenskfödda personer besöker oftare tandvården än övriga. Efter reformens införande har det blivit mindre vanligt, bland alla socioekonomiska grupper, att avstå tandvård av ekonomiska skäl än perioden före reformen.
- Det finns även socioekonomiska skillnader bland de som besöker tandvården på så sätt att det är vanligare i vissa grupper att enbart göra akuta besök. När dessa personer väl besöker tandvården har de i större utsträckning omfattande behov, höga tandvårdskostnader och därmed större andel i det högre subventionsintervallet.

6.1 Inledning

I detta kapitel beskrivs besöksfrekvensernas utveckling i tandvården dels i ett historiskt perspektiv och dels sedan reformen trädde i kraft. I kapitlet behandlas också vissa skillnader i tandvården mellan olika socioekonomiska grupper i samhället.

6.2 Besöksfrekvenser i tandvården

Mellan åren 2009 och 2014 har ca 87 procent av den vuxna befolkningen besökt tandvården minst en gång. De flesta besöker tandvården regelbundet. Hur regelbundet en patient bör besöka tandvården, så kallat revisionsintervall, varierar med flera faktorer och måste avgöras individuellt. Hänsyn behöver tas till patientens risk att utveckla tand- och munsjukdomar. För de med låg risk kan det vara långa intervall. För de med medium risk sätts lite kortare intervall och för den allt mindre högriskgruppen kan intervallet vara ännu kortare. Patientens egna möjligheter eller önskemål att besöka tandvården behöver dock inte överensstämma med behandlarens bedömning av lämpligt intervall. Besöksbenägenhet i

tandvården påverkas av fler faktorer än den odontologiska riskbilden. Den påverkas också av om personen får en kallelse, var i landet personen bor, den disponibla inkomsten, utbildningsnivån, prioriteringar, traditioner i familjen, kostnaden för tandvården, priskänsligheten etc.¹ Om patienten är ansluten till abonnemangstandvård kan det också påverka hur ofta patienten besöker tandvården.

Hur täta besöken blir för varje patient påverkas följaktligen av flera faktorer, där det individuella tandvårdsbehovet kan utgöra en av många. Därför är det svårt att avgöra hur besöksfrekvenserna i tandvården lämpligast ska mätas på befolkningsnivå – och även vad som är önskvärt sett ur ett tandhälsoperspektiv och i perspektivet av vad staten bör stödja.

Besöksfrekvensen, mätt som andel personer av befolkningen som gjort minst ett besök i tandvården under en viss period, har enligt Försäkringskassan minskat marginellt sedan reformen trädde i kraft.² Under 2014 hade 57,3 procent av befolkningen gjort minst ett besök hos tandvården, vilket är en minskning (-0,7 %) jämfört med 2009. Som mest var besöksfrekvensen 58,9 procent år 2011 och 2012. Mätt över en tvåårsperiod hade 72,3 procent av befolkningen besökt tandvården minst en gång (-0,2 %) och mätt över en treårsperiod hade 77,4 procent besökt tandvården minst en gång (-0,5 %).³ Utvecklingen har dock varit olika för olika åldersgrupper och beskrivs mer i detalj i avsnitt 6.3.

I ett långsiktigt perspektiv finns det tydliga indikationer på att besöksfrekvenserna har ökat inom tandvården. Före reformen fanns det emellertid ingen nationell statistik över besöksfrekvenserna på individnivå bland den vuxna populationen utan dessa analyserades genom olika enkätundersökningar där ett urval av befolkningen tillfrågades om sitt tandvårdsbeteende. Undersökningarna genomfördes bland annat av SCB (ULF⁴), Folkhälsomyndigheten⁵

¹ Se bl.a. Socialstyrelsen (2009) *Tandvård och tandhälsa* och Socialstyrelsen (2013) *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga*.

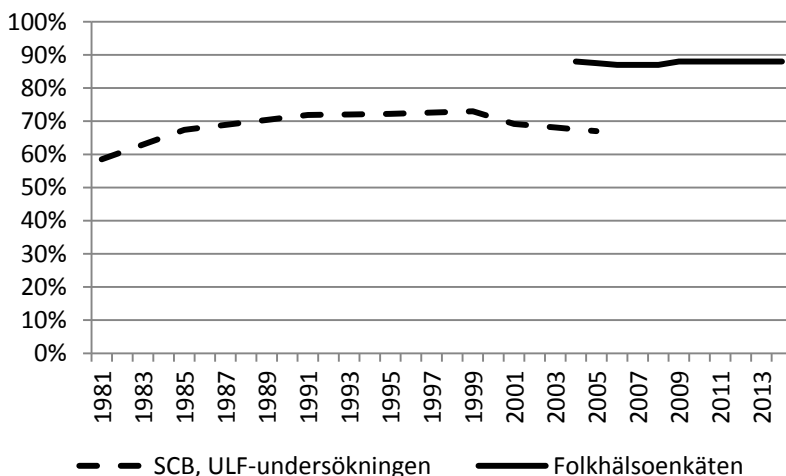
² Det har varit svårt att få en samstämmig bild av besöksfrekvensernas utveckling mellan de myndigheter som i dag ansvarar för tandvård och tandvårdsstöd. Det beror i huvudsak på att varje myndighet definierar olika variabler på olika sätt. Särskilt problematiskt har det varit att få en samstämmig definition av befolkningen (se vidare kapitel 11).

³ Beräknat på personer som vid slutet av 2014 var som äldst 90 år. Här ingår inte heller personer som enbart fått en undersökning eller behandling enligt F- och N-tandvården inom landstingens försorg.

⁴ Undersökningarna av levnadsförhållanden.

(Folkhälsoenkäten) och Försäkringskassan. I följande figur visas den självskattade besöksfrekvensen, dels när ULF-undersökningen frågar om tandvårdsbesök senaste året (streckad linje) och dels när Folkhälsoenkäten frågar om tandvårdsbesök senaste två åren (hel-dragen linje).

Figur 6.1 Självskattade besöksfrekvenser 1981– 2014. Ettårs- respektive tvåårsperioder



Källa: SCB, ULF-undersökningen och Folkhälsoenkäten.

Från början av 1980-talet fram till slutet av 1990-talet ökade besöken i tandvården successivt. Därefter har besöksfrekvenserna minskat en aning. År 2004 började Statens folkhälsoinstitut att fråga befolkningen om de hade besökt tandvården de senaste två åren. Det senaste värdet för den självskattade besöksfrekvensen över en tvåårsperiod avser år 2014 och uppgick då till ca 88 procent. Den faktiska besöksfrekvens mätt över en tvåårsperiod, baserat på uppgifter från Försäkringskassan, uppgår till drygt 72 procent. Den självskattade besöksfrekvensen är alltså klart högre än den faktiska nivån.

Inför reformen antog regeringen att 85 procent av den vuxna befolkningen skulle besöka tandvården minst en gång vartannat år.

⁵ Tidigare Statens folkhälsoinstitut.

Antagandet byggde alltså på kunskap som baserades på enkätundersökningar som sannolikt överskattade de faktiska nivåerna. Därmed blir det också svårt att med säkerhet avgöra hur besöksbenägenheten har förändrats specifikt till följd av reformen.

6.2.1 Viktiga orsaker till ändrad besöksfrekvens

En förbättrad tandhälsa med fler kvarvarande och intakta tänder bedöms påverka besöksfrekvensen i tandvården. Personer med de flesta tänderna intakta behöver inte besöka tandvården varje år och besöken kan lika väl göras hos en tandläkare som hos en tandhygienist. Det är numera vanligt med besöksintervall på vartannat år eller längre för patienter med god tandhälsa. Många vårdgivare har numera två år som standard mellan besök för undersökning och modifierar intervallen beroende på patientens risk. Riskgruppering, det vill säga att behandlare i tandvården grupperar patienterna i hög, medium och låg risk att få skador och att utveckla tand- och munsjukdomar, innebär att intervallen mellan tandvårdsbesöken kan individanpassas.

Som tidigare visats i kapitel 5 har tandhälsan utvecklats i positiv riktning. Förbättrad tandhälsa har inneburit att fler än tidigare har kvar sina tänder, även om dessa med stigande ålder i större utsträckning är skadade. Samtidigt har andelen äldre i befolkningen ökat. Med fler kvarvarande tänder ökar därigenom behovet av underhåll i den äldre befolkningen jämfört med tidigare. Av de tandfyllningar och tandkronor som utförs inom tandvården är majoriteten restaurativa åtgärder, det vill säga de utförs på grund av sekundärkaries (karies i anslutning till en tidigare fyllning eller krona) eller att en tidigare fyllning gått sönder.⁶

Det är dock stora skillnader i tandhälsa mellan olika åldersgrupper vilket kan komma att påverka utvecklingen framöver. Enligt Socialstyrelsen indikerar skillnaderna mellan olika åldersgrupper att antalet utförda fyllningar och kronor på sikt kommer att minska eftersom en hög andel av de fyllningar och kronor som utförs är omgörningar av tidigare lagade tänder. Den höga andelen unga

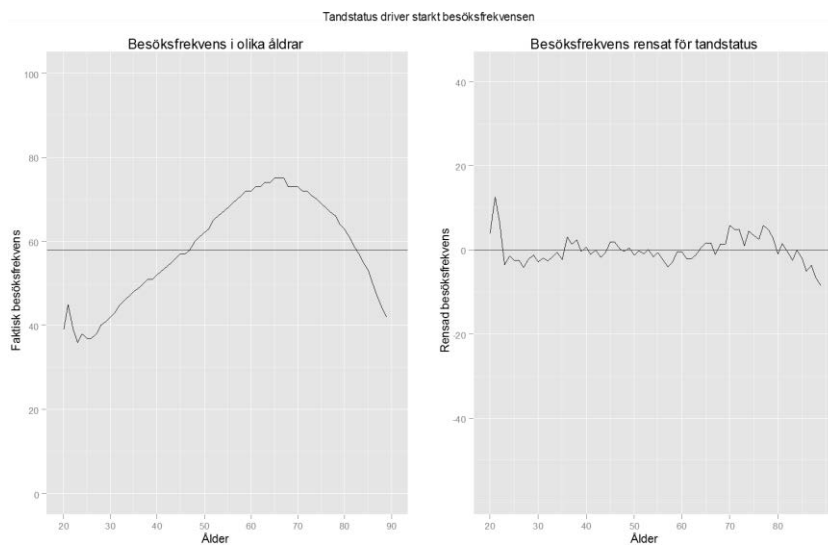
⁶ Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Indikatorer och underlag för bedömningar*.

vuxna som är kariesfria och som inte fått någon tand lagad minskar därmed behovet av omgörningar på sikt.⁷ För de yngre åldersgrupperna minskar detta troligen behovet av täta besök i tandvården och en minskad besöksfrekvens kan förväntas framöver. För de äldre kan fler kvarvarande, dock skadade, tänder innebära ökade tandvårdsbehov och därmed behov av ökade besöksfrekvenser.

6.3 Vilka besöker och vilka avstår från att besöka tandvården?

På befolkningsnivå korrelerar besöksfrekvenser i tandvården starkt med tandstatus, mätt som antalet tänder totalt och antal intakta tänder per åldersgrupp. I figuren nedan har besöksfrekvensen (ettårsperiod) relaterats till totalt antal tänder och antal ej intakta tänder.

Figur 6.2 Besöksfrekvens - andel av befolkningen per åldersklass och andel per åldersklass relaterad till tandhälsan (högra figuren). Procent



Källa: TLV. Anmärkning. Vågrät linje markerar genomsnittliga besöksfrekvensen för hela befolkningen.

⁷Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Indikationer och underlag för bedömningar*.

Med en statistisk metod kallad linjär multipel regression kan 93 procent av besöksfrekvensen per åldersklass förklaras av tandstatus. Tandhälsan är som tidigare visats bättre bland yngre än bland äldre och besöksfrekvensen korrelerar alltså starkt med ålder som i sin tur samvarierar med tandstatus. Det innebär att skillnaderna i besöksfrekvens mellan olika åldersgrupper i stor utsträckning är naturliga och kan förklaras av skillnader i tandstatus.

6.3.1 Besöksfrekvenser och kön

Kvinnor har högre besöksfrekvens än män. Under ett år besöker 61 procent av kvinnorna tandvården mot 56 procent av männen. Skillnaderna mellan kvinnor och män har varit relativt stabila under åren och kvarstår när man mäter över en tvåårs- respektive treårsperiod. Kvinnor besöker tandvården i högre grad än män upp till ca 80 års ålder, då männens andel successivt blir högre. Mellan 30 och 40 års ålder är skillnaden mellan kvinnor och män störst. Mätt över en tvåårsperiod besöker nästan 68 procent av kvinnor i den åldern tandvården jämfört med 57 procent av männen i samma ålder.

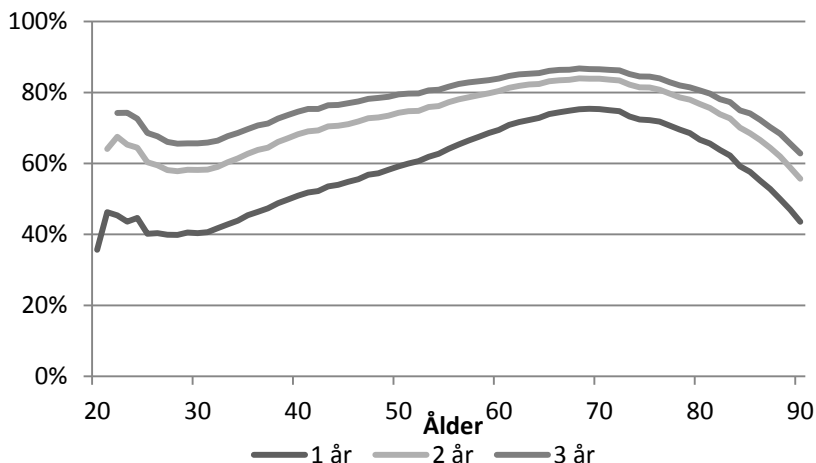
Könskillnaderna har legat konstanta sedan reformen genomfördes och förekommer även när man studerar besöksfrekvenserna bland olika socioekonomiska grupper.

Det har varit svårt att hitta studier som försökt förklara varför kvinnor generellt är mer benägna att besöka tandvården.

6.3.2 Besöksfrekvenser och ålder

Besöksfrekvensen varierar mellan olika åldersklasser. Unga besöker tandvården i minst utsträckning men en liten topp kan noteras för 22- och 23-åringarna vilket troligen är en effekt av den första kallelsen efter den kostnadsfria barn- och ungdomstandvården. Besöksfrekvenserna ökar sedan successivt med stigande ålder fram till 69 års ålder där den är som högst för att därefter minska.

Figur 6.3 Andel av befolkningen som besökt tandvården inom 1, 2 respektive 3 år. Avser ålder år 2014



Källa: Försäkringskassan, egen beräkning.

På befolkningsnivå⁸ hade 57,3 procent gjort minst ett besök i tandvården inom ett år, 72,2 procent hade gjort det inom två år och 77,4 procent hade besökt tandvården inom tre år. Störst skillnader mellan åldrarna är det när man mäter över en ettårsperiod.

Personer som inte använt sitt ATB eller STB men fått tandvård inom ramen för landstingens tandvårdsstöd (F-tandvård⁹ och N-tandvård¹⁰) ingår inte i figuren ovan.

⁸ Personer i åldrarna 20–90 år.

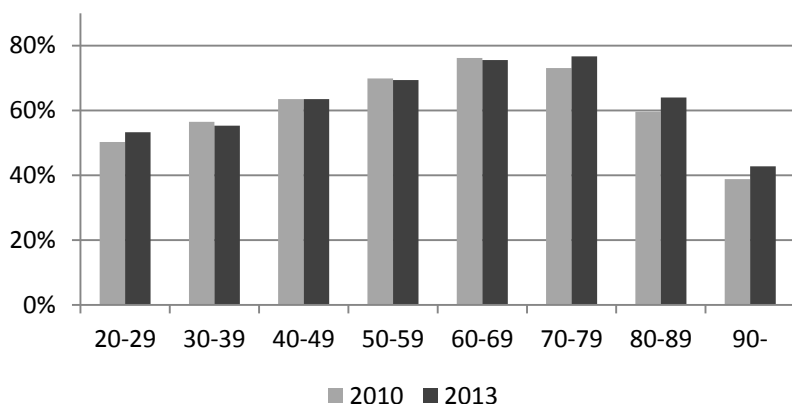
⁹ F-tandvård vänder sig till personer med stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå behandling i tandvården p.g.a. långvarig sjukdom, sällsynt diagnos eller funktionsnedsättning eller har orofaciala symtom.

¹⁰ N-tandvård vänder sig till personer med bestående behov av omfattande vård och omsorg. Behandling ges enligt patientavgift till hälso- och sjukvårdens taxa.

6.3.3 Utveckling av antalet undersökningar

Regelbundna tandvårdsbesök och förebyggande insatser är ett av huvudmålen för det statliga tandvårdsstödet. För att en förebyggande insats ska kunna ges behöver den föregås av en undersökning genomförd av en tandläkare eller tandhygienist.

Figur 6.4 Andel av befolkningen som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden



Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas.

Figuren ovan visar andelen personer som fått en undersökning utförd någon gång under den senaste tvåårsperioden.¹¹ Bland den vuxna befolkningen har andelen ökat med knappt en procentenhet, från 63,6 till 64,4 procent sedan reformens ikraftträdande. Utvecklingen speglar i huvudsak den utveckling som gäller för de olika åldersgrupperna när man studerar besöksfrekvenserna generellt i tandvården. Den största förbättringen har skett bland de yngre (20–29 år) och personer äldre än 70 år. Dessa grupper var särskilt prioriterade av regeringen. För övriga åldersgrupper är det en lägre andel som får en undersökning utförd 2014 än 2009.

¹¹ Personer som fått en undersökning inom ramen för landstingens ansvar – dvs. Nödvändig tandvård, Tandvård till personer med funktionsnedsättning och Tandvård som led i sjukdomsbehandling – ingår inte i statistiken.

6.4 Besöksfrekvensernas utveckling över tid

Under perioden 2013–2014 besökte drygt 5,3 miljoner personer tandvården; en ökning med drygt 180 000 personer jämfört med perioden 2009–2010. Mellan dessa perioder ökade dock befolkningen relativt sett mer och andelen av befolkningen som besökte tandvården minskade därmed med nästan en halv procentenhet.

Tabell 6.1 Andelen som besökt tandvården inom en tvåårsperiod

Ålder	2009-2010	2013-2014	Förändring
20–29	57,2%	59,3%	2,1%
30–49	69,2%	66,8%	-2,4%
50–64	80,7%	78,4%	-2,3%
65–74	82,7%	83,4%	0,7%
75 +	67,3%	71,3%	4,0%
Totalt	71,5%	71,1%	-0,5%

Källa: Försäkringskassan.

Besöksfrekvensen över två år var ca 59 procent år 2014 för de som var 29 år och yngre, en andel som ökat med drygt två procentenheter sedan 2009. Andelen ligger på 66,8 procent för de som är mellan 30 och 49 år vilket är en minskning med drygt två procentenheter. En liknande minskning skedde också för åldersgruppen 50–64 år. För de som var mellan 65 och 74 år varierade den under perioden kring 83 procent. För de som var 75 år och äldre ökade andelen som besöker tandvården inom en tvåårsperiod med fyra procentenheter till drygt 72 procent. För 90-åringar ökade besöksfrekvensen från 51 procent till nästan 56 procent.

Utvecklingen av besöksfrekvenserna för personer äldre än 64 år bör dock tolkas med försiktighet. Övergångsreglerna från det tidigare tandvårdsstödet innebar att påbörjad eller förhandsprövad men ej påbörjad behandling kunde ersättas enligt de tidigare reglerna. Tandvårdsbesök som efter halvårsskiftet 2008 utfördes enligt det tidigare tandvårdsstödet, som hade generösa villkor vid protetiska behandlingar för personer äldre än 64 år, registrerades inte i statistiken över dagens tandvårdsstöd. Det innebär att det inledningsvis var fler personer äldre än 64 år som besökt tandvården än de som redovisas i figuren och tabellen ovan.

Om man följer födelsekohorterna¹² över tid så har de flesta kohorterna ökat sin besöksbenägenhet. Bland de yngre har ökningen varit ca tre procent och den ökningen avtar med stigande ålder för att sedan minska för de som 2009 var 64 år. Det innebär att alla åldersgrupper som 2009 var yngre än 65 år har högre besöksfrekvenser 2014 än vad de hade 2009.

Det är sannolikt fler bland de allra äldsta som fått tandvård än som redovisats i detta avsnitt. Många äldre omfattas av landstingens tandvårdsstöd och ingår därför inte denna sammanställning.¹³ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (Vårdanalys) har analyserat hur samhällets olika tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen.¹⁴ Myndigheten konstaterar att stöden inte når ut till de äldre i målgruppen i tillräcklig omfattning och att äldre med stora tandvårdsbehov som inte kan ta sig till tandvården inte alltid fångas upp av landstingens uppsökande verksamhet. Det är för tillfället inte möjligt att avgöra hur många personer som omfattas av landstingens stöd eftersom statistiken inte bygger på individuppgifter. Den landstingsstatistik som Socialstyrelsen sammanställer är dessutom ännu inte validerad. En annan orsak är att de grupper som tar del av de olika stöden överlappar varandra vilket gör att uppgifterna, som samlas in per stödform, blir överskattade om de summeras.

Abonnemangstandvård

Abonnemangstandvård innebär regelbunden tandvård till fast pris för en period om tre år. Utöver den fasta premien, som vanligtvis betalas månadsvis, betalar patienten ingenting för den tandvård som utförs inom ramen för ett abonnemang. Denna form av tandvårdskoncept erbjuds i dag bara av folktandvården; då under namnet Frisktandvård.

Tandvård som utförs inom ramen för abonnemangstandvården är inte ersättningsgrundande för högkostnadsskyddet inom det statliga tandvårdsstödet. Däremot kan patienten använda sitt ATB för delbetalning av sitt abonnemang om avtalet löper i tre år och om vårdgivaren till ett fast pris ska utföra den tandvård som patienten behöver i form av

¹² En födelsekohort består av personer födda under samma kalenderår.

¹³ Har man däremot tagit ut ett ATB eller STB så ingår man i statistiken ovan.

¹⁴ Myndigheten för Vårdanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd*.

1. undersökningar och utredningar
2. hälsofrämjande insatser
3. behandling av sjukdoms- och smärttillstånd samt
4. reparativ vård (t.ex. fyllningar)

Vilken vård som därutöver ingår i avtalet skiljer sig delvis mellan landstingen. Även prissättningen skiljer sig åt. Innan ett abonnemangsavtal tecknas utförs en undersökning och eventuell behandling, s.k. nollställning. Hos de flesta landsting/ regioner är det i många fall patienten som betalar för detta enligt gällande prislista.¹⁵ Vårdgivaren genomför därefter en bedömning av patientens risk att utveckla framtida sjukdomar och skador i munhålan. Riskbedömningen bygger på fyra huvudområden; allmän risk, teknisk risk, kariesrisk och parodontal risk. Genom riskgruppering anpassas premien - utöver den vård patienten förväntas konsumera - även till patientens risk att utveckla sjukdom eller andra skador i munnen. Folktandvården tillämpar ett system med tio olika premiegrupper, men premierna harmonierar inte fullt ut mellan landstingen och regionerna.

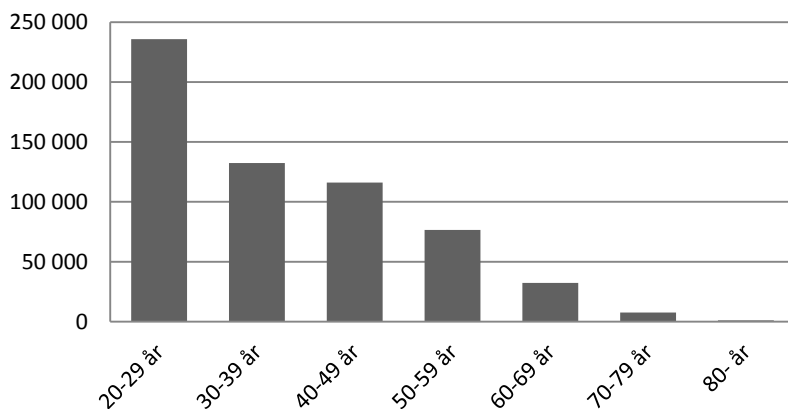
Det fasta priset ger förutsättningar för bättre kontinuitet i vården eftersom patienten inte betalar något extra för besöket. Det ger vårdgivaren incitament att utföra förebyggande åtgärder eftersom vårdgivaren står för kostnaden för dyrare åtgärder vid tillstånd som kan förebyggas. Betalningsmodellen med ett fast pris oavsett hur mycket tandvård patienten får kan dock innebära viss risk för att patienten får mindre tandvård än han eller hon behöver.¹⁶

Totalt fanns enligt Folktandvårdsföreningen drygt 600 000 abonnemangsavtal den 30 juni 2014. Antalet avtal har kontinuerligt ökat över tid i samtliga landsting.

Figuren nedan beskriver åldersfördelningen bland patienter som har tecknat ett abonnemang. Det är vanligast att personer mellan 20 och 29 år tecknar ett avtal om abonnemangstandvård och denna grupp står för ca 40 procent av avtalen.

¹⁵ Enligt Folktandvårdsförening ingår undersökning inför tecknandet av avtalet hos sex landsting/regioner, varav ett landsting även inkluderar nollställningen.

¹⁶ Grönqvist, E.(2006) *Hål i plånboken: Hur kan man försäkra sig mot höga tandvårds-kostnader?*

Figur 6.5 Antal abonnemangsavtal per åldergrupp per 30 juni 2014

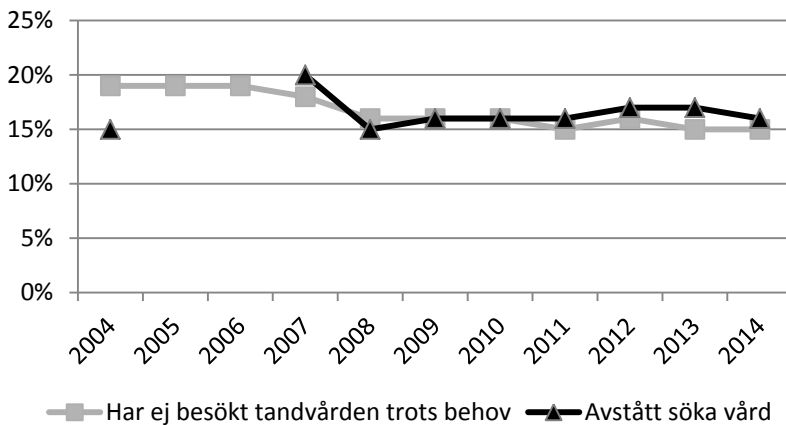
Källa: Folk tandvården Sverige.

Majoriteten av patienterna i den yngsta åldergruppen har god tandstatus. Kombinationen av låga premier (god tandstatus ger låg riskgruppering), förhöjt ATB och möjligheten till månatliga delbetalningar gör abonnemangstandvården till ett tilltalande koncept för unga. Att abonnemangstandvården omfattar allt fler kan ha haft positiv effekt på utvecklingen av besöksfrekvenserna, särskilt för unga under 30 år.

6.4.1 Personer som avstår tandvård av ekonomiska skäl

Andelen personer som avstår från att söka tandvård, trots att de upplever att de har haft ett vårdbehov, är ungefär lika stor som andelen som avstår hälso- och sjukvård. Andelen personer som avstått tandvård trots behov var 19 procent före reformen; en andel som har minskat och stabiliserats runt 15 procent efter reformen. Det är något vanligare bland kvinnor än bland män att uppge att de avstått tandvård trots behov (framgår ej av figuren nedan).

Figur 6.6 Andel som ej besökt tandvården samt andel som avstått från att söka(hälso- och sjuk)vård trots behov

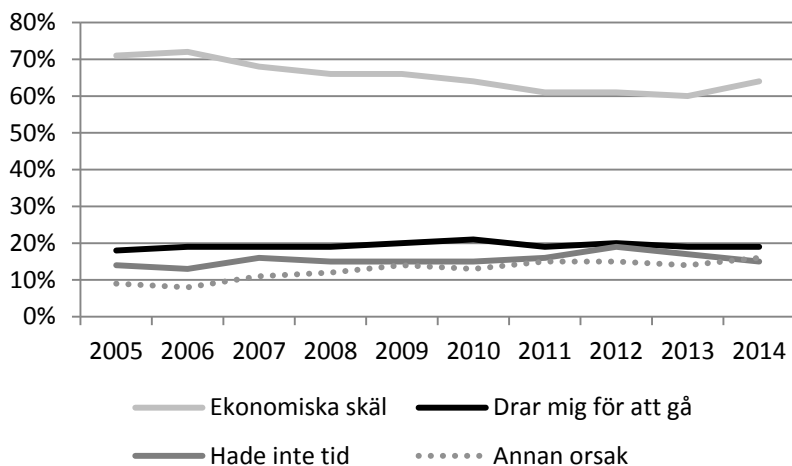


Källa: Folkhälsoenkäten 2014, Folkhälsomyndigheten. Uppgifter om "Avstått söka vård" saknas för åren 2005 och 2006.

Andelen som av ekonomiska skäl avstår från att besöka tandvården, trots behov, är betydligt större inom tandvården jämfört med hälso- och sjukvården. Den vanligaste orsaken till att avstå tandvård är ekonomiska skäl. Andelen som avstår tandvård av ekonomiska skäl har dock minskat över tid och minskningen sammanfaller med införandet av dagens tandvårdsstöd. Bland de som avstod tandvård 2005 gjorde 72 procent det av ekonomiska skäl; 2014 var den siffran nere på 64 procent. Andelen av befolkningen som avstått tandvård av ekonomiska skäl, trots behov, har successivt minskat från 12,2 procent år 2007 till 9,6 procent år 2014. I utredningens enkät till befolkningen¹⁷ var det 42 procent av de som avstod att uppsöka tandvård trots behov som gjorde det av ekonomiska skäl. Dessa utgjorde 7 procent av respondenterna.

Det är inte bara ekonomi som gör att personer inte vill eller kan prioritera tandvård trots att de upplever sig ha ett behov.

¹⁷ Se bilaga 4.

Figur 6.7 Vanligaste orsakerna att avstå tandvård trots behov

Källa: Folkhälsoenkäten 2014, Folkhälsomyndigheten. Anmärkning. Flera alternativ kan anges i enkäten varför summan överstiger 100 %.

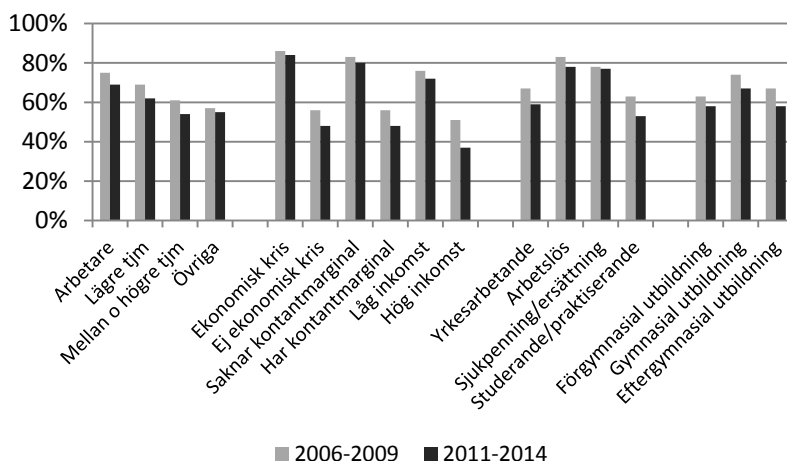
Drygt hälften av de som avstår trots behov gör det av andra skäl, till exempel för att de drar sig för att gå, inte upplever sig ha tid eller av andra orsaker.

Folkhälsomyndighetens undersökning visar också att det finns skillnader mellan olika grupper i hur vanligt det är att avstå tandvård trots upplevt behov.

6.5 Socioekonomiska skillnader i tandvårdsbesöken

Personer som är i ekonomisk kris, saknar kontantmarginal eller har låga inkomster uppger i betydligt större utsträckning än övriga att de avstått tandvård trots behov. Arbetare avstår tandvård av ekonomiska skäl i större utsträckning än tjänstemän. Figuren nedan visar också att utvecklingen har varit olika för olika grupper. En generell trend, som genomsyrar alla grupper, är att det är färre i dag som anger att de avstår tandvård trots behov än under perioden 2006–2009. En annan genomgående trend är att förbättringen varit minst bland de grupper som i störst utsträckning avstår från att besöka tandvården trots behov.

Figur 6.8 Andelen i olika grupper som anger ekonomiska skäl att avstå tandvård trots behov bland de som avstår



Källa: Folkhälsoenkäten 2014, Folkhälsomyndigheten.

Benägenheten att avstå tandvård av ekonomiska skäl påverkas sannolikt också av hur stor del av tandvården som patienten själv betalar. Den genomsnittliga patientens andel av tandvårdskostnaderna har minskat till följd av reformen (se vidare kapitel 8). När patienterna upplever att en större del av tandvården blir subventionerad, och därmed billigare, är det rimligt att anta att färre anser att de behöver avstå tandvård av ekonomiska skäl.

6.5.1 Vanligare att enbart göra akuta besök bland socioekonomiskt svagare grupper

Det statliga tandvårdsstödet ska ge ett ekonomiskt tillskott så att fler personer får tillgång till den tandvård de behöver. Trots stödet finns det dock en del människor som upplever ekonomiska hinder när det gäller tandvårdsbesök och tandvårdskonsumtion. Flera studier har visat att sannolikheten att inte besöka tandvården är högre bland vissa socioekonomiskt svagare grupper såsom arbets-sökande, sjukskrivna och låginkomsttagare.¹⁸ Bland dessa grupper

¹⁸ Försäkringskassan (2011) *Nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*.

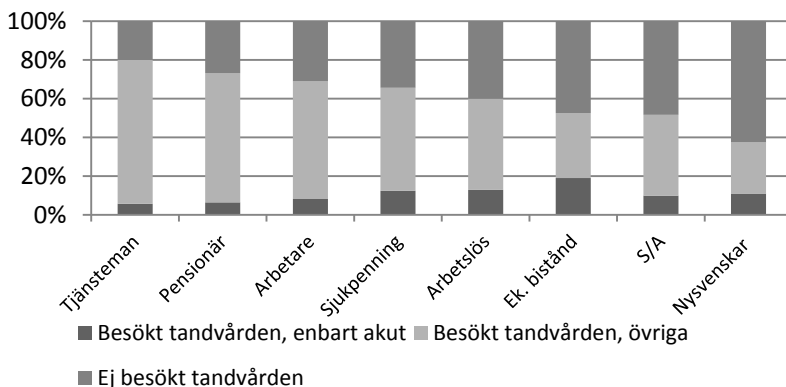
är det också vanligare att avstå tandvård på grund av ekonomiska skäl och att enbart besöka tandvården när akuta behov uppstår. Det betyder att dessa personer inte har en regelbunden kontakt med tandvården, utan att de endast uppsöker tandvården till följd av smärta och besvär. Genom att inte ha regelbunden kontakt med tandläkare eller tandhygienist blir det svårt att på ett tidigt stadium upptäcka och diagnostisera eventuella sjukdomar och skador i munhålan. Det kan leda till att patienten utvecklar ett behov av mer omfattande och kostsamma behandlingar.

SCB har på utredningens uppdrag tagit fram statistik som visar att det finns en korrelation mellan de som besöker tandvården i mindre utsträckning och deras benägenhet att enbart gör akuta besök i tandvården. I det följande behandlas besöksfrekvenser bland olika grupper och i vilken utsträckning besöken i huvudsak är drivna av akuta besvär.

Tjänstemän besöker tandvården i störst utsträckning; ca 80 procent av gruppen besöker tandvården inom en tvåårsperiod. Samtidigt är andelen som enbart gör akuta besök lägst för den gruppen; knappt 6 procent. Personer som har sjukpenning, är arbetslösa, får ekonomiskt bistånd eller har sjuk- eller aktivitetsersättning (S/A) har lägst besöksfrekvens och besöken styrs i betydligt större utsträckning av akuta besvär. Bland nysvenskar, som varit i Sverige mellan 0 och 4 år, är besöksfrekvenserna lägst; mindre än 40 procent av gruppen har besökt tandvården inom tvåårsperioden 2013–2014. Var tredje person bland nysvenskarna som besökte tandvården under perioden gjorde enbart akuta besök.

Figur 6.9 Andel personer i olika socioekonomiska grupper som enbart gör akuta besök, andelen som gör övriga besök i tandvården och andelen som inte besökt tandvården

Avser tvåårsperioden 2013–2014.



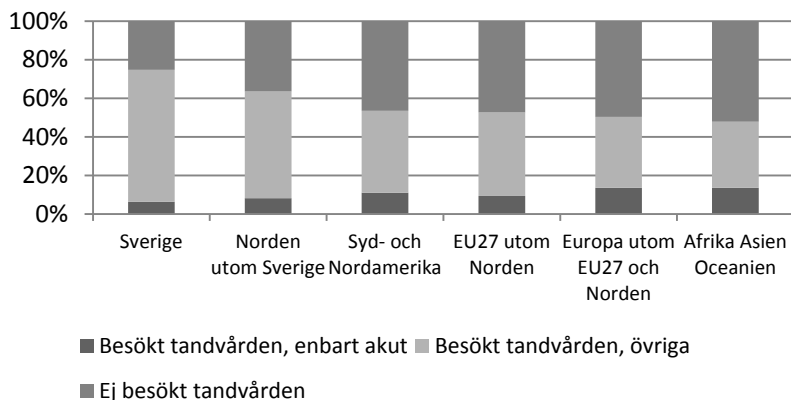
Källa: SCB.

Sammantaget visar figuren ovan att det finns skillnader mellan olika gruppers besöksmönster i tandvården. Bland grupper där besöksfrekvensen är låg är det betydligt vanligare att enbart göra akuta besök. Särskilt tydligt är det bland personer som bott i Sverige 0–4 år, är arbetslösa, med sjuk- eller aktivitetsersättning (S/A), med sjukpenning eller som får ekonomiskt bistånd. Detta harmonierar väl med resultat från andra studier på området.

Det finns också relativt stor variation i besöksmönster beroende på i vilket land en person är född.

Figur 6.10 Andel personer i olika grupper efter födelseland som ej besökt tandvården, andelen som enbart gjort akuta besök och andelen som gjort övriga besök

Avser tvåårsperioden 2013-2014



Källa: SCB.

Högst besöksfrekvens har svenskfödda personer och de är minst benägna att enbart göra akuta besök. Lägst besöksfrekvens har personer födda i Afrika, Asien eller Oceanien. Personer födda på dessa kontinenter söker oftare enbart akut tandvård än övriga. Enligt Försäkringskassan är sannolikheten för personer födda utanför EU och Norden att endast söka akut tandvård tre till fyra gånger högre än för svenskfödda. Försäkringskassan framhåller att skillnaderna kvarstår även när analysen kontrollerar för till exempel inkomst, utbildning och sysselsättning.¹⁹

Utöver de socioekonomiska grupperingarna som redovisats ovan visade Försäkringskassans analys att yngre, ensamstående med och utan barn samt personer som bor i glesbygdskommuner är mer benägna att enbart besöka tandvården vid akuta behov.²⁰

Både TLV och Försäkringskassan har visat att de grupper som generellt har en lägre besöksfrekvens konsumerar mer tandvård när de väl besöker en tandläkare eller hygienist.²¹ Sannolikt har det då

¹⁹ Försäkringskassan (2012) *När tänderna får vänta*. s. 34.

²⁰ Försäkringskassan (2012) *När tänderna får vänta*. Tabell 7. Baserat på oddskvoter.

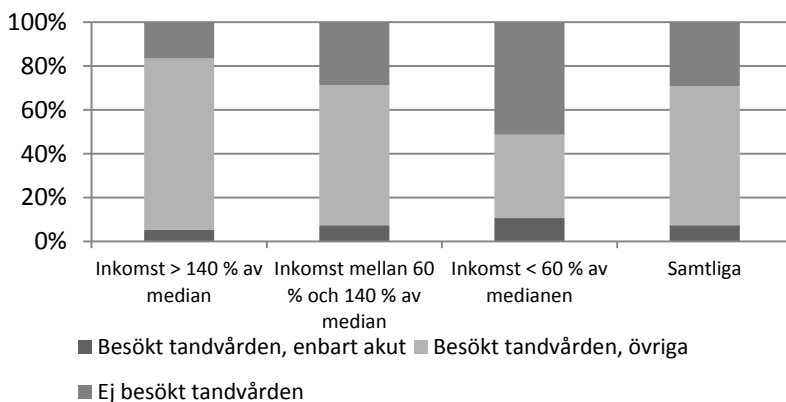
²¹ Liknande resultat framkommer även i TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*. samt Försäkringskassan (2011) *Nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*.

ansamlats ett så stort tandvårdsbehov som gör att konsumtionen av tandvård blir högre än annars. TLV och Försäkringskassan visar att det också finns en positiv korrelation mellan inkomst och besöksfrekvenser samt en negativ sådan mellan inkomst och att enbart göra akuta besök.

I en studie från 2011 undersökte Försäkringskassan korrelationen mellan inkomst och besöksfrekvens.²² Försäkringskassan fann en positiv korrelation mellan inkomst och besöksfrekvens samt en negativ korrelation mellan inkomst och besök i förebyggande syfte. Vid högre inkomster kan regelbunden och förebyggande tandvård ges större prioritet och när inkomsterna är låga avstår fler tandvård tills ett akut behov uppstår.

Figur 6.11 Andelen personer i olika inkomstgrupper som ej besökt tandvården, andelen som enbart gjort akuta besök och andelen som gjort övriga besök

Avser tvåårsperioden 2013-2014



Källa: SCB

Av figuren ovan framgår att personer med högre inkomster också har högre besöksfrekvenser och att de med lägre inkomster i större utsträckning enbart gör akuta besök.

Det är troligt att åldersstrukturen inom respektive grupper förklarar en del av inkomstskillnaderna och andelen som inte besöker tandvården. Unga personer har till exempel generellt lägre inkomster

²² Försäkringskassan (2011) *Nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet som införde 1 juli 2008*.

men har också överlag en lägre försörjningsbörda och bättre tandhälsa. Försäkringskassan har i en rapport från 2012 visat att skillnaderna i besöksfrekvens blir något mindre när man beaktar individernas disponibla inkomst.²³ En sådan analys tar hänsyn till hushållens skattepliktiga och skattefria inkomster, skatter och andra negativa transfereringar men också till hushållens totala försörjningsbörda.

Grönkvist (2012) menar att inkomst snarare korrelerar med sannolikheten att överhuvudtaget besöka tandvården. Det fanns en korrelation mellan inkomst och mängden konsumerad förebyggande och protetisk tandvård. Däremot fann Grönkvist ingen korrelation mellan inkomst och mängden konsumerad reparativ tandvård.

TLV har också visat att låginkomsttagare besöker tandvården mer sällan än höginkomsttagare men å andra sidan konsumerar de mer tandvård i genomsnitt per besök.²⁴ Det innebär att personer med olika inkomster i genomsnitt konsumera lika mycket tandvård totalt sett, mätt som debiterade vårdgivarpriser. Enligt TLV finns det ett visst samband mellan disponibel inkomst och tandvårdskonsumtion där låginkomsttagare tenderar att konsumera mindre tandvård. Detta samband gällde för personer i 40-års respektive 80-års ålder. Bland övriga åldersgrupper fanns inget – eller mycket svagt – samband mellan disponibel inkomst och tandvårdskonsumtion. TLV finner också att låginkomsttagare generellt konsumerar fler tandvårdsåtgärder, men väljer i regel billigare behandlingar än höginkomsttagare.

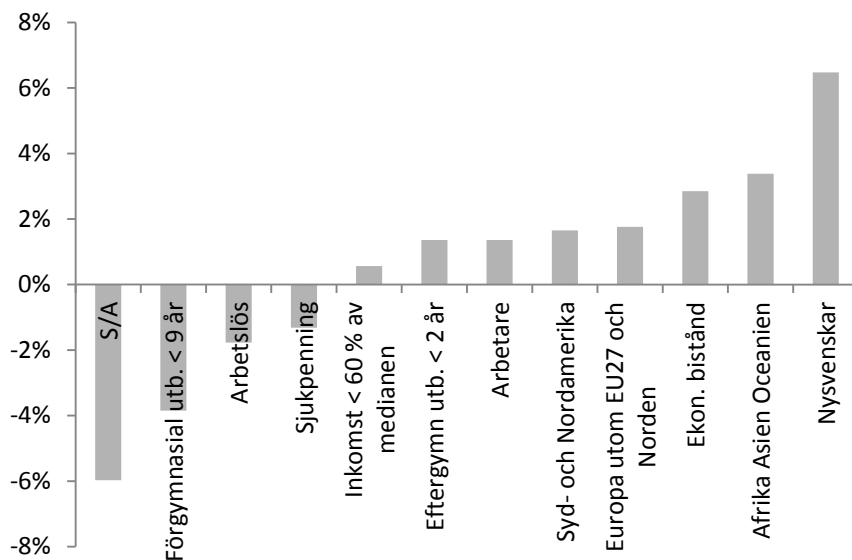
6.5.2 Utvecklingen av besöksfrekvenserna i olika socioekonomiska grupper

Besöksfrekvenserna har utvecklats olika för olika grupper sedan 2010. I följande figur jämförs besöksfrekvenserna över en tvåårsperiod i början av reformen med hur den såg ut 2014 för de grupper vars besöksfrekvenser ändrats mest. Bland övriga grupper är förändringarna mycket små.

²³ Försäkringskassan (2012) *När tänderna får vänta*.

²⁴ TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*.

Figur 6.12 Förändring, andel som besökt tandvården inom en tvåårsperiod 2010 och 2014



Källa: SCB.

De som minskat sin besöksfrekvens mest är personer som uppbär sjuk- eller aktivitetsersättning (S/A), har en förgymnasial utbildning kortare än 9 år, är utan arbete eller har sjukpenning. Bland de som ökat sina besöksfrekvenser mest återfinns personer som varit i Sverige mellan 0 och 4 år, personer födda i Europa utanför EU 27²⁵ samt personer med ekonomiskt bistånd. Det ska dock framhållas att dessa grupper fortfarande har förhållandevis låga besöksfrekvenser jämfört med till exempel svenskfödda och personer som arbetar.

²⁵ Med EU 27 menas de 27 länder som fram till 2013 var medlemmar i EU.

7 Hur har innehållet i tandvården förändrats efter reformen?

Sammanfattande slutsatser i kapitlet:

- Regelverket för ersättningsberättigande tandvård baseras på den s.k. portalparagrafen för tandvårdsstödet, vars utformning ger stort tolkningsutrymme.
- Regelverket har successivt utvecklats och anpassats till Nationella riktlinjer för vuxentandvården. Det har bl.a. inneburit vissa höjningar av ambitionsnivån, men från en inledningsvis försiktig nivå.
- Regelverket för ersättningsberättigande tandvård har blivit mer detaljerat i strävan att fånga komplexiteten i tandvården – vilket krävs i ett styckeprisbaserat system. Regelverket har också blivit mera känt och fått en större acceptans hos vårdgivarna.
- Tandhälsans förbättring har bl.a. tagit sig uttryck i en minskning av behovet av tandreparationer och protetik.
- Andelen patienter med tandskador p.g.a. karies minskade successivt från 27,1 till 23,2 procent mellan 2009 och 2014.
- Andelen av tandvårdens patienter som fick reparera sina tänder p.g.a. tandskador minskade från 54,1 till 49,7 procent under samma tid. Trenden framåt är sannolikt en fortsatt minskning.
- Antalet patienter som opererade in tandimplantat ökade med 45 procent mellan 2009 och 2014, delvis till följd av utbyggda regler. Antalet tandstödda led har både minskat och ökat –

beroende på förbättrad tandhälsa respektive mer generösa regler.

- Antalet basundersökningar per invånare har i stort sett legat stilla. Andelen som utförs av tandhygienister har ökat.
- Antalet förebyggande åtgärder och informationsåtgärder vid *risk* för karies respektive *risk* för sjukdomar i vävnaderna har minskat kraftigt, sannolikt p.g.a. regeländringar. Däremot har en kraftig ökning skett både av antalet patienter som bedömts som *sjuka* och antalet av motsvarande åtgärder för dessa.
- Regelverket och villkoren för vissa diagnoser och åtgärder har således en styrande effekt på patienters och vårdgivares beteende.

7.1 Inledning

I föregående kapitel har beskrivits hur olika grupper i befolkningen besöker tandvården och av vilka orsaker.

Detta kapitel beskriver innehållet i tandvårdskonsumtionen som finns registrerad i Försäkringskassans databas för det statliga tandvårdsstödet.

Kapitlet utgår från vilken tandvård som är ersättningsberättigande enligt TLV:s föreskrifter, som bl.a. bygger på vilken tandvård som rekommenderas enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vuxentandvård. En kort beskrivning görs av hur regelverket ser ut och hur det har förändrats sedan tandvårdsreformen trädde i kraft.

Därefter redovisas vilken typ av tandvård som konsumeras 2014 och vilka förändringar som har skett sedan 2009 när det gäller tandskador, åtgärder vid tandlöshet samt förebyggande insatser. Utvecklingen relateras bl.a. till förändringar i regelverket för ersättningsberättigande tandvård.

7.2 Nationella riktlinjer för vuxentandvård

I förarbetena inför tandvårdsreformen slogs fast att reglerna för tandvårdsstödet skulle utgå från vetenskap och beprövad erfarenhet.¹ När reformen trädde i kraft fanns ett ganska begränsat underlag för att bedöma tandvårdens evidens; främst vissa underlag från SBU. Det fanns ännu inte några nationella riktlinjer för vuxentandvård, men Socialstyrelsen hade tagit fram en rapport 2007, där man beskrev en modell och tidplan för arbetet. De nationella riktlinjerna utkom slutligen 2011.

Socialstyrelsens Nationella riktlinjer ger rekommendationer för behandlingar inom sju s.k. riktlinjeområden:

- Metoder för beteendepåverkan
- Karies
- Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat
- Sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna
- Smärta och funktionsstörningar i mun, ansikte och käkar
- Bett- och tandpositionsavvikelser
- Total och partiell tandlöshet

Inom varje område finns tillstånd och åtgärder definierade samt rekommendationer om behandlingsalternativ.

Riktlinjerna överensstämmer delvis med strukturen i TLV:s föreskrifter men innehåller inte alla områden. Framför allt gäller det kirurgi (utom parodontal kirurgi) och protetikområdet som endast behandlas ganska grovt i riktlinjerna.

¹ Prop. 2007/08:49, s. 58 f.

7.3 Regelverket för ersättningsberättigande tandvård

7.3.1 Bakgrund och förarbeten

Tandvårdsreformen 2008 innebar ett nytt synsätt i konstruktionen av ersättningen. Tidigare hade man ersatt ersättningsberättigade åtgärder med vissa fastställda belopp. I det nya systemet definierar regelverket i stället de *tillstånd/diagnoser* som ska vara utgångspunkt för bedömningen, samt de *referensprissatta åtgärder* som vid respektive tillstånd/diagnos kan ligga till grund för statlig ersättning. Subventionssystemet läggs sedan "ovanpå" denna grund genom att man definierar beloppsgränser och ersättningsgrader för stödet, utan att gå in i själva definitionen av eller referenspriset för respektive åtgärd. Stödet ska således vara vårdneutralt och riktas mot sådana behandlingar som utförs med en diagnos eller en adekvat riskbedömning och en behandlingsplan som grund. Det är alltså inte åtgärderna i sig som är ersättningsberättigande, utan det krävs också att vårdgivaren ställt en diagnos eller identifierat en situation som enligt regelverket motiverar respektive åtgärd.

I propositionen som föregick tandvårdsreformen fördes ganska ingående resonemang kring frågan om ersättningsberättigande tandvård. Det nya regelverket skulle således definiera vilken vård som omfattas av stödet, vilket i sig också skulle innebära vissa prioriteringar och att stödet därmed skulle få en avsiktligt vårdstyrande effekt.

Tandvård som omfattas av tandvårdsstödet förutsattes utföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet – även om detta i sig inte automatiskt skulle berättiga till stöd. Eftersom Socialstyrelsen har ett särskilt ansvar för att definiera begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet hänvisade man till kommande nationella riktlinjer för vuxentandvården (se ovan).

7.3.2 Tandvårdsstödet portalparagraf

Lagen om statligt tandvårdsstöd innehåller en portalparagraf som slår fast en övergripande prioritering för tandvårdsstödet.² Lagens bestämmelser kompletteras sedan med detaljerade regler som bestämmer vilken vård som berättigar till statlig ersättning.

Enligt portalparagrafen lämnas statligt tandvårdsstöd för

1. förebyggande tandvård och
2. tandvård som patienten behöver och som syftar till att åstadkomma
 - frihet från smärta och sjukdomar,
 - förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, eller
 - ett utseendemässigt godtagbart resultat.

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

Den grundläggande nivån

I portalparagrafen definieras en grundläggande nivå utifrån vad som är specifikt för tandvården. Avsikten var inte, enligt förarbetena, att alla tänkbara åtgärder ska vidtas för att uppnå ett perfekt resultat.³ Kosmetisk tandvård som syftar till att förbättra utseendet utan att det föreligger några större problem ska inte berättiga till ersättning. Undersökningar och utredningar som syftar till att ställa diagnos och göra en riskbedömning av patienten är en förutsättning för att vården ska kunna genomföras och omfattas därför av det statliga tandvårdsstödet.

Formuleringen ”ett utseendemässigt godtagbart resultat” används i lagen men den närmare innebörden av formuleringen behövde enligt propositionen preciseras genom de detaljerade bestämmelserna.

² 3 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

³ Prop. 2007/08:49, s. 57 ff.

Vävnadsbevarande behandling

Att vården ska bevara munnens vävnader, såsom tänder, slemhinnor och käkben, innebar, enligt propositionen, att vissa behandlingsalternativ prioriteras framför andra. Det kan t.ex. innebära att förebyggande insatser prioriteras före reparationer, att konventionell protetik på befintlig tandvävnad prioriteras före implantatprotetik och att implantatprotetik som med största säkerhet bevarar käkbenet eftersträvas. De ekonomiska restriktionerna kan dock i vissa fall medföra att det inte alltid är rimligt att prioritera ett behandlingsalternativ som är det mest vävnadsbevarande framför ett som är mindre vävnadsbevarande.

En tandvård med en vävnadsbevarande inriktning ansågs enligt propositionen också gynna tandhälsan och förbättra den långsiktiga hållbarheten vid olika behandlingar. Tekniska ingrepp såsom fyllningar bör begränsas till de situationer då inget annat alternativ återstår, eftersom fyllningar har en begränsad överlevnadstid och en reparation av en tand alltid innebär en försvagning. En vävnadsbevarande inriktning kan därför i förlängningen minska vårdkostnaderna för både individ och samhälle.

Kostnadseffektivitet

I förarbetena förordades också en inriktning att bland möjliga behandlingsalternativ bör det som mest kostnadseffektivt löser vårdbehovet berättiga till ersättning. Olika behandlingars kvalitet, hållbarhet och estetik måste således vägas mot kostnaderna.

Den givna budgetramen skulle bli den yttersta restriktionen för vad som kan definieras som ersättningsberättigande tandvård. Ersättningsreglerna ska bestämmas så att det avsatta statsfinansiella utrymmet kan hållas och så att de statliga resurserna används på avsett vis. Man pekade också på de avvägningar som detta kommer att kräva i de avseenden som berörts ovan; något som måste ske vid utformningen av de detaljerade reglerna för tandvårdsstödet.

Vårdgivarna tillämpar

Tanken var, enligt propositionen, att den enskilda vårdgivaren inte ska behöva göra avvägningen om vad som ska vara ersättningsberättigande tandvård i en faktisk behandlingssituation utan enbart vilken behandling som är lämpligast i den aktuella situationen. Reglerna måste vara tydliga om en behandling utgör ersättningsberättigande tandvård eller inte. Vårdgivaren kan dock i vissa fall behöva göra en tolkning av reglerna för att bedöma om angivna kriterier är uppfyllda. Möjligheterna att åstadkomma tydliga definitioner som enkelt kan tillämpas i praktiken och fungera i en situation med efterhandskontroller ifrågasattes dock av vissa remissinstanser.

Krav på föreskrifterna

Det framhölls i propositionen att åtgärderna måste vara ändamålsenligt definierade och beskrivna på ett sätt som gör det möjligt att fastställa ett entydigt referenspris för varje åtgärd. Åtgärderna bör också vara definierade på ett sådant sätt att uppföljning av vården blir meningsfull. Ersättningssystemet måste vara flexibelt, så att nya behandlingsmetoder som har god evidens och är kostnadseffektiva kan tillkomma samtidigt som andra åtgärder kan tas bort.

7.3.3 TLV:s föreskrifter om ersättningsberättigande tandvård

I detta avsnitt behandlas endast den del av föreskrifterna som avser ersättningsberättigande tandvård. Beloppsgränser och referenspriser behandlas i kapitel 9.

Enlig TLV:s instruktion ska det inom myndigheten finnas ett särskilt beslutsorgan som benämns Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Nämnden beslutar om föreskrifter för ersättningsberättigande tandvård. Nämnden ska utforma sina beslut så att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ram för anvisade medel på statsbudgeten. Om utgifterna bedöms överstiga anvisade medel ska nämnden vid behov snarast möjligt besluta om ändringar i föreskrifterna.

Den första föreskriften som trädde i kraft den 1 juli 2008, i form av en förordning, var resultatet av ett arbete inom Socialdepartementet

där man utgått från de gamla reglerna, tillämpat det nya synsättet att diagnosen ska vara utgångspunkten och sen lagt på en del restriktioner för att säkra att kostnaderna skulle hållas inom ramarna. Allt var inte färdigt och genomarbetat och det fanns inte heller någon erfarenhet att luta sig mot i arbetet. Den första, av TLV beslutade upplagan av föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd beslutades i december 2008 och började gälla 1 januari 2009 (TLVFS 2008:1). Föreskrifterna är uppbyggda på fem diagnos/tillståndsområden och nio åtgärdsområden enligt matrisen nedan. Det finns knappt ett hundratal tillstånd och drygt etthundrasjuttio åtgärder.

Siffrorna inom parentes anger hur stor andel av det totala antalet åtgärder som kan hänföras till varje fält i matrisen (avser utförda åtgärder 2013, källa TLV).

Tabell 7.1 Andel av det totala antalet åtgärder per diagnos- respektive åtgärdsgrupp 2013

Åtgärdsgrupper	Undersökning, riskbedömning och hälsofrämjande åtgärder	Sjukdomsförebyggande åtgärder	Sjukdomsbehandling åtgärder	Kirurgiska åtgärder	Rotbehandlingsåtgärder	Bettfysiologiska åtgärder	Reparativa åtgärder	Protetiska åtgärder	Tandreglering och utbytesåtgärder
Diagnoser/tillstånd									
Undersökningar och utredningar	42,1%	-	-	-	-	-	-	-	-
Hälsofrämjande insatser	-	2,5%	-	-	-	0,2%	-	-	-
Behandling av sjukdoms- och smärttillstånd	-	0,4%	20,9%	2,8%	2,0%	0,1%	-	-	-
Reparativ vård	-	0,1%	2,1%	1,0%	0,2%	-	19,4%	2,5%	-
Rehabiliterande och habiliterande vård	-	-	0,1%	0,5%	-	-	-	2,9%	0,1%

Av sammanställningen framgår att över 40 procent av åtgärderna avser diagnoserna/tillstånden Undersökningar och utredningar. Mer än 26 procent avser Behandling av sjukdoms- och smärttillstånd och litet mer än 22 procent avser Reparativ vård.

Åren efter 2008 har TLV använt för en omfattande genomgång och revision av föreskrifterna. Ändringar har gjorts i stort sett varje

år vad som gäller ersättningsberättigande tandvård. Ledstjärnan för TLV:s arbete har varit ”ett modernt tandvårdsstöd som siktar mot hög kvalitet, följer tandhälsoutvecklingen och att ersättningsberättigande åtgärder ska vara evidensbaserade”.

I dag innehåller föreskrifterna bestämmelser om knappt ett hundratal tillstånd/diagnoser; vardera förenade med vissa villkor och ersättningsberättigande åtgärder, samt 24 kompletterande villkorsregler. Vidare innehåller föreskrifterna drygt 170 åtgärder med separata referenspriser för allmän- respektive specialisttandvård och slutligen allmänna råd.

De ändringar av föreskrifterna som har gjorts sedan 2008 kan delas in i

- kompletteringar och utökningar (ofta lika med ambitionshöjning),
- förenklingar (ofta lika med viss merkostnad för stödet),
- förtydliganden, justeringar och korrigeringar samt
- systematik och språkliga ändringar.

TLV beskriver tandvårdsstödet utveckling 2008–2014 i tre faser utifrån förändringarnas inriktning: uppbyggnadsfasen (2008–2010), konsolideringsfasen (2011–2012) och utvecklingsfasen (2013–2014). En kort beskrivning av de viktigaste förändringarna görs i det följande. Detaljerade beskrivningar av de olika förändringarna finns på TLV:s hemsida.

Förändringar i föreskrifterna från 2008 och framåt⁴

De första åren (2008–2010) gjordes en hel del kompletteringar och justeringar bland annat för de delar som inte helt kunnat utvecklas och färdigställas vid ikraftträdandet.

Under 2011–2012 gjordes inte några stora ändringar i föreskrifterna men ett omfattande arbete bedrevs med att utreda, planera och prioritera i regelverket för att öka användningen av tandvårdsanslaget. Det gällde bl.a. vilka kompletteringar och utökningar som borde göras för att innehållet i reglerna skulle motsvara tidigare

⁴ Redovisningen i avsnittet bygger på olika underlag från TLV som utredningen tagit del av.

tandvårdsförsäkring. Man identifierade tolv områden för utredning, där man bl.a. tittade på

- hur många patienter som berörs,
- vad ändringarna betyder för patienten respektive behandlarna,
- vilka kostnader det medför för tandvårdsstödet,
- vilket arbete som krävs och
- hur ändringarna påverkar andra delar av stödet.

Utifrån detta arbete gjordes en prioritetslista och dessa prioriteringar kom att lägga grunden för de förändringar som gjordes 2013 och framåt.

Som ett första resultat av prioriterings- och utredningsarbetet gjordes en del större förändringar i föreskrifterna den 1 januari 2013. De tre viktigaste ändringarna var att man införde särskilda referenspriser vid specialisttandvård, att behandling av entandslucka i position 6 med tandstödd protetik skulle ingå i stödet och att regelverket skulle anpassas till Socialstyrelsens Nationella riktlinjer.

Den 1 januari 2013 gjordes också ett antal ytterligare utökningar samt ett antal förtydliganden och förenklingar.

En utredning om förhandsprövning gjordes med anledning av de propåer som fanns om att införa en möjlighet att förhandspröva diagnoser/tillstånd som anses vara komplicerade att tillämpa. Det kunde röra sig om större behandlingar med stor ekonomisk risk, vilket kan innebära att patienten inte får det stöd som han eller hon är berättigad till om det är svårt att bedöma om behandlingen är ersättningsberättigande eller ej. Med hänvisning till nackdelarna med förhandsprövning (att det frångår stödets grundprincip att vårdgivaren på förhand ska kunna bedöma, att det leder till ökad administration och väntetid m.m.) och att TLV förtydligat villkoren för vissa diagnoser som ansetts problematiska (5071 och 5072) bedömde TLV att det ”för närvarande inte är motiverat att införa förhandsprövning för de aktuella diagnoserna/tillstånden”.⁵

Som ett resultat av den andra delen av de prioriterade områdena (se ovan) gjordes ytterligare ett antal förändringar av föreskrifterna

⁵ TLV (2012) *Utredning rörande förhandsprövning* Mars 2012.

den 1 september 2014. De innehöll både utvidgningar och förenklingar, en slutlig anpassning till Nationella riktlinjer samt övriga justeringar och förbättringar. Exempel på utvidgningar var att krona blev ersättningsberättigande i tandposition 1–7 och implantat i position 1–6. Ett annat exempel på förändringar är att fler åtgärder för tandhygienister blev ersättningsberättigande.

I januari 2015 har TLV skickat ut ytterligare ett förslag till förändringar i föreskrifterna på remiss. Förändringarna är av mer begränsad karaktär och kommer att träda i kraft i januari 2016.

TLV:s strategi för förändringar framöver

TLV har tagit fram ett strategidokument som anger riktlinjerna för arbetet med föreskrifterna för de närmast åren.⁶ I dokumentet sägs bl.a. att givet att om det ekonomiska utrymmet inte förändras dramatiskt bör högkostnadsskyddet ”även fortsättningsvis ta sikte på ett tandvårdsstöd som möjliggör subvention av en mångfald av tandvårdsåtgärder för den normalfriska befolkningen”. En hänvisning görs till utredningen om tandvårdsstödet och de ev. förändringar som kan följa av den.

I dokumentet sägs bl.a. att under perioden 2015–2017 bör fortlöpande arbete ske med att kvalitetssäkra och utveckla regelverket i takt med utvecklingen inom tandvården och patienternas behov. I sin fortsatta översyn av regelverket planeras inga större ändringar under 2015, möjligen en översyn av eventuella begränsningar av protetiska konstruktioners utformning. På längre sikt planeras översyner av endodonti, ortodonti och parodontologi.

7.3.4 Förankringen av och kännedomen om föreskrifterna

TLV har etablerat en strukturerad process för utveckling och förändring av föreskrifterna, från idé till beslut i nämnden. Ett antal olika aktörer och instanser involveras och arbetet sker i nära samråd med Socialstyrelsen och Försäkringskassan. De utredningar som görs inför förändringar innefattar bl.a. konsekvensbeskriv-

⁶ TLV (2014) *Strategisk inriktning för arbetet med det statliga tandvårdsstödet 2014–2017*.

ningar för olika aktörer, bedömningar av kostnadseffekter och effekter för IT-stöd etc.

Både TLV och Försäkringskassan bedriver ett antal aktiviteter för att sprida kunskap om föreskrifterna.

TLV lät göra en undersökning bland tandläkare/vårdgivare omkring årsskiftet 2013/2014. Undersökningen omfattade 1 149 intervjuer och svarsfrekvensen var 31 procent. Undersökningen visade bl.a. att 71 procent anser att tandvårdsstödet fungerar bra, 60 procent anser att de har bra kunskap om reglerna kring tandvårdsstödet och 68 procent anser att det går bra att ge patienterna information om stödet.

Utredningens egen enkätundersökning bland verksamma behandlare i tandvården under våren 2015⁷, där närmare 3 000 tandläkare och tandhygienister svarade, visade att 74 procent instämde i påståendet att man har tillräcklig kunskap om de regler som gäller för ersättningsberättigande tandvård. 38 procent instämde i påståendet att regelverket på ett bra sätt återspeglar de behov och det vårdsspektrum som finns i tandvården – medan 33 procent inte instämde och 29 procent var osäkra.

Regelverket är utformat utifrån de behov som finns i ett styckeprisbaserat system – vilket bl.a. kan medföra att det blir komplext och svårt att överblicka. Denna synpunkt har också framförts till utredningen vid olika tillfällen. Utifrån de refererade undersökningarna samt bedömningar från de berörda myndigheterna kan emellertid konstateras att både kunskaperna om och acceptansen för regelverket har ökat bland behandlare och vårdgivare sedan reformen trädde i kraft.

7.4 Utvecklingen av den vuxna befolkningens tandvårdskonsumtion m.m. 2009–2014

För att beskriva hur innehållet i tandvården har utvecklats efter reformen och för att studera vilka trender och tendenser som kan få betydelse för tandvården framöver har utredningen uppdragit åt tandläkaren Lars Sjödin att analysera utvecklingen under perioden

⁷ Se bilaga 3.

2009–2014.⁸ Analyserna innefattar också frågor om tandhälsa och besöksfrekvenser, som redovisats i tidigare kapitel.

Analyserna i det följande grundar sig på data om ersättningsberättigande tandvård, tillstånd/diagnoser och utförda åtgärder som kommer från Försäkringskassans databas för det statliga tandvårdsstödet.

Tandvårdskonsumtionen är bl.a. beroende av utvecklingen av tandhälsan i befolkningen. Denna utveckling har beskrivits i kapitel 5 och visar på en stadig förbättring under perioden 2009–2014. Det finns också ett samband mellan besöksfrekvenserna i tandvården och antalet intakta tänder, vilket också har beskrivits i kapitel 6.

7.4.1 Tandskador och reparativa insatser

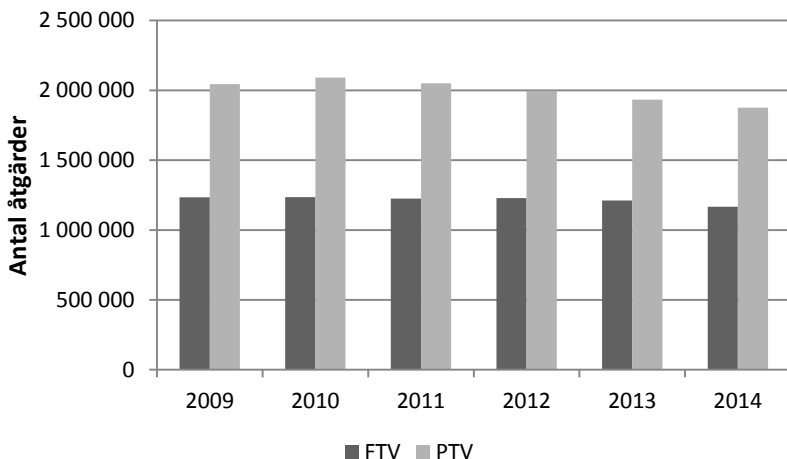
2014 var det totalt närmare 4,3 miljoner personer som besökte tandvården. Andelen av de patienter som besökte tandvården och som fick reparera sina tänder på grund av tandskador har under perioden 2009 till 2014 minskat från 54,1 procent till 49,7 procent. Sammantaget har det skett en minskning med nära 9 procent av antalet utförda åtgärder till följd av tandskador per år mellan åren 2009 och 2014. Det är ca 137 000 färre patienter och 363 000 färre åtgärder.

Antalet utförda fyllningar minskade successivt under perioden, från ca 3,3 miljoner per år till 3,0 miljoner per år; en minskning med 8 procent från år 2009 till 2014.

⁸ Sjödin L. (2015) *Den vuxna befolkningens tandvårdskonsumtion och tandhälsa m.m.* (Bilaga 2).

Figur 7.1 Antalet fyllningsåtgärder åren 2009 till 2014

Fördelat på privata (PTV) och offentliga (FTV) vårdgivare

*Källa: TLV.*

Antalet laboratoriefremställda kronor minskade med 11 procent; från 320 000 till 285 000 under åren 2009 till 2014. Från och med den 1 september 2014 beslutade TLV⁹ om en utökning av den tandvård som var ersättningsberättigande för tand i position 7. Om inte detta hade skett skulle antalet utförda kronor sannolikt ha varit ännu lägre under perioden.

Antal rotbehandlingar och stift minskade med 18 procent. Det utfördes också färre antal tanduttagningar på grund av tandskador; de minskade med 12 procent.

Under perioden 2009–2014 har andelen patienter med tandskador minskat trots att fler besökt tandvården. Andelen med karies har minskat från 27,1 procent år 2009 till 23,2 procent år 2014. En minskning noterades också av fyllnings- eller kuspfraktur¹⁰ från 24,9 procent till 23,7 procent. Även övriga orsaker till tandskador uppvisade en minskning från 3,1 procent till 2,8 procent.

Minskningen av karies bedöms bero på långsiktiga och pågående effekter av bättre förebyggande insatser hos befolkningen, en ändring i

⁹ Här och i hela avsnittet avses TLV:s Nämnd för tandvårdsstöd.

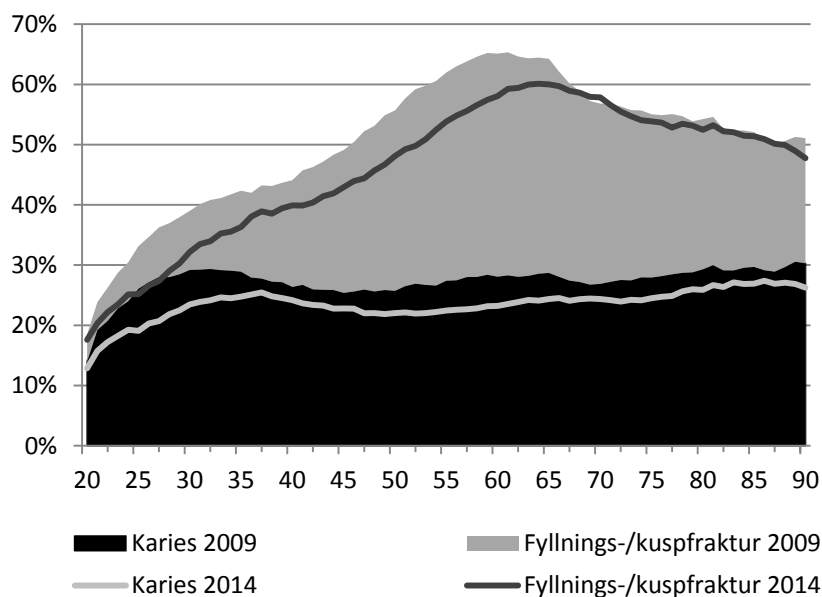
¹⁰ Fraktur som innebär att en del av en tidigare lagad tand går av.

tandläkarnas bedömning av när en kariesskada ska repareras och en ökning av s.k. non-operativa åtgärder. Minskningen av fyllnings- eller kuspfrakturer kan framförallt kopplas till det ökande antalet intakta tänder som indirekt beror på minskad kariesförekomst.

Det finns tydliga tecken på att tandskador följer ålder. De som är födda i mitten av 1940 talet är de som har mest tandskador på grund av fyllnings-/kuspfrakturer. Av figuren nedan framgår åldersförskjutningen tydligt för fyllnings-/kuspfrakturer, se den streckade linjen som visar år 2014 och det ljusgrå fältets övre begränsning som visar situationen år 2009.

Figur 7.2 Andel patienter med karies och fyllnings-/kuspfrakturer per åldersgrupp år 2009 och 2014

Procent av de som gjort besök i tandvården



Källa: TLV.

Besök för att reparera tandskador samvarierade med antalet ej intakta tänder och var vanligast för dem mellan 60 och 70 år, där reparationerna utgjorde mer än 40 procent av orsakerna till besöken (framgår ej av figuren). Minskningen av andelen patienter vars tänder reparerades p.g.a. karies var relativt jämnt fördelad över åldersklasserna.

Minskningen av andra orsaker än karies till tandreparationer fanns bland de som var 65 år eller yngre.

7.4.2 Behandling vid tandlöshet

Under perioden 2009–2014 har det skett både ökningar och minskningar av det totala antalet patienter som genomgått rehabilitering till följd av tandförluster. 2009 var det ca 116 000 patienter som åtgärdade tandförluster. Det hade 2012 minskat till 104 000 patienter, för att återigen öka till ca 112 000 patienter 2014. Sammantaget var det en minskning med drygt tre procent under perioden.

De som åtgärdade större tandförluster, tre eller fler tänder, med tandstödd och implantatstödd protetik minskade med tio procent. Minskningen beror sannolikt på bättre tandhälsa.

Antalet patienter som fått behandling utförd vid mindre tandförluster, såsom en- och tvåtandsluckor ökade med sju procent. Ökningen beror sannolikt på att den tandvård som är ersättningsberättigande har ökat vid denna typ av skada till följd av ändringar i TLV:s föreskrifter.

Antal patienter som opererade in tandimplantat har ökat med 45 procent under hela perioden 2009–2014; från 21 700 till 31 500 patienter. Ökningen bedöms bero på effekter av övergångsregler i den tidigare tandvårdsförsäkringen, vilket gjorde att efterfrågan för de som var äldre än 65 år var låg under de första åren. Under perioden 2011–2014 har också mer implantatstödd protetik blivit ersättningsberättigande i det statliga tandvårdsstödet till följd av ändringar i TLV:s föreskrifter.

Antal implantat per patient som behandlas har minskat på grund av att tandluckorna som åtgärdades omfattade färre tandpositioner, vilket framgår av tabellen nedan.

Tabell 7.2 Antal patienter som behandlats med implantat, antal implantat, samt andel patienter 65 år och äldre åren 2009–2014

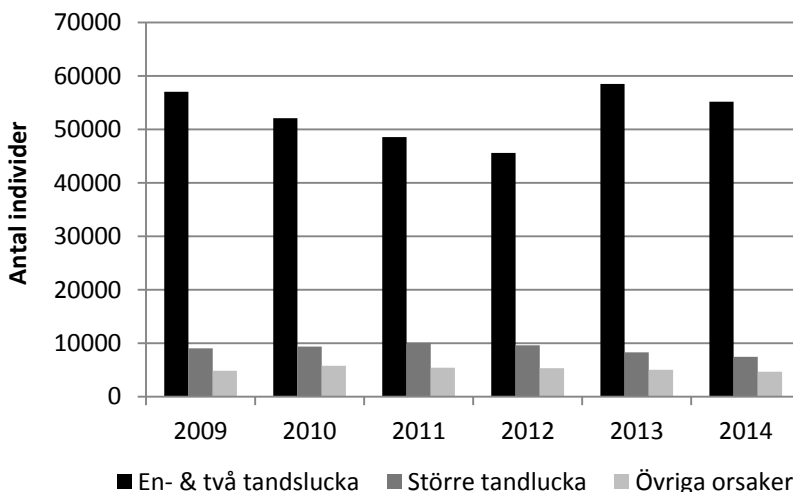
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Förändring 2009–2014
Antal patienter	21 730	26 750	27 180	26 870	27 330	31 480	45 %
Antal implantat	62 940	72 480	73 100	75 470	70 030	77 700	23 %
Andel äldre än 65 år	40 %	45 %	46 %	47 %	48 %	47 %	7 %
Antal implantat per individ	2,9	2,7	2,7	2,8	2,6	2,5	-14 %

Källa: TLV.

Antal tandstödda led anger hur många tandpositioner som engageras vid en tandförlust. Antalet led minskade mellan 2009 och 2012 från 289 000 till 242 000 (-16 %). 2013 ökade de till 299 000 men redan år 2014 minskade det igen till 280 000 led. För perioden som helhet blev det således en minskning med 3 procent. Minskningarna bedöms främst bero på bättre tandhälsa, det vill säga färre stora tandförluster att fylla ut¹¹. Ökningen 2013 bedöms bero på ändrade ersättningsregler, se följande figur.

¹¹Detta kan även bero på en ökning av antalet implantat. Tandstödda led används vid konventionell protetik, implantat behöver inga tandstödda led.

Figur 7.3 Antal patienter som behandlas med tandstödd protetik vid olika typer av tandlöshet året 2009 och 2014



Källa: TLV. Anmärkning: Linjen visar trend utan TLV:s regeländring 2013.

De ändringar i tandvårdstödet som beslutades av TLV under perioden, med en ökning av den tandvård som är ersättningsberättigande vid tandförluster, har haft ett direkt genomslag på antal patienter och utförd vård. Utan dessa ändringar hade antalet patienter och antal utförda ersättningsberättigande protetiska åtgärder sannolikt varit lägre.

7.4.3 Förebyggande behandlingar

Förebyggande åtgärder avser, för dem med risk för tandsjukdomarna, att förebygga att de uppkommer. För de som drabbats av sjukdom avser förebyggande åtgärder att förhindra att den utvecklas till ännu större skador eller för att hålla tandsjukdomarna i ett inaktivt tillstånd.

En basundersökning är en vanlig förebyggande åtgärd. Basundersökningar hos tandläkare minskade med 4 procent under perioden. Basundersökningar utförda av tandhygienister ökade med 31 procent. Sammantaget ökade antalet basundersökningar med nära 5 procent, vilket berodde på ett ökat antal patienter och en ökad befolkning.

Antal undersökningar per patient som besökte tandvården var i stort sett oförändrat under perioden.

Tabell 7.3 Antal basundersökningar åren 2009–2014

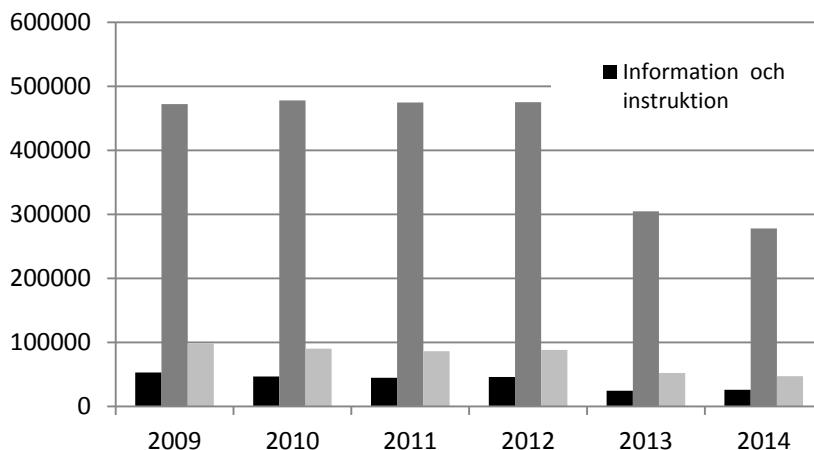
Fördelat på tandläkare och tandhygienister

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ändring
Basundersökning, tandläkare	2 574 520	2 637 520	2 646 350	2 634 500	2 575 450	2 477 560	- 3,8 %
Basundersökning, tandhygienist	806 800	861 820	928 870	981 600	1 017 520	1 059 910	31,3 %
Totalt	3 381 330	3 499 340	3 575 220	3 616 100	3 592 970	3 537 470	4,6 %
Antal basundersökning per patient	0,814	0,824	0,831	0,832	0,826	0,818	

Källa: TLV

Förbyggande åtgärder vid risk för karies, dvs. behandlingar med fluor och professionell tandrengöring, minskade med 41 procent 2013, från ca 480 000 till under 300 000 per år, se figur nedan. Minskningen av förebyggande åtgärder vid risk för karies är sannolikt en följd av relaterade rekommendationer i Nationella riktlinjer för vuxentandvård och konsekvensändringar i TLV:s ersättningsregler. Dessa ändringar innebär att sådana åtgärder inte längre är ersättningsberättigade vid enbart risk.

Figur 7.4 Antal sjukdomsförebyggande åtgärder vid risk för karies



Källa: TLV.

Andel patienter som fick non-operativa åtgärder vid karies har ökat, från 2,6 till 4,2 procent under perioden. De patienter som fick de flesta non-operativa åtgärderna var yngre än 30 år.

Åtgärden information vid risk för sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat har minskat för dem med risk för sjukdom och ökat kraftigt (76 %) för dem som har en sådan sjukdom. Ökningarna bedöms även i detta fall bero på rekommendationer i de nationella riktlinjerna och ändringar i TLV:s ersättningsregler. Resultaten indikerar starkt en tendens att behandlare har bytt tillstånd från risk för parodontit till gingivit (tandköttsinflammation).

Åtgärder för avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar vid risk för sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat togs bort ur TLV:s föreskrifter vid årsskiftet 2012/2013 efter rekommendationer i Nationella riktlinjer. Antalet sådana åtgärder vid sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat har därefter ökat från 2 130 000 till 2 600 000 åtgärder. Behandlare har således bytt från tillståndet *risk* för parodontit till alla typer av sjukdomar i vävnaderna kring tänder och tandimplantat.

Tabell 7.4 Antal patienter med sjukdomar i vävnaden kring tänder och implantat åren 2009–2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Förändring 2009–2014
Gingivit	793 170	876 900	907 190	914 010	1 238 490	1 308 480	65 %
Parodontit	673 220	689 670	741 500	785 880	836 330	834 730	24 %
Mukosit	38 660	32 240	21 430	12 090	13 080	14 440	- 63 %
Periimplantit	59 720	66 950	63 970	64 710	80 330	77 560	30 %

Källa: TLV.

Avlägsnande av hårda och mjuka beläggningar har minskat med 330 000 åtgärder sammanlagt under perioden när byte av tillstånd och övriga ändringar tas med i beräkningarna. Orsaken bedöms bero på rekommendationerna i Socialstyrelsens Nationella riktlinjer och TLV:s ändringar.

Antal patienter med behandling på grund av parodontit har ökat med ca 160 000 (24 %) De allra flesta var över 65 år. Antal tanduttagningar på grund av tandlossning har minskat från 211 000 till 185 000 (-12 %) under samma period.

Orsaken till minskningarna av tanduttagningar trots fler patienter och fler tänder totalt bedöms bero på de satsningar på förbättrad munhygien som gjorts och på en ökad medvetenhet om orsakssambanden till tandlossning.

7.4.4 Vad visar analyserna – i sammandrag?

Lars Sjödens analyser visar på flera viktiga fenomen som har betydelse för utvecklingen framöver.

- Det finns tydliga tecken på allt bättre tandhälsa hos befolkningen under perioden och att förbättringarna kommer att fortsätta.
- Fler intakta tänder och lägre kariesfrekvens leder till mindre behov av tandreparationer och protetik. År 2014 behövde till exempel mindre än hälften av 4,3 miljoner patienter reparera tandskador och antalet som behövde omfattande protetik är i avtagande. Det är åtgärder som kräver mycket av tandläkarnas tid.

- Bättre tandhälsa bör leda till att befolkningens besöksvanor gradvis ändras till längre intervall mellan de regelbundna besöken. Intervallen för undersökningsbesök hos tandläkare och tandhygienist kan förmodligen utsträckas ännu längre än dagens för patienter med goda vanor, god tandhälsa och låg risk för tandsjukdomar.
- Längre livslängd hos befolkningen medför att det blir fler äldre med fler tänder kvar. Det behöver dock inte med automatik leda till större behov av omfattande reparativ tandvård. De som nu blir äldre har bättre förutsättningar än tidigare generationer, framför allt p.g.a. fler intakta tänder. De äldre kommer dock att behöva göra regelbundna besök för undersökning samt förebyggande åtgärder. Tidig upptäckt av risk för tandsjukdomar eller diagnostik av pågående tandsjukdomar innebär att insatser kan sättas in tidigare och reducera omfattningen av eventuella skador.
- Det är tydligt att ändringar i reglerna för vad som är ersättningsberättigande tandvård kan påverka dels behandlarnas beteende vid val av tillstånd och dels patienternas och behandlarnas beteende vid val av åtgärder i tandvårdsstödet.

8 Stödets effekter på patientkostnader och priser m.m.

Sammanfattande slutsatser i kapitlet:

- Den lägsta andelen av tandvårdsstödet går till den yngsta åldersgruppen, som har bäst tandhälsa. Andelen av stödet ökar sedan med stigande ålder. Det innebär att tandvårdsstödet fördelning speglar tandvårdsbehoven (tandhälsan) relativt väl på befolkningsnivå.
- Högst genomsnittligt tandvårdsstöd får personer mellan 65 och 74 år – den av alla åldersgrupper som i genomsnitt också har de största tandvårdsbehoven och de högsta tandvårds-kostnaderna.
- Den genomsnittliga patientkostnaden är 70 procent. Den minskade för många grupper till följd av reformen men ökade för de som hade haft rätt till omfattande protetisk tandvård genom tidigare tandvårdsstöd; den s.k. 65-plusreformen.
- Nominellt oförändrade beloppsgränser i högkostnads-skyddet har inneburit att fler får tandvårdersättning. De har också fått mer i ersättning än om gränserna skulle ha värde-säkrats.
- Andelen som får del av skyddet mot höga kostnader har ökat både av befolkningen och av patienterna som besöker tandvården. Andelen har ökat främst för åldersgruppen över 60 år.

- Det genomsnittliga högkostnadsskyddet är något högre i dag jämfört med 2009. Störst ökning är det bland de yngre, dock rör det sig om små volymer.
- Sju procent av dem som besöker tandvården, ca 283 000 personer, har tandvårdskostnader över 3 000 kronor två år i rad. Det är dubbelt så många som man antog inför reformen.
- För personer med små eller inga tandvårdsbehov har stödet urholkats p.g.a. av att ATB i dag bidrar med en mindre andel av deras tandvårdskostnader.
- Vårdgivarpriserna ökade till följd av reformen. De ökar nu i snabbare takt än före reformen och har ökat i snabbare takt än referenspriserna.
- Referenspriserna är överlag normbildande för vårdgivarpriserna men det förekommer variationer – vilket är naturligt vid fri prissättning.
- Det finns indikationer på att tandvårdsmarknaden inte fungerar helt optimalt. Priskonkurrensen kunde vara större. Patienter har små möjligheter att ifrågasätta behandlare när det gäller t.ex. bedömning av vårdbehov och nödvändig behandling.

8.1 Inledning

Ett av huvudargumenten för dagens tandvårdsstöd och statens ökade finansiering av tandvård var att det skulle leda till lägre kostnader för patienterna, särskilt för patienter med omfattande tandvårdsbehov.

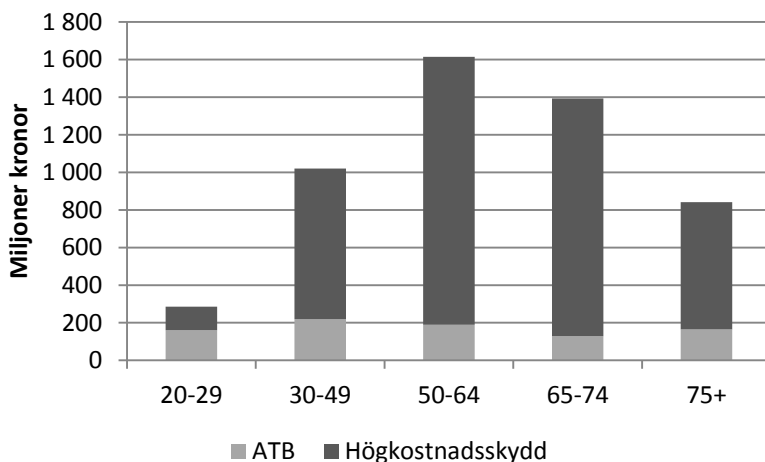
Dagens högkostnadsskydd bygger på att patienten konsumerar relativt omfattande ersättningsberättigande tandvård innan stödet bidrar till tandvårdskostnaderna. Beloppsgränsen på 3 000 kronor innan subventionen på 50 procent träder in betyder att egenfinansieringen är betydligt högre inom tandvården jämfört med hälso- och sjukvården. Högkostnadsskyddet förutsätter att patienten dels har ett omfattande tandvårdsbehov, men dels också har möjlighet att själv finansiera stora delar av kostnaden.

Vårdgivarpriserna, referenspriserna, beloppsgränserna samt ersättningsnivåerna avgör hur mycket och hur stor andel av tandvårdskostnaderna patienten slutligen betalar. I detta kapitel beskrivs hur dessa har utvecklats samt hur väl tandvårdsstödet bidrar till att sänka patientens tandvårdskostnader. Kapitlet innehåller också en beskrivning av hur tandvårdsstödet fördelar sig mellan olika åldersgrupper och hur högkostnadsskyddet används i olika socioekonomiska grupper.

8.2 Tandvårdsstödet fördelning och utveckling

Ålder har en relativt stor inverkan på tandvårdsbehovet och därmed även på hur tandvårdskonsumtionen och -stödet fördelas. I följande figur visas hur högkostnadsskyddet och ATB fördelar sig mellan olika åldersgrupper.

Figur 8.1 Tandvårdsstödet fördelning på olika åldersgrupper, miljoner kronor år 2014

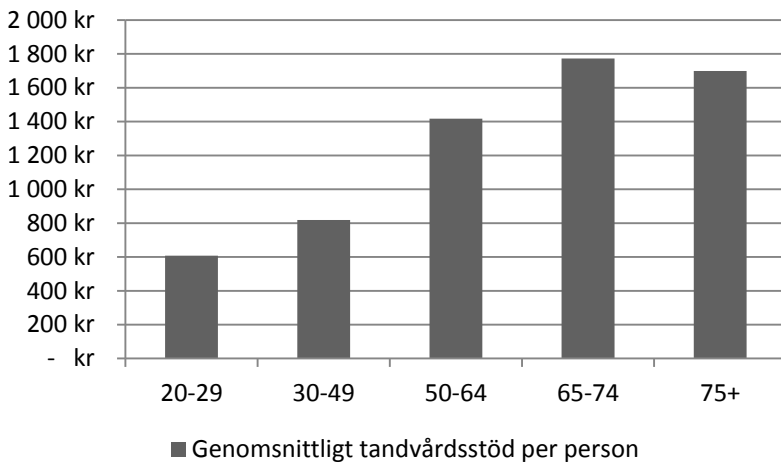


Källa: TLV.

Som framgår av figuren ovan betyder ATB relativt sett mer för personer i åldrarna 20–29 år än högkostnadsskyddet. Av det totala stödet går lägst andel till de yngsta åldersgrupperna.

Nästan 75 procent av stödet går till personer som är 50 år eller äldre vilka utgör ca 49 procent av befolkningen äldre än 19 år. Stödets ekonomiska fördelning har legat ganska stabilt under perioden men ökat något för grupperna över 65 år. Personer under 50 år utgör drygt hälften av den vuxna befolkningen och får ungefär en fjärdedel av stödet. Även per besökare ökar stödet i genomsnitt i takt med stigande ålder.

Figur 8.2 Genomsnittligt tandvårdsstöd (ATB + högkostnadsskydd) per besökare i tandvården i olika åldersgrupper 2014



Källa: TLV.

Stödets ekonomiska fördelning innebär att de yngsta, med bäst tandhälsa, får en liten del av stödet och att statens utgifter per besökare ökar i takt med stigande ålder upp till 75 år och koncentreras till de åldersgrupper där tandvårdsbehovet är störst.

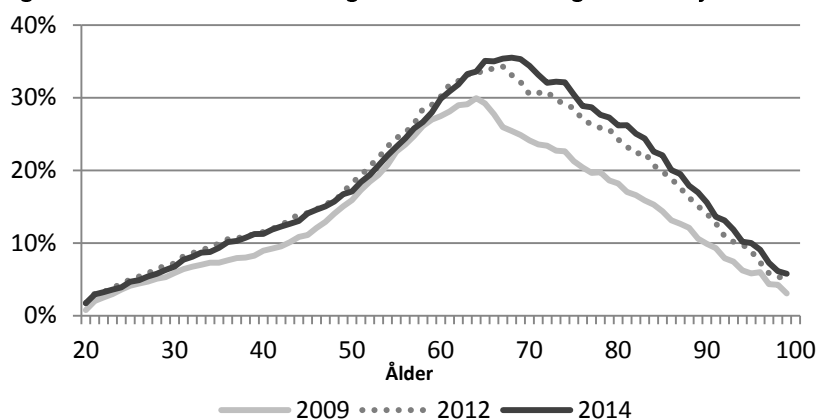
8.2.1 Användningen av högkostnadsskyddet

Högkostnadsskyddet är konstruerat så att staten bistår de som har stora tandvårdsbehov, så de kan få tandvård till rimliga kostnader. Någon direkt definition av begreppet *stora tandvårdsbehov* utifrån ett tandvårdsperspektiv gjordes inte i reformens förarbeten. Regeringen bedömde att tandvårdskostnader som översteg 3 000

kronor per år var höga kostnader för tandvård och att de flesta patienterna bara skulle drabbas av höga tandvårdskostnader en eller ett fåtal gånger i livet.¹ Patienter med höga tandvårdskostnader, dvs. ersättningsgrundande tandvårdskostnader över 3 000 kronor, var de som skulle anses ha stora tandvårdsbehov. Begreppet *stora tandvårdsbehov* kopplades därmed till tandvårdskostnaderna i 2008 års prisnivå.

Andelen av befolkningen som får del av högkostnadsskyddet varje år har sedan 2009 ökat successivt fram till 2012 där den stabiliserats kring 18 procent. Utvecklingen har varit olika för olika åldersgrupper.

Figur 8.3 Andel av befolkningen som får del av högkostnadsskyddet



Källa: TLV och SCB:s befolkningsstatistik. Egen beräkning.

Bland personer i åldrarna 20–29 år var det knappt någon förändring mellan 2009 och 2014. Ungefär 4 procent av den åldersgruppen får del av högkostnadsskyddet. Andelen personer i åldrarna 30 till 59 år som får del av högkostnadsskyddet har ökat från 13 till 15 procent av befolkningen. Ökningen sker trots minskad besöksbenägenhet. En del av ökningen förklaras dock av oförändrade beloppsgränser och höjda referenspriser.

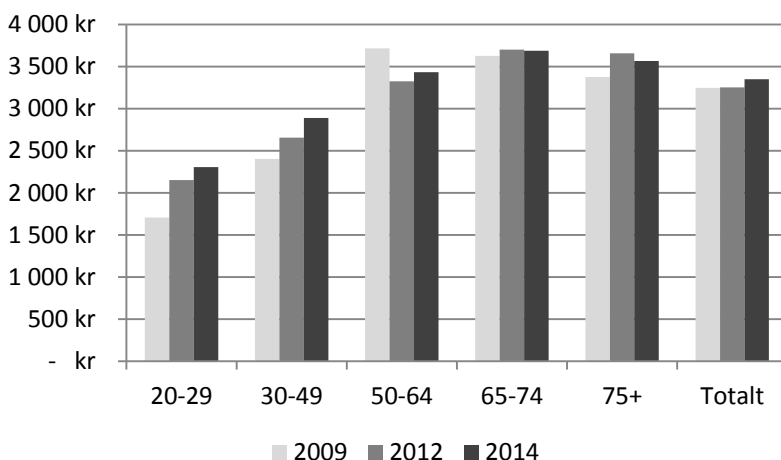
¹ Prop. 2007/08:49, s. 76.

Bland personer som är 60 år och äldre har andelen som får del av högkostnadsskyddet ökat väsentligt sedan 2009, särskilt för gruppen äldre än 64 år.

Andelen av befolkningen som är 65 år och äldre får i klart större utsträckning del av högkostnadsskyddet 2014 jämfört med 2009. Ökningen, från ca 20 procent år 2009 till 28 procent år 2014, förklaras till stor del med de övergångsregler som gällde i flera år efter att det nya tandvårdsstödet infördes.² Övergångsreglerna innebar att påbörjad eller förhandsprövad men ej påbörjad behandling kunde ersättas enligt de tidigare reglerna, som hade generösa villkor för statligt stöd vid protetiska behandlingar för personer äldre än 64 år. Att personer 65 år och äldre inte blev högre i det nya systemet i början av reformen är alltså en effekt av övergångsreglerna. I takt med att behandlingar enligt det tidigare regelverket avslutas har andelen som får del av nuvarande högkostnadsskydd successivt ökat.

De som 2014 fick högkostnadsskydd fick i genomsnitt ca 3 350 kronor per person, vilket är en ökning med ca 100 kronor mot 2009 och 2012. Däremot har utvecklingen varierat för olika åldersgrupper.

Figur 8.4 Genomsnittligt högkostnadsskydd per person som fick del av högkostnadsskyddet



Källa: Försäkringskassan.

² Avser personer i åldrarna 65–90 år.

En ganska markant, successiv ökning av genomsnittligt utbetalt belopp kan ses för åldersgrupperna upp till 49 år under hela perioden. För personer i åldrarna 50 till 64 år betalades det ut mest tandvårdsersättning per person år 2009. Det beror sannolikt på att många personer med omfattande tandvårdsbehov i den åldersgruppen valde att invänta det nya tandvårdsstödet.³

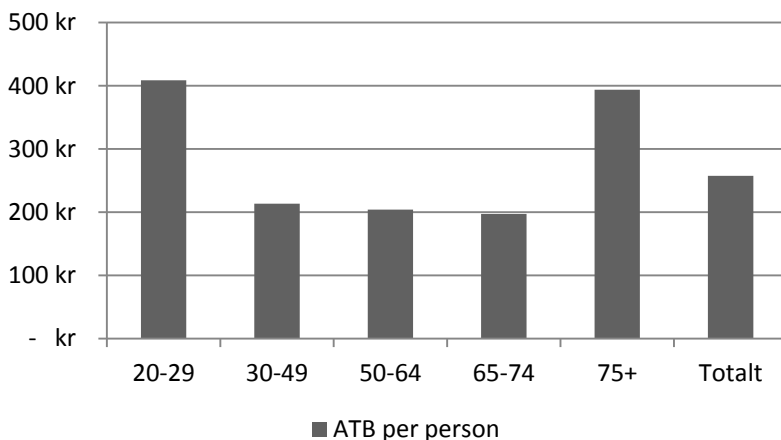
Personer 65 år och äldre får något mer i tandvårdsersättning 2014 jämfört med 2009.

8.2.2 Användningen av ATB

Utvecklingen av det allmänna tandvårdsbidraget påverkas av den vuxna befolkningens storlek och på besöksfrekvensernas utveckling i olika åldersgrupper. Eftersom andelen av befolkningen som besöker tandvården varit relativt konstant sedan reformen infördes har ATB i huvudsak påverkats av befolkningsökningen, som varit ca fem procent mellan åren 2009 och 2014.

Hur mycket allmänt tandvårdsbidrag som utgår i genomsnitt till olika åldersgrupper beror på hur stort ATB nominellt är för den gruppen och hur ofta individer i genomsnitt besöker tandvården i respektive åldergrupp.

³ Se även Försäkringskassan (2009) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet*.

Figur 8.5 ATB per person som besökte tandvården 2014

Källa: Försäkringskassan.

Eftersom ATB kan sparas upp till två år kan en patient, som besöker tandvården mer sällan än en gång per år, därmed ta ut två ATB vid ett och samma tillfälle. Genomsnittligt ATB per person som år 2014 besökte tandvården var ca 400 kronor för de mellan 20–29 år samt äldre än 74 år och ca 200 kronor för övriga. Personer i åldrarna 30–49 år har inte lika täta besök i tandvården som t.ex. de i åldrarna 65–74 år och får därför i genomsnitt något högre ATB när de väl besöker tandvården. De går alltså mer sällan men när de väl gör ett besök i tandvården är sannolikheten större att de kan använda två ATB för delbetalning av sina tandvårdskostnader.

8.3 Tandvårdskonsumtion, subventionsgrader och socioekonomi

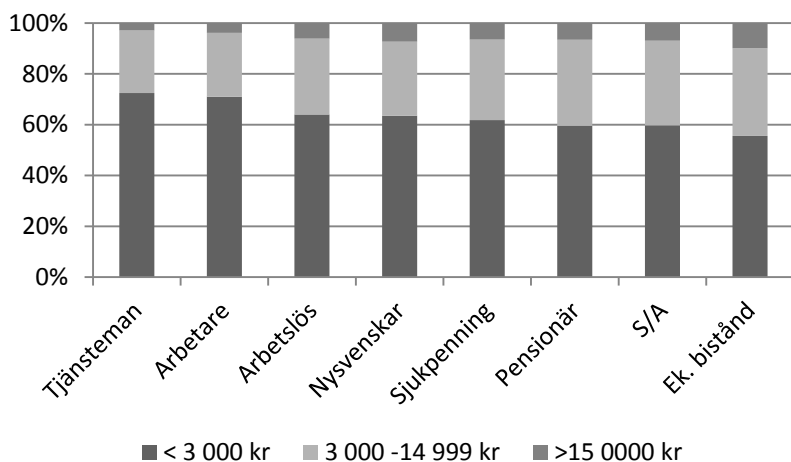
SCB har på utredningens uppdrag tagit fram statistik över tandvårdskonsumtionen där samtliga patienter delats in i tre konsumtionsgrupper beroende på konsumtionens omfattning och erhållen subvention:

1. Besökt tandvården men inte fått del av högkostnadsskyddet.
2. Besökt tandvården och fått del av högkostnadsskyddet på 50-procentsnivå.

3. Besökt tandvården och i någon del fått högkostnadsskyddet på 85-procentnivå.

Kategoriseringen av patienterna i de tre grupperna har gjorts med hjälp av begreppet *ersättningsgrundande belopp* för avslutade ersättningsperioder.⁴ Konsumtionen för respektive grupp mäts i termer av medianen av ersättningsgrundande belopp.⁵

Figur 8.6 Andel av patienterna i olika socioekonomiska grupper som haft en tandvårdskonsumtion i olika subventionsintervall år 2014



Källa: SCB.

Om man bortser från gruppen pensionärer, vars konsumtion till stora delar påverkas av tandstatusen på grund av ålder, visar grafen ovan att personer med olika former av bidrag och ersättningar från välfärdssystemen i större utsträckning konsumerar så pass mycket tandvård att det berättigar till tandvårdsersättning – när de väl besöker tandvården.⁶ Samma mönster återspeglas också bland personer som bott i Sverige mellan 0–4 år. I många fall har det alltså ansamlats ett så pass stort tandvårdsbehov att konsumtionen blir

⁴ Ersättningsgrundande belopp beräknas som summan av det lägsta beloppet av vårdgivarpriset eller referenspriset för varje åtgärd.

⁵ ATB har dragits av från beloppet eftersom tandvård som (del)finansierats med ATB inte är ersättningsgrundande för högkostnadsskyddet.

⁶ Dvs. alla grupper utom tjänstemän och arbetare.

tillräckligt hög för att tandvårdsersättning ska betalas ut och den ligger i större utsträckning i den högsta subventionsgraden (85 %). Andelen av patienterna som får del av den högsta subventionsgraden har ökat för samtliga grupper mellan 2010 och 2014, men mest för de med olika former av bidrag eller ersättningar.

8.4 Patienternas kostnader för tandvård

En tydlig ambition med dagens tandvårdsreform var att det skulle bli billigare för patienter med omfattande tandvårdsbehov att få tandvård. Därmed skulle fler kunna få den tandvård de behövde.

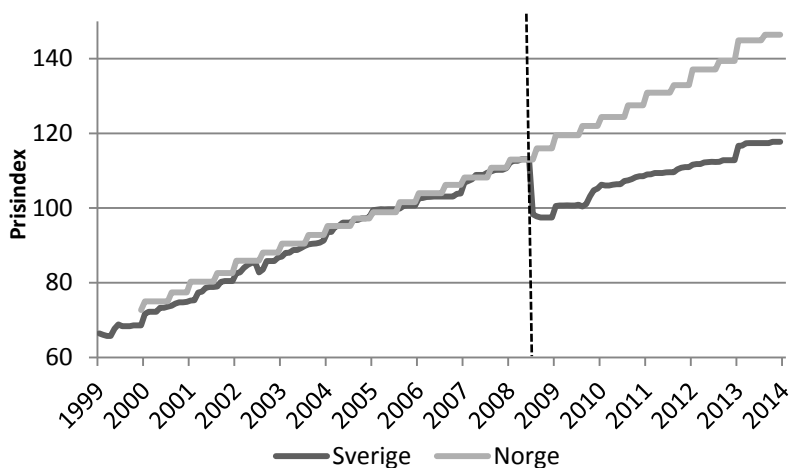
8.4.1 Utvecklingen av patientkostnader över tid

SCB tar månatligen fram ett konsumentprisindex över tandvårdstjänster för Eurostats räkning. Detta index är utformat för att länder inom EU- och EFTA-området ska kunna jämföra patientkostnadernas utveckling. När man studerar utvecklingen av detta index över tid kan man se att patientkostnaderna för tandvård sjönk i Sverige när 2008-års reform infördes. Utvecklingen av patientkostnaderna i Sverige blev också lägre perioden efter reformen än den var perioden före.⁷ Detta illustreras i figuren av linjens lutning som är något flackare efter reformen än före. I Norge, som inte genomfört någon tandvårdsreform under samma period, har priserna fortsatt att utvecklas i ungefär samma takt under hela perioden 1999–2013.

⁷ TLV (2015) *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriserna*.

Figur 8.7 Utvecklingen av patientpriser i tandvård i Sverige och Norge 1999–2014, fasta priser

Avser perioden 1999–2013



Källa: TLV. Anmärkning: Index = 100 år 2005.

Kostnader för patienter med små eller inga tandvårdsbehov

Som en del i ett uppdrag från regeringen att samordna ett utvärderingsprogram för det nya tandvårdsstödet genomförde Försäkringskassan 2009 en analys av prisutvecklingen på tandvård och av frågan om reformen medförde lägre tandvårdskostnader för patienterna.⁸ Försäkringskassan konstaterade att patienter med låg tandvårdskonsumtion, t.ex. endast en undersökning samt en enkel förebyggande åtgärd under en hel ersättningsperiod, i genomsnitt fick en lägre kostnad ett år efter reformen än tidigare. Detta gällde för alla åldersgrupper utom för åldersgruppen 65–74 år som fick en högre kostnad.

När Försäkringskassan studerade patientkostnaderna för medianpatienter i olika åldersgrupper konstaterade myndigheten däremot att patientens kostnader blev högre. Anledningen till detta är att medianpatienten i samtliga åldersgrupper inte konsumerar tillräckligt mycket tandvård för att komma över karensnivån i högkostnads-

⁸ Försäkringskassan (2009) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008-2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet*.

skyddet. Därmed blir den enda ersättningen från Försäkringskassan det allmänna tandvårdsbidraget. I det gamla stödet fick alla patienter en viss ersättning för så kallad bastandvård^{9, 10}. För medianpatienten i flera åldersgrupper var alltså ersättningen för bastandvård något högre i det tandvårdsstöd som gällde före den 1 juli 2008 jämfört med dagens ATB.

Vårdgivarpriserna på tandvård har ökat efter reformen men tandvårdsstödet till patienter vars tandvårdskostnader understiger 3 000 kronor, det allmänna tandvårdsbidraget, har inte ändrats nominellt. Det betyder att de patienter som enbart får ATB nu finansierar en större del av sina tandvårdskostnader jämfört med när reformen infördes. Medianpriset på en basundersökning, utförd av en tandläkare, uppgick till 615 kronor hösten 2008. Ett ATB täckte då nästan en fjärdedel av kostnaden och för de mellan 20 och 29 år samt äldre än 74 år täckte det nästan hälften av kostnaden. Vid utgången av 2014 var medianpriset för samma åtgärd 775 kronor. Ett ATB täckte då knappt 20 procent av kostnaden och det dubbla, dvs. 40 procent, för de mellan 20 och 29 år samt äldre än 74 år.

Kostnader för patienter med stora tandvårdsbehov

Patienter med stora tandvårdsbehov har fått lägre kostnader efter reformen än tidigare. Det gäller i genomsnitt för alla ålderskategorier, även för dem som fyllt 65 år.¹¹ Men för patientgruppen över 64 år som fick omfattande protetiska behandlingar var subventionen betydligt högre i det tandvårdsstöd som gällde före den 1 juli 2008.

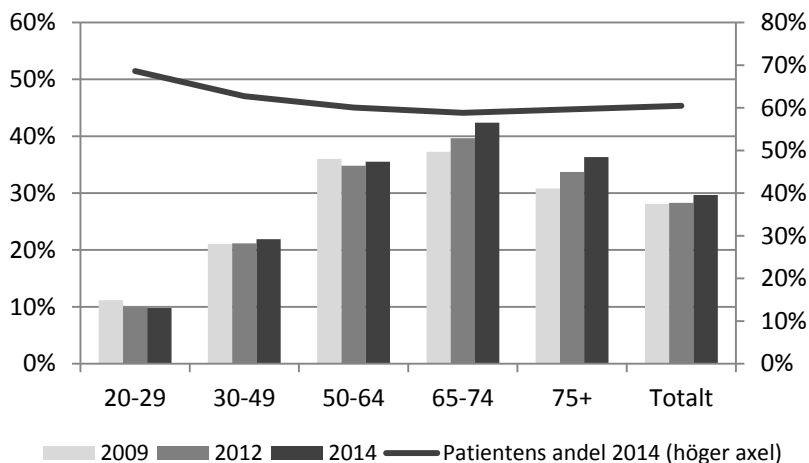
Efter 2008 års tandvårdsreform har andelen patienter som får del av skyddet mot höga kostnader ökat.

⁹ I bastandvård ingick undersökningar och förebyggande åtgärder.

¹⁰ Olika regler gällde för olika åldersgrupper. För personer i åldrarna 30–64 år var undersökningar undantagna från ersättning. Samtidigt fick patienter äldre än 64 år en högre ersättning för bastandvård.

¹¹ Försäkringskassan (2009) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet*.

Figur 8.8 Andel av de som besökte tandvården som fick del av högkostnadsskyddet och patientens finansieringsandel



Källa: TLV och Försäkringskassan. Egen beräkning.

Knappt 30 procent av patienterna konsumerar i dag så pass mycket tandvård att de får del av skyddet mot höga kostnader. Andelen har ökat från ca 28 procent sedan 2009, främst bland personer äldre än 64 år. Det är dock stor variation mellan olika åldergrupper.

Ungefär 10 procent av patienterna i åldersgruppen 20–29 år har så pass höga tandvårdskostnader att tandvårdsersättning betalas ut. Andelen har minskat något sedan 2009. Unga med omfattande tandvårdsbehov står själva för ca 70 procent av kostnaden och staten för resterande 30 procent. Trots att andelen yngre som får skydd mot höga kostnader är mindre i dag, konsumerar dessa mer tandvård och får därmed större del av sin tandvård subventionerad än 2009 (framgår ej av figur 8.8).

Bland personer i åldrarna 30–64 år är det ungefär lika stor andel av besökarna som får ett skydd mot höga kostnader 2014 som 2009. Dessa patienter får ungefär lika stor del av sin tandvård subventionerad i dag som 2009.

Det är vanligare i dag att patienter som är 65 år och äldre har så pass höga tandvårdskostnader att det berättigar till tandvårdsersättning. Även när man jämför med 2012, ett år då övergångsreglerna från 65 plus-reformen inte längre kan antas påverka jämförelsen, noteras en ökning. Samtidigt finansierade de som var 65 år och äldre 2014

ungefär lika stor del av tandvårdskostnaderna som 2009 (framgår ej av figur 8.8). Om beloppsgränserna hade justerats i takt med referensprisernas utveckling skulle färre ha fått del av skyddet mot höga kostnader och de som fick skulle ha fått stå för en större andel av sina tandvårdskostnader 2014.

8.4.2 Patienter med höga tandvårdskostnader flera år i rad

En ersättningsperiod pågår som längst i ett år och den påbörjas då den första ersättningsberättigande åtgärden har slutförts. Vårdgivaren kan på patientens begäran anmäla hos Försäkringskassan att en ny ersättningsperiod ska påbörjas innan den tidigare har löpt ut.

I förarbetena till dagens tandvårdsstöd gjordes antaganden om att patienterna endast vid enstaka tillfällen i livet skulle behöva så pass mycket tandvård under ett år att tandvårdsersättning skulle bli aktuellt.¹² Beräkningarna baserades på uppgifter i Försäkringskassans tidigare databas för tandvård och de indikerade att ca 3 procent av patienterna hade kostnader över 3 000 kronor två år i rad och 0,5 procent hade det under fyra år i rad.

Utredningen har beställt uppgifter om den faktiska utvecklingen av antalet patienter som fått högkostnadsskydd flera år i rad. Uppgifterna som ligger till grund för följande redovisning är framtagna av TLV och avser tandvårdskonsumtion för avslutade ersättningsperioder respektive år.¹³

År 2014 avslutades ersättningsperioder för nästan en miljon patienter vars tandvårdskostnader berättigat till högkostnadsskydd. Antalet patienter som fått högkostnadsskydd både 2013 och 2014 uppgår till ca 283 000 vilket motsvarar knappt 7 procent av patienterna som besökte tandvården 2014. Det är alltså mer än dubbelt så hög andel än som antogs inför reformen. Antalet patienter som fått ersättning från högkostnadsskyddet varje år under perioden 2012–2014 är ca 98 000, motsvarande 2 procent av patienterna som besökt tandvården 2014. Drygt 31 000 patienter

¹² Prop. 2007/08:49, s. 39 och SOU (2007:19) *Friskare tänder - till rimliga kostnader*, s. 151.

¹³ Exempel: En patient som påbörjar en ersättningsperiod 2010 och får hela sin behandling utförd det året kommer att ingå i redovisningen för år 2011 om det är då perioden avslutas. I de fall det finns två ersättningsperioder under ett år har den med högst tandvårdskonsumtion använts. I redovisningen ingår enbart patienter äldre 25 år vid utgången av 2014.

(0,7 %) konsumerade ersättningsberättigande tandvård för mer än 3 000 kronor samtliga år under perioden 2011–2014. Även detta är något högre än det som antogs i förarbetena. Nästan 6 000 personer har haft tandvårdskostnader för mer än 3 000 kronor fem år i rad och drygt 1 000 personer sex år i rad.

I tabellen nedan visas av hur många patienter som fick del av skyddet mot höga kostnader två ersättningsperioder i följd.

Tabell 8.1 Antal personer med avslutade ersättningsperioder både 2013 och 2014, som båda berättigade till tandvårdsersättning

	2013–2014	2013–2014	2013–2014	Totalt
Subventionsgrad	50%–50%	50%–85 %*	85%–85%	
20-29 år	3 558	760	80	4 398
30-49 år	31 827	6 795	869	39 491
50-64 år	73 748	18 962	2 564	95 274
65-74 år	70 181	21 478	3 061	94 720
75+ år	36 363	11 597	1 650	49 610
Totalt	215 677	59 592	8 224	283 493

Källa: TLV. Anmärkning: * de som fick 50-procentig subvention 2013 och 85-procentig subvention 2014 har slagits samman med de som fick 85-procentig subvention 2013 och 50-procentig 2014.

Majoriteten, ca 76 procent av patienterna som tog del av skyddet mot höga kostnader både 2013 och 2014 fick det på 50-procentsnivån. 21 procent av patienterna hade ett av åren så pass höga kostnader att det berättigade till ersättningsgraden på 85-procentsnivån. Nästan 3 procent hade så pass höga tandvårdskostnader att de fick tandvårdsersättning på 85-procentsnivån två ersättningsperioder i följd.

Åldersmässigt är det personer över 50 år som dominerar statistiken och de utgör ca 85 procent av patienterna som får ett skydd mot höga tandvårdskostnader två år i följd.

10 procent av patienterna som nått 85-procentsnivån ena året och 50-procentsnivån andra året har ett ersättningsgrundande belopp över 50 000 kronor det år man nått över 15 000 kronor. Bland de som nått 85-procentsnivån två år i rad hade 14 procent av patienterna ett ersättningsgrundande belopp över 50 000 kronor något av åren.

Patienterna som nått 85-procentsnivån minst ett år fick förhållandevis betydligt fler protetiska åtgärder, både tandstöd och

implantatstödd protetik, än övriga grupper. De fick också fler åtgärder för tandborttagning och rotfyllning. Flera av dessa behandlingar är komplicerade och går sällan att genomföra inom ett år.

8.5 Referensprisernas och vårdgivarprisernas utveckling

8.5.1 Referenspriserna

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

För patienten ska referenspriserna vara vägledande för bedömning av om en vårdgivare är dyr eller billig. Tanken är att patienterna ska kunna vara prisedvetna konsumenter, vilket i sin tur gynnar konkurrensen och minskar risken för underkonsumtion. Vårdgivarna har ett långtgående ansvar att informera om vad en behandling förväntas kosta och om tandvårdsstödet. På patientens kvitto ska referenspriset för varje debiterad åtgärd framgå. I utredningens enkät till behandlare¹⁴ inom tandvården, som behandlas i kapitel 10, uppgav endast 46 procent att de ofta eller alltid informerar patienterna om referenspriset och dess betydelse.

Referenspriset är avsett att vara ett normalpris för respektive åtgärd och spegla vad en åtgärd normalt kostar. Patienten kan därigenom få en bild av vad som är ett rimligt pris för en viss åtgärd eller behandling. Referenspriset beskrivs närmare i kapitel 9. För att referenspriserna inte ska urholkas angavs det i förarbetena att de bör ses över och vid behov justeras. Prisjusteringen bör ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med hänsyn tagen till produktivitetsutvecklingen i form av bl.a. utveckling av nya behandlingar och material. När referenspriserna ändras bör som en konsekvens även beloppsgränserna i skyddet mot höga kostnader ses över.¹⁵

Referenspriserna har ökat med ca 12 procent sedan systemet infördes. Det finns en tydlig korrelation mellan referenspriserna och vårdgivarpriserna, dvs. vårdgivarpriserna tenderar att följa referens-

¹⁴ Se bilaga 3.

¹⁵ Prop. 2007/08:49, s. 64

prisernas utveckling. I sin granskning av tandvårdsreformen menade Riksrevisionen att referenspriserna blir kostnadsdrivande eftersom vårdgivarna justerar sina priser uppåt när referenspriserna höjs.¹⁶ Grönkvist visar också att det finns en tydlig ökning av vårdgivarpriserna strax efter att TLV justerar referenspriserna.¹⁷

De flesta vårdgivare prissätter sina åtgärder på eller nära nivån för referenspriset. År 2013 betalade drygt 60 procent av patienterna mellan 90 och 110 procent av referenspriset för sin tandvård. En fjärdedel av patienterna debiterades ett pris som låg mer än 10 procent över referenspriset och övriga 14 procent av patienterna betalade mindre än 90 procent av referenspriset.¹⁸

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

Konkurrensverket och TLV menar att en förklaring kan vara en så kallad *prismallseffekt*. Kortfattat innebär det att referenspriserna fungerar som en *prismall* för folktandvårdens priser som fastställs av respektive landstings- eller regionsfullmäktige. Många landsting och regioner fastställer sina priser för tandvård på en nivå som följer referenspriset vilket tvingar övriga vårdgivare att förhålla sig till folktandvårdens priser.¹⁹ Det bidrar till att vårdgivare som tidigare haft relativt höga priser justerar ned dessa.²⁰

En annan tänkbar förklaring som presenterats är en så kallad *substitutionseffekt*. Om referenspriset höjs kan vårdgivaren höja sitt pris utan att patientens kostnad stiger lika mycket som skulle varit fallet utan referensprishöjningen. Detta gäller under förutsättning att patientens kostnader under ersättningsperioden har överskridit gränsen för att generera en subvention.²¹ Grönkvist förklarar

¹⁶ Riksrevisionen (2012) *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?* s. 79.

¹⁷ Grönkvist, E. (2012). *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse*, s. 17 f.

¹⁸ TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*.

¹⁹ Landstingen har också självkostnadsprincipen i kommunallagen (1991:900) att förhålla sig till.

²⁰ TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet* och Konkurrensverket (2013) *Ökad konkurrens för bättre tandhälsa*.

²¹ TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*, s. 40.

fenomenet som en omvänd kostnadschock: vårdgivaren får mer betalt av staten och kan därför höja patientpriset.²²

Som tidigare nämnts är ett av syftena med referenspriserna att ge patienter ett stöd när de ska värdera vårdgivarens priser. Det går inte att utesluta att referenspriserna fungerar som jämförelsepris på marknaden och det har fått många vårdgivare att sätta sina priser nära referenspriserna.

TLV har också analyserat korrelationen mellan vårdgivarpris och referenspris samtidigt som de beaktat produktionskostnaderna, eftersom de senare påverkar såväl referenspriserna som vårdgivarpriserna. Analysen visade att produktionskostnaden var den enskilt viktigaste faktorn för att bestämma vårdgivarpriset. Enligt Konkurrensverket återspeglas produktionskostnaderna väl i referenspriserna som därmed får en direkt styrande effekt på vårdgivarpriserna. Om referenspriserna däremot skulle sättas lägre än produktionskostnaderna skulle det vara mindre troligt att vårdgivarna skulle följa referenspriserna lika nära.²³

Det har i några sammanhang framförts synpunkter till utredningen på att systemet för dagens högkostnadsskydd ger vårdgivare få incitament att prissätta sina åtgärder på en nivå som ligger under referenspriset. Skälet är att högkostnadsskyddet beräknas på det lägsta av vårdgivarpriset eller referenspriset för respektive åtgärd. Om en vårdgivare debiterar ett pris under referenspriset minskar således intäkten, men patientens kostnader påverkas inte i samma utsträckning. I sin rapport om konkurrensen på tandvårdsmarknaden från 2013 tog Konkurrensverket upp denna fråga.²⁴ Till Konkurrensverket hade det framförts synpunkter på att systemet inte var rättvist och missgynnade företag som ville använda låga priser som ett viktigt konkurrensmedel. Dessa ansåg att samma åtgärd borde ge samma statliga subvention – oavsett vilket pris som vårdgivaren tar. Det skulle då främja priskonkurrensen på tandvårdsmarknaden. Även Riksrevisionen hade fått liknande synpunkter från vissa vårdgivare när det gällde referensprisets effekt på prisbildningen.²⁵

²² Grönkvist, E. (2012) *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomstets betydelse*

²³ TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet* s. 38 ff.

²⁴ Konkurrensverket (2013) *Ökad konkurrens för bättre tandhälsa*.

²⁵ Riksrevisionen (2011) *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?*

8.5.2 Vårdgivarpriserna

TLV har undersökt hur priserna förändrades av 2008 års tandvårdsreform och konstaterar att vårdgivarpriserna steg med i genomsnitt 2,3 procent till följd av reformen.²⁶ Det innebär alltså att delar av tandvårdsstödet har gått till höjda priser (dvs. till vårdgivarna). Resterande del av subventionen har gått till sänkta patientkostnader.

Vårdgivarpriserna har i genomsnitt ökat med drygt 2 procent per år efter 2009 vilket är en något större ökning än för referenspriserna.²⁷ I genomsnitt ligger den privata tandvårdens priser något över folktandvårdens priser.²⁸ Drygt ett år efter reformens genomförande visade Försäkringskassan att prisökningstakten var högre tolv månader efter än tolv månader före tandvårdsreformens införande.²⁹ TLV kommer fram till en liknande slutstats när de studerar prisökningstakten tre år före och tre år efter reformen.³⁰

TLV har också visat att omsättningen på tandvårdsmarknaden har ökat mer än mängden producerad tandvård sedan reformen trädde i kraft. Det betyder att den omsättningsökning som inte kan förklaras av ökad produktion förklaras av höjda priser. Det finns även tecken på att rörelsemarginalerna inom tandvårdsbranschen ökat sedan 2008–2009.³¹

Riksrevisionen framförde i sin rapport att priserna på mer omfattande behandlingar utvecklades i snabbare takt efter än före reformen.³²

TLV har också analyserat prisspridningen och konstaterar att det är fler vårdgivare, som före reformen hade relativt låga priser, som efter reformen har höjt sina priser till en nivå nära referenspriset.³³ Prisspridningen har med andra ord minskat sedan reformen men är fortfarande inte obetydlig vilket också är en naturlig följd av den fria prissättningen på tandvård.

²⁶ TLV (2015) *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriserna*.

²⁷ TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*.

²⁸ TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*, samt Konkurrensverket (2013) *Ökad konkurrens för bättre tandhälsa*.

²⁹ Försäkringskassan (2009) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet*.

³⁰ TLV (2015) *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriserna*.

³¹ TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*.

³² Riksrevisionen (2012) *Tandvårdsreformen – när den alla? s. 50*.

³³ TLV (2015) *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriserna*.

Enligt en rapport om den privata vård- och omsorgsmarknaden i Sverige ökade den privata tandvårdens rörelsemarginaler när dagens tandvårdsstöd infördes. Fram till 2008-års reform varierade den privata tandvårdens rörelsemarginal kring sju procent. Därefter har den legat kring elva procent, vilket är den högsta nivån bland alla underbranscher på den privata vård- och omsorgsmarknaden.³⁴ Rapporten beslyser endast utvecklingen för den privata tandvården men det finns inget som talar för att utvecklingen varit annorlunda för offentliga vårdgivare.

8.6 Subventionens betydelse för prisbildningen

Hur stor effekt på tandvårdskonsumtionen en subvention får beror bland annat på hur känslig efterfrågan är för förändringar i det pris patienten slutligen får betala.

År 2014 var det en större andel av patienterna som fick sin tandvård subventionerad genom högkostnadsskyddet än 2009, vilket beskrivits ovan. En av orsakerna är att beloppsgränserna varit oförändrade. De som får del av högkostnadsskyddet får i dag i genomsnitt också en högre subvention än 2009.

När delar av kostnaden för tandvården ersätts av staten och patientkostnaden successivt minskar, leder det sannolikt till att konsumtionen av tandvård blir mindre känslig för prisökningar eftersom patienten inte behöver bära hela kostnaden av priset förändringen. Ökade subventioner, som är konsekvensen av nominellt oförändrade beloppsgränser, riskerar också att leda till överkonsumtion. Det gäller särskilt på en marknad som tandvården där behandlare har utrymme att utföra åtgärder som inte alltid är nödvändiga och som kanske inte skulle ha efterfrågats av patienten om han eller hon haft bättre information eller fick stå för hela kostnaden själv. I en avhandling från 2014 framgår att det finns risk för överbehandling av framför allt paradontal sjukdom inom svensk tandvård.³⁵ Majoriteten av behandlarna i studien ville ge förebyggande behandling åt en relativt frisk patient samtidigt som de bedömde att risken för patienten att utveckla sjukdom var liten.

³⁴ Grant Thornton (2014) *Den privata vård- och omsorgsmarknaden ur ett finansiellt perspektiv – Hur mår den privata vård- och omsorgsmarknaden i Sverige?*

³⁵ Leisnert L. (2014) *Self-directed learning, teamwork, holistic view and oral health.*

9 Kostnaderna för tandvårdsstödet efter reformen

Sammanfattande slutsatser i kapitlet:

- De ursprungliga kostnadsberäkningarna för reformen överskattade såväl antalet patienter som besöksfrekvenser och genomsnittlig konsumtion. De beräknade beteendemässiga effekterna har varit begränsade.
- Ända sedan reformens början har det därför blivit ett betydligt lägre utfall på anslaget för tandvårdsstöd än beräknat, trots att anslagsnivån dragits ned vid ett tillfälle. Två faktorer som bidragit till det lägre utfallet är dels att det finns grupper där besöksfrekvenserna fortfarande är förhållandevis låga och dels att den förbättrade tandhälsan bidragit till en lägre tandvårdskonsumtion än vad som annars skulle blivit fallet.
- En viktig effekt av kostnadsutvecklingen är att den metod för kostnadskontroll som byggdes in – TLV:s ansvar - ännu inte har behövt användas eftersom problemet snarare varit det motsatta. TLV har byggt ut regelverket för ersättningsberättigande tandvård men har t.ex. inte haft verktyg för eller uppdrag att påverka besöksfrekvenserna.
- Utgifterna för det allmänna tandvårdsbidraget respektive högkostnadsskyddet påverkas av olika faktorer.
- Försäkringskassans prognoser för tandvårdsstödet, vilka lämnas till regeringen, görs delvis med hjälp av de prognoser som TLV tar fram för referenspriser och beloppsgränser – vilket således innebär att TLV kan sägas ha stort inflytande över prognoserna och därmed indirekt också anslagsnivån.

- Av de administrativa kostnaderna för tandvårdsstödet för berörda myndigheter går sammantaget en stor del till främst efterhandskontroller och mindre till information och patientinriktade aktiviteter.
- De administrativa kostnaderna för vårdgivarna ökade i samband med reformen men har därefter sannolikt minskat. Det saknas dock ett tillförlitligt underlag för att bedöma utvecklingen.

9.1 Inledning

En av hörnstenarna i tandvårdsreformen är att staten ska ha en god kontroll över tandvårdsstödet utgifter.

De totala utgifterna för all tandvård uppgick 2012 till 23,4 miljarder kronor.¹ Av detta svarade hushållen för 14,4 miljarder (62 %) och det offentliga för 8,9 miljarder (38 %). Det statliga stödet uppgick totalt till 5,2 miljarder kronor.

Vuxentandvården, som det statliga stödet riktas till, omsatte 2013 drygt 15 miljarder kronor.² Det statliga stödet finansierade således omkring en tredjedel och patienterna två tredjedelar av utgifterna i vuxentandvården. Uttryckt som s.k. ersättningsgrundande belopp, dvs. det belopp som stödet beräknas på, konsumerade patienterna tandvård för ca 13,5 miljarder kronor. Subventionsgraden ligger på ca 39 procent av detta belopp. Skillnaden mellan den totala och den ersättningsberättigande konsumtionen (där den totala konsumtionen innefattar prisdifferensen mellan vårdgivar- och referenspriset) var ca 1,5 miljarder kronor. Därmed är den reella subventionsgraden lägre; ca 35 procent, när den mäts i förhållande till vad patienten faktiskt betalar för tandvården.

Utgifterna för det statliga stödet kan delas upp i tre delar: allmänt tandvårdsbidrag (ATB), högkostnadsskydd och särskilt tandvårdsbidrag (STB). Från reformens början har det varit ganska stora differenser mellan beräknade utgifter för tandvårdsstödet och de faktiska kostnaderna. Denna fråga har varit föremål för stort

¹ Från tabell i prop. 2014/15:1. Utgiftsområde 9, sid 40. Underlaget baseras på SCB:s nationalräkenskaper.

² Källa TLV.

intresse både från regeringen och från tandvårdsbranschen i vid mening.

Utöver utgifterna för själva stödet tillkommer kostnaderna för att administrera det. Det handlar både om kostnader för de myndigheter som ansvarar för stödet i olika delar, och även för vårdgivarnas hantering för att få del av stödet.

Detta kapitel syftar till att ge en bild av utgiftsutvecklingen för tandvårdsstödet efter att tandvårdsreformen trädde i kraft, av vad som kan förklara differenserna mellan de ursprungliga beräkningarna och utfallet samt av de viktigaste kostnadsdrivarna. I kapitlet ges också en kort beskrivning av styrning, uppföljning och kontroll av utgifterna. Vidare görs en kort redovisning av de administrativa kostnaderna.

9.2 Beräknade och faktiska utgifter för det nya statliga tandvårdsstödet

9.2.1 Beräkningarna inför reformen

Tandvårdsreformen innebar en väsentlig ökning av det statliga stödet till tandvård.

När reformen skulle träda i kraft räknade regeringen med att den totala kostnaden för stödet skulle uppgå till 6 miljarder kronor, varav ATB skulle kosta 1,1 miljarder och högkostnadsskyddet 4,9 miljarder kronor (2008 års priser). Beräkningarna byggde på beräkningsunderlag som redovisats i betänkandet Friskare tänder – till rimliga kostnader (SOU 2007:19). Detta byggde i sin tur främst på statistik över tandvårdskonsumtionen år 2006, på uppgifter om patienter som besökt tandvården 2005 samt på de referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som tagits fram av den genomförandeorganisation som övergångsvis hade tillsatts för tandvårdsreformen.

Kostnadsberäkningen för ATB byggde på ett antagande om att ca 85 procent av befolkningen besöker tandvården vartannat år, vilket beräknades innebära en ökning av antalet besökare under en tvåårsperiod med ca 550 000 personer. Denna ökning skulle motsvara ökade kostnader om ca 215 miljoner kronor per år av de totalt 1,1 miljarder kronor som beräknades för ATB.

Den beräknade kostnaden för högkostnadsskyddet på 4,9 miljarder kronor utgjordes dels av 3,7 miljarder, som var den statiska kostnaden med given konsumtion, och dels av 1,2 miljarder kronor som skulle bli

en effekt av antagna beteendemässiga förändringar hos patienterna samt en ökning av antalet personer som besöker tandvården.

Den statiska kostnaden på 3,7 miljarder kronor beräknades utifrån de data om tandvårdskonsumtion som fanns tillgängliga hos Försäkringskassan för en del av befolkningen avseende 2005. Man gjorde antagandet att den övriga delen av befolkningen hade samma konsumtionsmönster, med undantag av de över 65 år som till stor del redan fanns i Försäkringskassans databas.

Den del av kostnaden som beräknades utifrån beteendemässiga förändringar, 1,2 miljarder kronor, byggde på antaganden om en förändrad tandvårdskonsumtion (ökad efterfrågan och en förskjutning mot mer kostsam vård) eftersom patientens egna kostnader för mer kostsam vård generellt sett skulle bli lägre med reformen. Detta antogs särskilt gälla åldersgruppen 50-64 år. En mindre del; 0,1 miljarder, byggde på en antagen volymökning till följd av en ökad besöksfrekvens.

Beräkningarna utgick från de nivåer på ATB samt beloppsgränser och ersättningsgrader som utredningen föreslog och som fortfarande gäller, dvs. 150 kronor respektive 300 kronor per år i ATB, 50 procent tandvårdsersättning för ersättningsberättigande tandvård över 3 000 kronor och 85 procent ersättning över 15 000 kronor.

Kostnadsberäkningarna i SOU 2007:19 var i första hand fokuserade på frågan hur ett förändrat subventionssystem skulle påverka konsumentbeteendet och kostnaderna som följde av detta på kort sikt. Beräkningarna tog inte hänsyn till de mer långsiktiga effekterna av ett nytt tandvårdsstöd, t.ex. hur en förändrad demografi eller en förbättrad tandhälsa i befolkningen skulle kunna påverka behovet av tandvård och tandvårdsstöd.

9.2.2 Faktisk utveckling av utgifterna sedan reformen genomfördes

Utfallet på anslaget för tandvårdsförmåner m.m.

Det verkliga utfallet av utgifterna för tandvårdsstödet har blivit betydligt lägre än vad som beräknades från början.

Medel för statligt tandvårdsstöd finns upptagna under statsbudgetens anslag 1:4 Tandvårdsförmåner inom utgiftsområde 9

Hälsovård, sjukvård och social omsorg. Anslaget får användas för utgifter för statliga tandvårdsförmåner.³

I nedanstående tabell visas utvecklingen av anslaget Tandvårdsförmåner och faktiskt utfall för respektive år från 2010 och fram till 2015. De första åren efter reformen påverkades utfallet av att det gamla systemet löpte parallellt med det nya, dvs. det fanns kostnader kvar framför allt 2008 och 2009, varför dessa inte redovisas här.

Tabell 9.1 Anslag, utfall och avvikelse för anslaget Tandvårdsförmåner för åren 2010–2015, miljoner kronor

	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Anslag	6 593	6 694	5 454	6 207	5 676	5 777
Utfall	4 909	4 966	4 950	5 200	5 217	5 132
Avvikelse anslag/utfall	1 684	1 728	504	1 006	459	645

Källa: För åren 2010–2013 är källan budgetpropositionen för nästkommande år. För åren 2014 – 2015 är källan Försäkringskassan (2015) *Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2015–2019*.

Anm: * Prognos. I anslaget ingår även särskilt tandvårdsbidrag från 2013, totalt 43 mkr. 2015. En mindre del av anslaget 2010 och 2011 avsåg kvarvarande kostnader för det tidigare ersättningssystemet (65 plus),

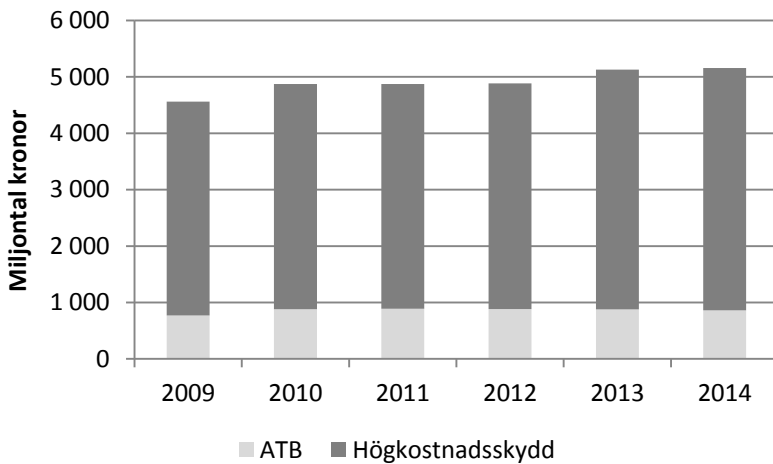
Mot bakgrund av att kostnaderna för tandvårdsstödet inte hade uppgått till vad som beräknats varken 2012 eller 2013 p.g.a. minskade volymer sänktes anslagsnivån från 2014 med 530 miljoner kronor.

Utvecklingen av utgifterna för de olika stödformerna

I följande figur visas utvecklingen i kronor för de olika delarna av stödet. Kostnaderna för högkostnadsskyddet har ökat i början och i slutet av perioden medan kostnaderna för ATB har legat relativt stilla sedan 2010.

³ En mindre del av anslaget får användas för utgifter för kompetenscentrum på tandvårdsområdet.

Figur 9.1 Utvecklingen av tandvårdsstödet delar 2009–2014, miljoner kronor, löpande priser



Källa: Försäkringskassan.

Under perioden 2009–2014 har det totala antalet unika personer som besökt tandvården under ett år ökat något från 4 152 776 till 4 351 309 personer - en ökning med närmare 5 procent. Ökningen motsvarar i stort den ökning som skett av befolkningen under perioden – andelen som besökt tandvården under ett år har minskat från 58,0 procent till 57,3 procent av hela befolkningen.

Det genomsnittliga stödet per besökare i tandvården har i löpande priser ökat från 1 099 kronor till 1 183 kronor; en ökning med 7,6 procent. Referenspriserna som ligger till grund för stödet har i genomsnitt ökat med ca 12 procent under perioden. Det genomsnittliga stödet kan således, litet förenklat, sägas ha minskat något realt.

Genomsnittligt utbetalt ATB har ökat från 234 till 262 kronor per användare och år (+12%, huvuddelen av ökningen låg mellan 2009 och 2010) medan motsvarande siffra för högkostnadsskyddet är en ökning från 3 253 till 3 395 kronor per nyttjare (+4 %).

Utfallsprognoserna

Försäkringskassan ansvarar för tandvårdsanslaget och för utbetalning av stödet. Försäkringskassan lämnar också anslags-uppföljning och prognoser för tandvårdsstödet till regeringen vid fem olika tillfällen under året.

Svårigheterna att förutsäga kostnaderna för tandvårdsstödet har kommit till visst uttryck i att de prognoser som gjorts från reformens början inte haft särskilt hög träffsäkerhet. Underlaget för och samarbetet kring prognoserna har dock utvecklats de senaste åren, både genom att Försäkringskassan tar hjälp av SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT⁴ för att beräkna effekter av förändrad sysselsättning m.m. och genom att TLV bidrar med underlag i form av beräknade referensprisökningar m.m. Det finns också mycket data att bygga prognoserna på. Utgångspunkten är att tandvårdskonsumtionen och tandvårdsstödet påverkas både av befolkningsutvecklingen och av makrovariabler som arbetslöshet och sysselsättning samt av priserna på tandvård.

Utifrån SCB:s befolkningsprognoser beräknas effekterna både av den sammantagna ökningen av befolkningen men också fördelningen på åldersgrupper.

I prognosen används Konjunkturinstitutets prognos för arbetslösheten och sysselsättningen. Om arbetslösheten sjunker och sysselsättningen stiger antas antalet personer som anser sig ha råd att besöka tandvården öka, och vice versa.

Prognoserna tar också hänsyn till hur referenspriserna samt beloppsgränserna för högkostnadsskyddet antas förändras, i enlighet med TLV:s prognoser. Referenspriser och beloppsgränser har en direkt effekt på utbetalda ersättningar från högkostnadsskyddet.

⁴ Fördelnings Analytiskt Statistiksystem för Inkomster och Transfereringar.

Försäkringskassans analys och bedömning av kostnadernas utveckling från 2015 och framåt

Utfallet 2014 för anslaget uppgick till 5 217 miljoner kronor, vilket är 459 miljoner kronor lägre än vad som anvisats i statens budget (5 676 mkr).⁵ I sin analys av 2014 säger Försäkringskassan att utgifterna för det allmänna tandvårdsbidraget var ca 1,0 procent lägre än 2013, beroende på en minskning av antalet besök, framför allt i åldersgruppen 30–49 år. Utgifterna för högkostnadsskyddet var 0,6 procent högre 2014, vilket förklaras med att fler åtgärder blev ersättningsberättigade, vilket dock delvis motverkas av de förändringar som gjordes av referenspriserna vilka beräknas ha lett till lägre utgifter för högkostnadsskyddet. Nettoeffekten blev dock något högre utgifter.

I sin prognos i juli 2015 bedömer Försäkringskassan att kostnaderna för tandvårdsstödet 2015 kommer att uppgå till 5 132 miljoner kronor, vilket är en marginell minskning jämfört med utfallet 2014.⁶ För 2016 prognosticeras kostnaderna till 5 580 miljoner kronor; en ökning med närmare 9 procent, vilket främst är en effekt av att TLV kommer att höja referenspriserna i januari 2016, samtidigt som beloppsgränserna lämnas oförändrade detta år. Utgifterna för det allmänna tandvårdsbidraget förväntas ligga på ungefär samma nivå under hela prognosperioden 2015–2019. Den befolkningsökning som SCB prognosticerar kommer enligt Försäkringskassan att medföra att antalet besök ökar något, vilket påverkar utgifterna uppåt men ganska blygsamt.

Tabell 9.2 Beräknade utgifterna för stödets olika delar 2014–2016

Belopp i miljoner kronor, löpande priser

	2014	2015	2016
Högkostnadsskydd	4 207	4 131	4 560
Allmänt tandvårdsbidrag	983	965	978
Särskilt tandvårdsbidrag	27	35	43
Totalt	5 217	5 132	5 581

Källa: Försäkringskassan.

⁵ Försäkringskassan (2015) *Budgetunderlag 2016–2018*.

⁶ Försäkringskassan (2015) *Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2015–2019*.

För återstoden av perioden fram till 2019, som baseras på en historisk genomsnittlig justering av referenspriserna på ca 2 procent per år efter 2016, prognosticeras stödet totalt komma att öka till 6 296 miljoner kronor 2019.

9.3 Varför blev de verkliga kostnaderna för tandvårdsstödet så mycket lägre än vad som beräknades?

I det föregående har redovisats både vilka utgångspunkter som fanns för de ursprungliga kostnadsberäkningarna och hur de verkliga utgifterna för tandvårdsstödet har utvecklats. Att försöka göra en rekapitulation och jämföra utfall mot beräkning ”krona för krona” är mycket svårt. I det följande görs ett försök att lyfta fram de viktigaste punkterna där avvikelser kan ses mellan beräkningarna i SOU 2007:19 och det faktiska utfallet.

9.3.1 Besöksfrekvenser i tandvården

I SOU 2007:19 baserades beräkningarna på en besöksfrekvens i befolkningen på omkring 85 procent över en tvåårsperiod. Detta grundades dels på en urvalsundersökning gjord av Försäkringskassan och Socialstyrelsen, som visade på en frekvens av 68,2 procent i ettårs-perspektivet och 84,9 procent i tvåårsperspektivet, och dels på siffror från ULF-undersökningarna.⁷ Besöksfrekvensen för gruppen 20–29 år uppgavs vara 77 procent per två år, drygt 80 procent för gruppen 30–49 år resp. 75+ och närmare 90 procent av patienterna 50–74 år. Som tidigare visats så tenderar besöksfrekvenserna att överskattas i urvalsundersökningar. Före 2008 fanns dock inte underlag för att mäta de faktiska besöksfrekvenserna.

I kostnadsberäkningarna antogs att besöksfrekvenserna över två år skulle uppgå till minst 85 procent i samtliga åldersgrupper, vilket låg till grund för beräkning av kostnaden för ATB, som totalt beräknades till 1 100 miljoner kronor.⁸

⁷ SOU 2018:19, s. 139.

⁸ SOU 2018:19, s. 460 ff.

I tabellen nedan visas hur stor kostnaden för ATB skulle varit 2014 med de antaganden om besöksfrekvenser som gjordes i SOU 2007:19, jämfört med kostnaderna beräknade utifrån de verkliga besöksfrekvenserna under perioden 2013–2014. Skillnaden uppgår till ca 250 miljoner kronor.

Tabell 9.3 Beräknad kostnad för ATB med olika besöksfrekvenser i ett tvåårsperspektiv, 1000-tals kronor

Åldersgrupp	Bef. 2014	Besöksfrekvenser 2-års, %		Utgift för ATB	
		FT07	Utfall 2014	FT07	Utfall 2014
20-29 år	1 324 943	85	59	337 860	234 515
30-49 år	2 533 818	85	67	323 062	254 649
50-64 år	1 764 334	91	78	240 832	206 427
65-74 år	1 080 871	89	83	144 296	134 568
75 +	845 429	85	71	215 584	180 076
Totalt	7 549 395			1 261 635	1 010 236

Källa: SOU (2007:19) och Försäkringskassan.

9.3.2 Tandvårdskonsumtion per patient

I SOU 2007:19 hade man inte tillgång till fullständiga individuppgifter om tandvårdskonsumtionen utan fick göra vissa antaganden utifrån de uppgifter som fanns – vilka framför allt avsåg patienter över 65 år.

Beräkningarna gjordes dels utifrån beräkningar och antaganden om konsumtionens fördelning på olika kostnadsintervall för vårdgivarpris och dels utifrån antaganden om konsumtionsutvecklingen för olika åldersgrupper.

Man bedömde att det nya tandvårdsstödet skulle medföra en ökad efterfrågan och ett förändrat konsumtionsmönster. Sammantaget bedömdes i betänkandet att konsumtionen för patienter över 65 år skulle bli relativt oförändrad medan det för övriga grupper skulle kunna bli en förskjutning mot dyrare tandvård. Kostnaden för denna beteendemässiga förändring hos patienter 20-64 år beräknades till 1 850 miljoner kronor.

Utfallssiffror visar dock att antagandena i SOU 2007:19 inte har besannats – betydligt fler patienter befinner sig i kostnadsintervallet under den nedre beloppsgränsen i högkostnadsskyddet. Antalet personer i de högsta kostnadsintervallen har dock blivit fler

än beräknat men sammantaget blir kostnaderna betydligt lägre än vad man beräknade.

9.3.3 Antalet tandvårdspatienter

Beräkningarna i SOU 2007:19 byggde på en vuxen befolkning på knappt 7 miljoner personer och man räknade med en besöksfrekvens i ettårsperspektiv på ca 72 procent, vilket motsvarade omkring 5 miljoner personer. Man beräknade att de totala kostnaderna för stödet skulle ligga mellan 5 165 miljoner kronor och 5 920 miljoner kronor, beroende på om man räknade lågt eller högt på dynamiska effekter. Det innebär en genomsnittlig kostnad per person i tandvården på 1 025 resp. 1 175 kronor.

Om antalet personer som besöker tandvården inom ett år skulle motsvarat det som utredningen räknade med – dvs. 72 procent av befolkningen – skulle antalet patienter i tandvården 2014 ha uppgått till 5,4 miljoner personer. Det faktiska antalet personer som besökte tandvården 2014 var knappt 4,3 miljoner (57,3 %) - en differens på mer än 1 miljon patienter.

Tandvårdsstödet 2014 uppgick totalt till 5 217 miljoner kronor vilket ger ett genomsnittligt stöd per person som besökte tandvården på 1 216 kronor. Med den besöksfrekvens och konsumtionsnivå som beräknades i SOU 2007:19 skulle de sammanlagda utgifterna för tandvårdsstödet ha uppgått till ca 6,6 miljarder kronor i 2008 års nivå.

9.3.4 Slutsatser

Sammanfattningsvis kan konstateras att de beräkningar som gjordes i SOU 2007:19 var överskattade i flera dimensioner. Man antog bl.a. att ett förbättrat tandvårdsstöd skulle medföra dynamiska effekter både när det gäller antalet patienter som regelbundet besöker tandvården och beteendemässiga förändringar hos dem som besöker tandvården. Detta måste dock ses i perspektivet av erfarenheterna från den tidigare, kostnadsdrivande reformen, vilka manade till stor försiktighet i beräkningarna.

Att utfallet blivit lägre än beräkningarna påverkas emellertid också av två starka fenomen. Det ena är att de faktiska, lägre besöksfrekvenserna delvis beror på att vissa grupper fortfarande inte besöker

tandvården trots att de sannolikt har behov av det (se kapitel 6). Det andra är att den förbättrade tandhälsan med stor sannolikhet har påverkat utvecklingen positivt också när det gäller kostnaderna för tandvårdsstödet, dvs. trots att regelverket för ersättningsberättigande tandvård har byggts ut så har inte tandvårds-konsumtionen ökat markant (se kapitel 7).

9.4 Styrning, kontroll och uppföljning av utgifterna för tandvårdsstödet

9.4.1 Verktyg för styrning och kontroll

Centrala parametrar för kostnaderna för det statliga stödet, utöver rena volymfaktorer, är:

- vilken tandvård som ska berättiga till stöd
- vilka referenspriser som fastställs för ersättningsberättigande tandvård
- var gränserna för subventionen ligger (beloppsgränser och ersättningsgrader)
- ATB-beloppen

Reglerna för tandvårdsstödet finns i lagen och förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd. Bl.a. anges vad tandvårdsstöd får lämnas för och hur det får användas. Regeringen beslutar om storleken på ATB.

I särskilda föreskrifter ska meddelas vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning och under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas. Föreskrifter om ersättningsberättigande tandvård meddelas av TLV. Vidare anges att tandvårdsersättning lämnas med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader för ersättningsberättigande tandvård som har slutförts under en ersättningsperiod om ett år, i den mån dessa överstiger ett fastställt belopp. Kostnaderna beräknas med utgångspunkt i referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder. TLV beslutar om andelar, belopp och referenspriser.

TLV, genom Nämnden för tandvårdsstöd, har således givits ett stort ansvar för att kostnaderna för tandvårdsstödet hålls inom

givna ramar.⁹ I propositionen som föregick stödet uttrycktes detta på följande sätt: ”Enligt regeringen bör samma myndighet som beslutar om ersättningsberättigande tandvård och referenspriser också, vid behov, fatta beslut om sådana justeringar av beloppsgränser för tandvårdsersättning som kan bli en följd av reviderade referenspriser, så att storleken av de statliga utgifterna inte överstiger de på statsbudgeten avsatta medlen. Storleken av ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader bör i normalfallet inte bli föremål för några justeringar, men besluten bör hållas ihop i samma instans.”¹⁰

I samma proposition sas också att ”den givna budgetramen är den yttersta restriktionen för vad som kan definieras som ersättningsberättigande tandvård. Ersättningsreglerna behöver bestämmas så att det avsatta statsfinansiella utrymmet kan hållas och så att de statliga resurserna används på avsett vis.”

9.4.2 Hur har verktygen använts?

TLV har hittills inte behövt använda sina verktyg för att begränsa kostnaderna – eftersom dessa hela tiden understigit vad som beräknats. Man har dock haft en beredskap för om ett behov av begränsning skulle uppstå.

Referenspriser

För varje ersättningsberättigande tandvårdsåtgärd ska TLV fastställa ett referenspris. I förarbetena till tandvårdsreformen sägs: ”För att referenspriserna inte ska urholkas bör de ses över och vid behov justeras. [...] När referenspriserna ändras bör som en konsekvens även beloppsgränserna i skyddet mot höga kostnader ses över”.¹¹

TLV fastställer referenspriserna utifrån kostnaderna för att utföra respektive åtgärd. Eftersom kostnaderna skiljer sig för olika verksamheter och för olika arbeten vid olika tillfällen bygger modellen för referensprisberäkningar på att alla ingående delar i

⁹ Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket § 5 a.

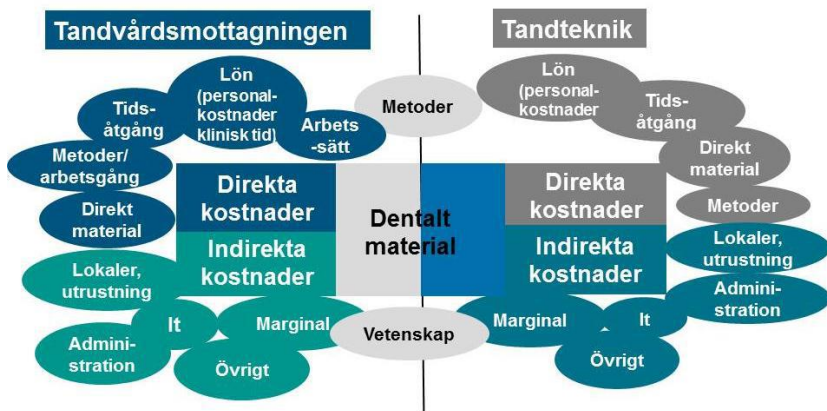
¹⁰ Prop. 2007/08:49, s. 84.

¹¹ Prop. 2007/08:49, s. 84.

varje åtgärd beräknas för sig. Beräkningen av referenspriserna ska följa utvecklingen inom tandvården. De ska därmed spegla kostnaderna för den bästa och mest kostnadseffektiva metoden för ett rimligt behandlingsalternativ av god standard enligt de nationella riktlinjerna för vuxentandvården och annat vetenskapligt eller sakkunnigt underlag. En grundprincip är att varje referenspris ska bära sina egna kostnader och inte subventionera andra åtgärder.

Beräkningen av varje referenspris består av många olika komponenter. De innehåller både direkta och indirekta kostnader för både tandvårdsmottagningar och i förekommande fall även tandtekniska laboratorier. Beräkningen baseras på fyra delar; arbetskostnad, direkt material, dentalt material samt ett påslag. Bilden nedan visar olika delar som finns med vid beräkning av referenspriset för en åtgärd.

Figur 9.2 Olika komponenter vid fastställande av referenspris



Källa: TLV

De direkta kostnaderna specificeras för varje åtgärd så att den aktuella åtgärden innehåller tidsåtgång för att utföra åtgärden (medianvärde), omfattning av assistans, rätt antal och innehåll av material, brickor, avtryck, modeller m.m. Materialkostnaderna består i de flesta åtgärder av en grundkostnad för engångsmaterial (servett, mugg, handskar m.m.) samt en åtgärdsanpassad bricka med instrument, bedövning och övrigt direkt material som behövs

för att genomföra åtgärden. De består vidare av dentalt material som är sådant ”som stannar kvar” i munnen, till exempel komposit, guttaperka, proteständer, titan och porslin, etc. Material-kostnaderna skiljer mycket mellan behandlingsåtgärderna.

De indirekta kostnaderna avser t.ex. lokaler, IT och administration och täcks via ett schablonmässigt påslag i kalkylmodellen. Varje del av referenspriset har gått igenom var för sig för att slutligen adderats till ett totalt referenspris för den aktuella åtgärden. För varje åtgärd tas en kalkyl fram med alla detaljuppgifter. Separata kalkyler görs också för respektive åtgärd vid beräkning av referenspris för specialisttandvård.

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

Under 2011–2013 genomförde TLV en mer omfattande översyn av referenspriserna i syfte att kvalitetssäkra de beräkningar som gjordes initialt. En omräkning genomfördes den 1 september 2014, vilken innebar att referenspriset sänktes för vissa åtgärder och höjdes för andra – förändringarna varierade mellan +38 procent och -18 procent för olika åtgärder.

För 2015 har referenspriserna justerats upp något till följd av löneutvecklingen.

Beloppsgränser och ersättningsgrader

TLV/Nämnden för tandvårdsstöd hade i slutet av 2014 inte beslutat om några ändringar varken av beloppsgränser eller subventionsgrader sedan reformen trädde kraft – eftersom de avsatta medlen inte hade använts fullt ut något av åren. Regelverket för vad som är ersättningsberättigande tandvård har däremot förändrats och utvidgats vid ett antal tillfällen; bl.a. har fler åtgärder blivit ersättningsberättigade (se kapitel 7).

Som grund för beslut om beloppsgränserna har TLV utvecklat en beräkningsmodell som ska ge underlag för överväganden om översyn och justering av beloppsgränserna vid förändrade referenspriser.

Modellen kan sammanfattas på följande sätt:

- Omräkning av beloppsgränser: Nya beloppsgränser beräknas i samband med referenspriserförändring. Justering av beloppsgränserna sker endast med jämnt hundratal kronor.
- Justering sker mot fast basår: Basåret var tidigare reformens ikraftträdande. Genom att välja en starttidpunkt som sammanfaller med reformens ikraftträdande ville man fånga upp hela reformperioden, vilket skulle vara i enlighet med reformens intentioner att se över beloppsgränserna när referenspriserna ändras. Basåret har senare ändrats till 2013.
- Justering sker med en procentuell förändring av beloppsgränserna: En omräkningsfaktor används och faktorn beräknas utifrån förändringen av referenspriserna mellan åren.

Modellen har vid några tillfällen indikerat att beloppsgränserna borde justeras uppåt men nämnden har då tagit ett aktivt beslut att låta beloppsgränserna ligga kvar, med hänvisning till att förbrukningen av anslaget varit låg. Vid nämndens sammanträde den 2 juni 2015 har man beslutat att beloppsgränserna ska lämnas oförändrade även 2016. Modellen indikerade dock att en viss höjning borde ske till följd av referensprisernas utveckling.

TLV har också utvecklat en principiell prioriteringsmodell som i korthet beskriver effekter av att ”skruva” i olika delar av stödet om man behöver minska kostnaderna för stödet. De åtgärder som kan övervägas är att justera beloppsgränserna eller att man tar bort vissa tandvårdsåtgärder i det som berättigar till ersättning idag. Ett ytterligare alternativ är att minska subventionsgraden, men detta bör enligt propositionen (se ovan) ”inte ske i normalfallet”. Inte heller prioriteringsmodellen har behövt tillämpas eftersom kostnaderna för stödet inte har kommit upp i nivån på anslaget.

9.5 Kostnader för att administrera stödet

Enligt förarbetena förutsattes förstärkta insatser för styrning och uppföljning av tandvården för att garantera effekterna av det ökade statliga stödet.¹² Det skulle kräva ökade resurser men förväntades också medföra ökad kunskap om effekterna på tandhälsan m.m. samt effektiviseringar av administrationen av det statliga stödet.

9.5.1 Kostnader för de myndigheter som hanterar stödet

Beräknade kostnader för myndigheternas hantering

I propositionen om det statliga tandvårdsstödet redovisades de beräknade kostnaderna för att administrera tandvårdsreformen.

- För *Försäkringskassan* skulle det nya stödet framför allt innebära engångsvisa kostnader i samband med omstrukturering av administrationen och utveckling av ett nytt IT-stöd samt information och utbildning. För detta fick man ökade anslag med 35 miljoner kronor för 2007 och 2008.
- *Socialstyrelsens* uppgifter i samband med reformeringen av tandvårdsstödet var främst att utarbeta nationella riktlinjer inom tandvårdsområdet samt att förbereda och inrätta ett tandhälsoregister, vilket inkluderade en översyn av klassifikationerna för tandvård. Kostnaderna för den del som avser riktlinjearbetet, inklusive utveckling av kvalitetsindikatorer inom tandvården, beräknades uppgå till 22 miljoner kronor år 2008. Kostnaden för uppbyggnad av ett tandhälsoregister och klassifikationsarbete inom tandvårdsområdet beräknades till 5 miljoner kronor år 2008.
- Kostnaderna för den nya *Nämnden för statligt tandvårdsstöd* samt kansliresurser kopplade till tandvårdsfrågorna beräknades till 11 miljoner kronor per år. För år 2008 beräknades kostnaden till 7,4 miljoner kronor.
- Dessutom beräknades kostnader dels för *Försäkringskassan* (senare SKL) att driva den föreslagna prisjämförelsetjänsten för tandvård med 2 miljoner kronor per år, dels till SCB för löpande

¹² Prop. 2007/08:49, s. 133.

uppföljning och utvärdering inom tandvårdsområdet med 0,5 miljoner kronor per år.

- Vidare beräknades kostnader om 3 miljoner kronor per år under tre år för att genomföra ett utvärderingsprogram avseende det nya tandvårdsstödet. Programmet skulle genomföras av Försäkringskassan, Socialstyrelsen och TLV, med Försäkringskassan som samordnande myndighet.
- Slutligen beräknades vissa kostnader för utredning av en rådgivningstjänst, studier av landstingens redovisning samt för en genomförandeorganisation inom Regeringskansliet inför reformen.

Nuvarande administrationskostnader för myndigheterna

Utredningen har tagit del av uppgifter om de årliga kostnaderna för de tre myndigheternas arbete med tandvårdsstödet.

Kostnaden för TLV:s arbete med tandvårdsstödet uppgick 2014 till omkring 17 miljoner kronor och omfattar ca tio årsarbetare. Resurserna har ökat något sen starten men ligger i huvudsak oförändrade sedan ett par år.

Totala resurser för tandvårdsstödet inom Försäkringskassan är omkring 150 årsarbetare, varav ca 20 på IT, minst 10 på kundcenter och ca 115 för efterhandskontroller, manuell handläggning m.m. Den totala förvaltningskostnaden för stödet uppgick till 159 miljoner kronor 2014. Det är ca 9 miljoner mindre än förvaltningskostnaderna föregående år (2011=195 mkr, 2012=155 mkr, 2013=168 mkr). Styckkostnaden för ett beslut om utbetalning av tandvårdsstöd var 15 kronor. Det är en minskning av kostnaden med en krona jämfört med 2013 och detsamma som år 2012 - men en väsentlig minskning sedan 2011 då den var 19 kronor. Kostnaden per beslut för tandvårdsstödet ligger på ungefär samma nivå som för utbetalning av andra högautomatiserade förmåner, t.ex. barnbidrag (16 kr 2014). Detta är betydligt lägre än de flesta andra förmåner som Försäkringskassan administrerar. Som en jämförelse kan nämnas att motsvarande kostnad per utbetalning är 184 kronor för föräldrapenning, 359 kronor för aktivitetsstöd och 1912 kronor för assistansersättning. En viktig orsak till den låga kostnaden för tandvårdsstödet är att hanteringen till stor del sker genom IT-stödet.

På Socialstyrelsen är det uppskattningsvis mellan fyra och sex årsarbetare som arbetar med tandvårdsområdet; bl.a. med behörighetsfrågor, legitimationer och kunskapsstyrning. Två personer arbetar med uppföljning och utvärdering, vilket delvis kan sägas ha koppling till tandvårdsstödet. Kostnaden för tandhälsoregistret uppgick till 1,1 miljoner kronor.

Till detta kommer viss kostnad för SCB för att ta fram tandvårdsindikatorerna (0,25 mkr per år) och kostnaderna för att driva prisjämförelsetjänsten; 1,9 miljoner kronor per år.¹³

Totalt kan statens kostnader för myndigheternas administration av tandvårdsstödet, utifrån detta underlag, beräknas till ca 180 miljoner kronor på årsbasis i 2014 års nivå, och det engagerar totalt omkring 160 årsarbetare. En ungefärlig fördelning av årsarbetarna på delområden görs i följande tabell:

Tabell 9.4 Översiktlig fördelning av årsarbetare för tandvårdsstödet

Arbete med föreskrifter m.m.	Ca 4 %
Information, kundcenter	Ca 7 %
Analys, uppföljning, utvärdering	Ca 2 %
Efterhandskontroller m.m.	Ca 71 %
IT-stöd	Ca 12 %
Övrigt	Ca 4 %

En övervägande del av resurserna används för efterkontroller, därefter kommer resurser för IT-stöd och därefter information.

9.5.2 Kostnader för vårdgivarna

Konsekvensbedömningar före reformens genomförande

Utformningen av det nya tandvårdsstödet skulle enligt förarbetena till reformen ta hänsyn till ett antal problem kring vårdgivarnas administration och medföra förenklingar framför allt genom följande förändringar¹⁴:

¹³ De totala utvecklingskostnaderna för prisjämförelsetjänsten har varit 30 mkr på Försäkringskassan och 15 mkr på 1177.se, dvs. sammanlagt 45 mkr.

¹⁴ Prop. 2007/08:49, s.155 f.

- Det nya stödet är förhållandevis enkelt i sin konstruktion och bygger i stor utsträckning på generella regler.
- Försäkringskassan fick i uppdrag att utveckla ett användarvänligt och ändamålsenligt IT-stöd. Genom att kommunikationen mellan vårdgivarna och Försäkringskassan skulle ske elektroniskt skapades förutsättningar för en effektiv uppgiftslämning och lägre administrativa kostnader för vårdgivarna.
- Försäkringskassan blev skyldig att betala ut ersättning från tandvårdsstödet till vårdgivaren inom två veckor från det att ansökan om ersättning har kommit in till myndigheten, såvida det inte föreligger särskilda skäl.
- Förhandsprövningarna skulle tas bort utom i vissa speciella situationer där de bedömdes nödvändiga. Ett förtydligat regelverk skulle göra det möjligt för vårdgivaren att på förhand själv utläsa vilka tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigande och vilka som inte är det.

Regeringen bedömde att förslagen på dessa punkter skulle innebära en minskning av vårdgivarnas administrativa kostnader jämfört med det tidigare systemet.

Att vårdgivaren åläggs skyldigheter att lämna information om priser och tandhälsa till patienterna syftar till att stärka patientens ställning och förbättra konkurrensen, vilket bedömdes endast innebära marginella förändringar av vårdgivarnas kostnader.

På några punkter skulle vårdgivarnas skyldigheter utökas, framför allt genom att systemet förutsätter att aktuella uppgifter om patienternas tandvårdskonsumtion, dvs. samtliga utförda åtgärder, löpande registreras. Genom att vårdgivarna skulle lämna de nödvändiga upplysningarna elektroniskt i ett för ändamålet anpassat nytt IT-system skapades enligt propositionen förutsättningar för att vårdgivarnas administration inte skulle öka. Kravet på elektronisk kommunikation skulle innebära en investeringskostnad för de vårdgivare som inte har den utrustning som krävs. Denna kostnad bedömdes dock vara av begränsad omfattning. Alternativet skulle främst vara en manuell löpande registrering eller en löpande registrering som sker genom att patienten har ett kort eller dylikt. Båda dessa alternativ skulle sannolikt leda till en högre administrativ börda för vårdgivarna.

Utöver att lämna uppgifter om åtgärder m.m. skulle vårdgivarna också lämna ett fåtal uppgifter om tandhälsa och priser som behövs för styrningen och uppföljningen av tandvårdsstödet. Även dessa uppgifter bedömdes vara begränsade och bör normalt vara lätta för vårdgivarna att ta fram ur journaler och ur prislistan.

Sammantaget var regeringens bedömning att företagens administrativa kostnader kommer att minska till följd av förslagen. Initialt kommer dock sannolikt kostnaderna att ligga på en något högre nivå än den som långsiktigt kan förväntas.

Skyldigheten för Försäkringskassan att betala ut tandvårdsstödet inom två veckor skulle enligt regeringen komma att stärka inte minst små företags likviditet.

Reformens effekter för vårdgivare de första åren efter reformen

Som ett led i den dåvarande regeringens strävan att minska företagens administrativa kostnader gavs Tillväxtverket i uppdrag att mäta sådana kostnader, bl.a. för hälso- och sjukvårdsområdet. En basmätning gjordes för 2006 och den uppdaterades sedan, bl.a. avseende år 2008, då tandvårdsreformen genomfördes.¹⁵ Mätningen genomfördes utifrån standardkostnadsmodellen, ett verktyg för regelförbättring som identifierar vilka krav i svensk lagstiftning som ger upphov till administrativa kostnader. En av de största ökningarna inom detta område härrörde från den nya tandvårdsreformen.

Enligt Tillväxtverket ökade de administrativa kostnaderna för vårdgivarna från 82 miljoner kronor till 378 miljoner kronor i och med införandet av den nya tandvårdsreformen. De flesta av de företag som intervjuades ansåg generellt att tanken med den nya reformen är bra, men att den har införts alltför snabbt och med alltför många problem i IT-stödet. Ett antal synpunkter och förslag på förbättringar av IT-stödet redovisades.

Den nya reformen innebar således, enligt rapporten, mer administrativt arbete. Men samtidigt ansåg tandläkarna att det går fortare att utföra de nya uppgifterna allt eftersom. En del av den

¹⁵ Tillväxtverket (2009) *Näringslivets administrativa kostnader för hälso- och sjukvårdsområdet. Uppdatering 2008.*

mätta tiden kunde hänföras till inkörningsproblem, och vissa moment bedömdes komma att minska i tid när tandläkarna blir mer vana vid hanteringen av det nya tandvårdsstödet och IT-systemet fungerar bättre.

Tabell 9.5 Jämförelse av kostnader mellan den gamla och den nya tandvårdsförsäkringen (avrundade belopp), 2008

Nya tandvårdsstödet	Kostnad (tkr)
Ersättningsbegäran	159 000
Undersökningsprotokoll	132 500
Skriftlig behandlingsplan(för mer omfattande behandlingar)	79 500
Kvitto	8 300
Efterhandskontroll	6 700
Totalt, ca	380 000
Gamla tandvårdsstödet	Kostnad (tkr)
Tandvårdsräkning (samlingsräkning)	68 700
Ansökan om förhandsprövning (inkl terapiplan)	13 600
Lämna upplysningar till Försäkringskassan eller domstol i ärenden	Ingen uppgift
Totalt, ca	80 000

Källa: Tillväxtverket

Med hjälp av Tillväxtverkets databas Malin kan man följa utvecklingen av de privata företagens administrativa kostnader i olika branscher. Enligt uppgifter i Malin uppgår de administrativa kostnaderna för tandvårdsbranschen till omkring 390 miljoner kronor både åren 2009 och 2012 vilket, om det stämmer, skulle innebära att de administrativa kostnaderna fortfarande ligger på samma nivå som det år reformen genomfördes. De beräkningar som görs i databasen bygger på samman antaganden som man hade för 2008 när det gäller t.ex. tid per patient för administration, lönekostnad per timme osv. Man har således inte beaktat förändringar och effektiviseringar som gjorts t.ex. genom förbättrade journal-system och en större andel tandhygienister, vilket gör uppgifterna svårbedömda och sannolikt mindre tillförlitliga.

I Statskontorets rapport från 2009 om Försäkringskassans genomförande av stödet¹⁶ gjordes bedömningen att den administrativa bördan för vårdgivarna inte hade minskat; snarare tvärtom. Detta var emellertid fortfarande i reformens början, vilket också framhölls av Statskontoret.

I utredningens enkät bland verksamma behandlare ställdes frågan om huruvida man ansåg att ett system med efterhandskontroller var mer tidskrävande än ett system med förhandsprövningar. En majoritet svarade att efterhandskontroller är mindre tidskrävande.

¹⁶ Statskontoret (2009) *Införandet av ett nytt tandvårdsstöd. Granskning av Försäkringskassans genomförande av tandvårdsstödet. Delrapport: Status i februari 2009.*

10 Patienten i tandvården

Sammanfattande slutsatser i kapitlet:

- Kännedomen om tandvårdsstödet har ökat och om man jämför med andra områden ligger den på ungefär samma nivå eller högre. Fortfarande är det dock många människor som inte känner till stödet eller har kunskap om dess innebörd.
- Tandvårdspatienters kunskap om referenspriser och fri prissättning är låg.
- Patienter respektive behandlare i tandvården har litet olika bilder av hur mycket information man får/ger om kostnadsförslag och priser m.m. i samband med besök och behandling.
- Patienter i tandvården är inte särskilt priskänsliga, vilket bl.a. kan bero på att man gärna sätter likhetstecken mellan pris och kvalitet – eftersom det saknas objektiva underlag för att bedöma kvalitetsaspekter för olika vårdgivare och mottagningar. Det finns vissa undersökningar som på en övergripande nivå mäter patienternas uppfattning om bemötande m.m. i tandvården, och de ger en väldigt positiv bild. Tandvården skiljer sig dock väsentligt från t.ex. hälso- och sjukvård och äldreomsorg där man sedan länge gör omfattande patient/brukarundersökningar och där resultaten publiceras på enhetsnivå.
- Ingen myndighet eller organisation har det övergripande ansvaret för information till allmänheten om tandvård och olika tandvårdsstöd. Försäkringskassan har ett allmänt ansvar när det gäller det statliga stödet men ger ingen riktad information till allmänheten eller specifika målgrupper.

- Det finns ingen sammanhållande instans som kan ge patienten/konsumenten rådgivning om tandvård och tandvårdsstöd.
- Prisjämförelsetjänsten kan inte utvärderas eftersom den används i väldigt liten utsträckning. Anslutningen av privata tandläkare är mycket begränsad. Redovisningen av listpriser ger inte en fullständig information och tjänsten saknar kvalitetsindikatorer. Statens styrning av tjänsten och dess utformning har varit begränsad.
- Tandvårdspatienter har ett svagt konsumentskydd och det finns inga bestämmelser som reglerar när ett fel kan anses ha uppstått eller hur det kan reklameras.
- Det finns ingen gemensam klagomålshantering för tandvårdspatienter.
- Patienter hos de flesta privata vårdgivare som inte är medlemmar i Privattandläkarna har ingenstans att vända sig med klagomål.

10.1 Inledning

En grundpelare i tandvårdsreformen var att patienternas ställning skulle stärkas. I förarbetena pekade regeringen bl.a. på att kännedomen hos allmänheten om hur dagens tandvårdsstöd fungerar är relativt begränsad och att det verkar vara få personer som jämför priser på behandlingar mellan vårdgivare. Vidare konstaterade regeringen att marknaden för tandvård karaktäriseras av låg patientrörlighet mellan olika vårdgivare och att det därför var särskilt viktigt att patienterna gavs förbättrad information. Genom detta skulle de även bli mer prismedvetna och kunna fatta bättre beslut om sin tandvård.

Kännedom om stödet har sannolikt betydelse för benägenheten att besöka tandvården. Pris- och kvalitetsmedvetenhet bidrar sannolikt till att patienten gör mer rationella val.

I lagen om statligt tandvårdsstöd infördes flera bestämmelser för att stärka patienten och utveckla konkurrensen på tandvårdsmarknaden. En utökad skyldighet för vårdgivarna att lämna

information i samband med besök skulle stärka patientens ställning som konsumenter på tandvårdsmarknaden och deras möjligheter att jämföra priser. Syftet var att fler tandvårdspatienter skulle bli aktiva konsumenter, vilket i sin tur skulle gynna konkurrensen och pressa priserna på tandvård. Referenspriserna skulle bli vägledande för patientens bedömning av om den egna vårdgivaren är dyr eller billig. Prisjämförelsetjänsten skulle underlätta dessa prisjämförelser.

I detta kapitel redogörs för vad vi vet om kännedomen om tandvårdsstödet och dess betydelse, om patienters kunskap om priser och kvalitet m.m. samt hur informationsarbetet bedrivs och vilka möjligheter patienten har att kunna jämföra priser och att driva sina rättigheter i tandvården.

Kapitlet behandlar inte frågor om information till vårdgivare och verksamma behandlare i tandvården.

10.2 Kännedomen om det statliga tandvårdsstödet har ökat men kan bli bättre

Tandvårdsreformen byggde på att tandvårdsstödet skulle vara väl känt för allmänheten.

Flera olika myndigheter har studerat befolkningens kunskap om det statliga tandvårdsstödet och bedömt att kännedomen om det statliga tandvårdsstödet är låg.¹ Sammanfattningsvis har studier som Försäkringskassan, Socialstyrelsen och Riksrevisionen genomfört under tiden 2009–2012 visat att;

- 50–60 procent av befolkningen känner till ATB men betydligt färre vet hur stort det är
- 50–70 procent av befolkningen vet att det finns ett högkostnads-skydd men betydligt färre vet vid vilket belopp det träder in
- få känner till referenspriserna och att de ligger till grund för beräkningen av högkostnadsskyddet
- kännedomen om tandvårdsstödet ökar i takt med stigande ålder

¹ Se bl.a. Försäkringskassan (2011) *Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen*, Socialstyrelsen (2010) *Befolkningens tandhälsa* samt Riksrevisionen (2012) *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?*

En jämförelse kan göras mellan tandvårdsområdet och vad som visats om kännedomen inom några andra områden.

- 60 procent av internetbefolkningen² vet vad Fairtrade är (2014)
- 51 procent av befolkningen vet vad insättningsgarantin är (2014)
- 48 procent av befolkningen över 15 år vet att rådgivare hos banker, mäklare och kapitalförvaltare måste vara licensierade (2008)
- 30 procent av befolkningen har kännedom om vårdgarantin (2013)

Lägst kännedom om vårdgarantin hade grupper som också har låg kännedom om det statliga tandvårdsstödet, t.ex. unga, män, personer med enbart grundskoleutbildning och personer födda utanför Norden. Riksrevisionen (m.fl.) har visat att kännedomen om tandvårdsstödet är lägre i vissa grupper i samhället, vilket sannolikt har viss betydelse för benägenheten att uppsöka tandvården.

Även om kännedomen om tandvårdsstödet är låg i vissa grupper är det, vid en jämförelse med andra områden, ändå tveksamt om allmänhetens kännedom om tandvårdsstödet kan anses vara låg rent generellt. Det är t.ex. två tredjedelar av befolkningen som känner till högst kostnadsskyddet men endast en tredjedel får del av det.

Utredningen har under hösten 2014, tillsammans med TLV, genomfört en enkät till ett urval av befolkningen för att fråga om priskänslighet och information m.m. inom tandvården.³ Även frågor om kännedomen om stödet har funnits med. Resultaten av enkäten visar bl.a. att det sedan 2012 har skett en viss förbättring av kännedomen om ATB medan kännedomen när det gäller högst kostnadsskyddet är oförändrad.

Oavsett hur man väljer att tolka resultaten av de undersökningar som finns kan konstateras att det finns potential för förbättring. Genom att öka kännedomen hos allmänheten skulle stödet bättre kunna nå de grupper där kännedomen är lägst.

² Internetbefolkningen är den del av befolkningen som använder internet, i detta fall var målgruppen 15–79 år.

³ Se bilaga 4.

Samtidigt visar dock TLV:s undersökning att de som är bekanta med tandvårdsstödet inte besöker tandvården så mycket oftare än de som inte är bekanta med det (när man kontrollerar för andra faktorer som ålder och kön). Det är inte säkert att ökad kunskap ökar besöksbenägenheten men det finns ändå skäl att förmoda att de som har mindre ekonomiska marginaler blir mer positivt inställda till att besöka tandvården om man känner till möjligheten att få subvention för utgifter för tandvård.

Mot den beskrivna bakgrunden finns det fortfarande en utmaning i att en ganska stor del av befolkningen inte är närmare bekanta med stödet och de möjligheter som finns att få subvention för sin tandvård. Detta pekar mot att det finns ett behov av en ökad aktivitet från myndigheternas sida för att sprida mer kunskap om stödets innebörd och betydelse för tandvårdskostnaderna.

10.3 Vad vet patienter om pris och kvalitet i tandvården?

Tandvårdsreformen förutsatte att patienterna skulle vara pris- och kvalitetsmedvetna tandvårdskonsumenter på en marknad med fri konkurrens och fri prissättning. Det finns skäl att ifrågasätta om så har blivit fallet – något som utredningen bedömer sannolikt har påverkat både utnyttjandet av stödet och prinsnivåerna inom tandvården.

10.3.1 Tidigare studier

I en rapport från Konsumentverket från 2010 ges några generella förklaringar till varför konsumenter är mindre benägna att göra några val på vissa marknader, bl.a. tandvård.⁴ Konsumenterna är ofta oengagerade – det krävs missnöje, förändrad livssituation eller väldigt förmånligt erbjudande för att de ska byta leverantör. Vidare saknar konsumenterna tillräcklig information – och otillräcklig kunskap och information gör att man gärna stannar hos den leverantör man har. Slutligen är konsumenterna lojala – en god

⁴ Konsumentverket (2010) *Konsumenters information om och val av leverantör på sex omreglerade marknader*.

personlig relation till leverantören gör att man inte söker information om alternativ. Generellt sägs att ju mer utelämnad konsumenten känner sig om relationen bryts, desto mer lojal är konsumenten. En slutsats av denna rapport är att det finns vissa inbyggda svårigheter på tandvårdsmarknaden men att en bättre kunskap och information kan bidra till förbättringar.

Konkurrensverket presenterade 2013 en rapport om konkurrensen på vissa marknader, bl.a. tandvård.⁵ En av huvudslutsatserna när det gäller tandvården är att en nödvändig väg till en bättre konkurrens är att stärka patientens ställning. I dag har patienterna ett informationsunderläge gentemot vårdgivaren/behandlaren och en begränsad möjlighet att jämföra pris och kvalitet. Det leder bl.a. till att patienterna väljer vårdgivare främst utifrån förtroende och inte utifrån pris. Patienten riskerar att fastna i en relation med vårdgivaren som kan leda till inlåsningseffekter. Det blir också svårare för nya vårdgivarkoncept att etablera sig. Vidare är förutsättningarna för pris- och kvalitetskonkurrens bristfälliga. Verktygen för i synnerhet kvalitetsjämförelser är bristfälligt utvecklade vilket öppnar för prisdiskriminering av patienter, när vårdgivare väljer att inte redovisa sina priser i prisjämförelsetjänsten. Konkurrensverket ger också ett antal förslag till konkurrensfrämjande åtgärder, bl.a. att det bör bli obligatoriskt att tillhandahålla uppdaterade prislistor i prisjämförelsetjänsten på 1177, att kvalitetsindikatorer för tandvården bör identifieras och publiceras på jämförelsesajten och att Försäkringskassan bör få i uppdrag att informera om tandvårdsstödet. Informationsinsatsen ska rikta sig även till de som i dag inte besöker tandvården. Vidare sägs att man bör överväga att införa en sammanhållen journalföring i tandvården i syfte att öka patienternas möjlighet att byta tandläkare.

Det gemensamma budskapet i de refererade rapporterna är att det behövs åtgärder för att öka patienters pris- och kvalitetsmedvetenhet inom tandvården och att information är en nyckelfaktor.

⁵ Konkurrensverket (2013) *Ökad konkurrens för bättre tandhälsa*.

10.3.2 Tandvårdspatienters prismedvetenhet

Som redovisats ovan i avsnitt 10.2, har undersökningar visat att det är få personer som känner till den fria prissättningen och referenspriserna i tandvården. Det är också få som känner till att referenspriset ligger till grund för beräkning av högkostnadsskyddet och att det även ska kunna fungera som ett jämförelsepris. Utredningens enkät bland behandlare⁶ har också visat att referenspriset är den punkt där dessa själva anser att de ger minst information till patienterna. Det skulle kunna tolkas som att tandvårdsmarknadens förutsättningar att fungera som det var tänkt är något begränsade.

Som tidigare nämnts har TLV och utredningen genomfört en enkätundersökning om tandvårdsmarknadens funktionssätt m.m.⁷ I undersökningen ställdes ett antal frågor bl.a. om kunskapen om stödet och tandvårdspriser. Av undersökningen framkommer bl.a. följande:

- Kännedomen om vad några vanliga tandvårdsbehandlingar kostar var relativt god, men sämre hos dem som inte har besökt tandvården de senaste två åren.
- Endast fyra procent av deltagarna hade jämfört priser i tandvården det senaste året. 96 procent kände inte till prisjämförelsetjänsten för tandvård.
- Patienter sätter stort värde på rekommendationer av behandlare/klinik, vilket i praktiken är den enda indikation på kvalitet som patienter har i dag. En rekommenderad behandlare kan ta ut betydligt högre priser av patienten än en för patienten helt okänd behandlare.
- Omkring 25 procent av enkättagarna hade bytt tandvårdsbehandlare de senaste tre åren och av dessa sökte drygt hälften information inför bytet. 47 procent trodde inte att det gick att hitta en tandläkarmottagning som erbjuder lägre pris med samma kvalitet. 55 procent trodde inte att det gick att hitta en mottagning som erbjöd bättre vård för samma pris.

⁶ Se bilaga 3.

⁷ Undersökningen omfattade 4 000 individer som utgjorde ett representativt urval av den vuxna befolkningen. Se bilaga 4.

En viktig slutsats av undersökningen är att möjligheterna att jämföra priser för tandvård behöver utvecklas och marknadsföras mer. En annan är att tandvårdspatienter behöver ett bättre stöd för bedöma kvaliteten hos olika tandvårdsproducenter.

10.3.3 Hur mäts kvaliteten i tandvården

Det finns olika sätt att se på begreppet kvalitet. Kvalitet kan ses ur flera perspektiv; vad utföraren anser att kvalitet är, hur brukarna uppfattar kvalitet och därutöver även samhällets syn på kvalitet. Hur kvalitet uppfattas beror bl.a. på vilka förväntningar som finns.

Nationella kvalitetsregister

Sedan några år pågår uppbyggnaden av nationella kvalitetsregister i tandvården; det mest omfattande är Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa). Nationellt Kvalitetsregister för Dentala Implantat (NQRDI) är än så länge ganska begränsat i omfattning.

De grundläggande syftena med SKaPa-registret är att

- förbättra och utveckla vårdens kvalitet och behandlingsresultat för såväl förebyggande som sjukdomsbehandlande och reparativa/operativa metoder avseende tandsjukdomarna karies och parodontit
- bidra till verksamhetsutveckling inom tandvården
- stödja utveckling av nationella riktlinjer

Vid utgången av 2013 var det 15 landsting/folktandvårdsenheter och en privat klinik som rapporterade data till SKaPa. Registrets databas innehåller uppgifter om ca 3,1 miljoner unika patienter.

Till registret rapporteras uppgifter om patienternas tandstatus, undersökningsintervall, sjukdomsförekomst, utförda behandlingar, orsaker till behandlingar, utveckling över tid efter diagnosticerad sjukdom, förebyggande behandlingar etc.

Nationella undersökningar m.m.

Det finns vissa övergripande undersökningar på nationell nivå om hur patienter uppfattar kvaliteten i tandvården och dessa undersökningar ger en positiv bild.

Socialstyrelsens nationella utvärdering av tandvårdens kvalitet visar att majoriteten av befolkningen är nöjda med tandvården.⁸ 95 procent anser sig ha blivit respektfullt bemötta när de besökt tandvården. De allra flesta patienter är nöjda med bemötandet i tandvården och med den information de får för att själva kunna förebygga tandsjukdomar. Samtidigt visar resultaten också att personer födda utanför Europa, arbetssökande, låginkomsttagare och lågutbildade känner sig respektfullt bemötta i lägre utsträckning än genomsnittet. Enligt Socialstyrelsen har vårdgivarna inte lyckats särskilt väl med sitt informationsansvar. Endast 33 procent av de som fått en omfattande behandling uppger att de fått tillräcklig information om behandlingsalternativ. Födelseland och socioekonomiska faktorer har stort genomslag i denna fråga.

Svenskt Kvalitetsindex (SKI) har gjort mätningar inom tandvården sedan 2004. Det som mäts är områdena image, förväntningar, upplevd kvalitet och prisvärdhet. Både privattandläkare och folktandvården har mycket nöjda patienter. Under åren 2009-2014 har tandvården haft ett nöjdhetsindex på mellan 79,4 och 82,7. Allt över 65 brukar räknas som godkänt. Mätningarna visar att patienterna inom tandvården har höga förväntningar på tjänsten och att de flesta patienter upplever att tjänsten lever upp till dessa höga förväntningar. Mest nöjda är patienterna med den upplevda kvaliteten på tandvården och minst nöjda med prisvärdheten.

Patientbedömd kvalitet

De refererade undersökningarna ger en övergripande bild av hur patienter i allmänhet uppfattar kvaliteten i tandvården. Kvalitetsregistren ska framför allt ligga till grund för en utveckling av tandvården utifrån ett verksamhetsmässigt och professionellt perspektiv.

⁸ Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering tandvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.*

För att tandvårdsmarknaden ska fungera som tänkt finns det dock ett stort behov av att också kunna mäta kvaliteten på en viss tandvårdsmottagning för att patienter ska kunna bedöma kvalitet och kunna ställa det mot pris. Här finns bra exempel från andra verksamhetsområden; framför allt primärvården och äldreomsorgen där landstingen och regionerna respektive Socialstyrelsen genomför årliga enkätundersökningar om bemötande etc.⁹ Resultaten publiceras på enhetsnivå och ska bl.a. kunna ligga till grund för patienters och brukares val av utförare.

Många vårdgivare i tandvården gör patientenkäter för att följa upp verksamheten och patienternas syn på bemötande, väntetider osv. Inom folktandvården görs vissa enkäter men med litet olika tidsintervall och inriktning. Vissa enkäter har varit gemensamma för flera landsting/regioner (inom ramen för folkhälsoarbetet) men många utformas individuellt i respektive landsting utifrån de behov man anser sig ha. När det gäller privata vårdgivare så finns ingen samlad bild. Inom Praktikertjänst finns patientenkäten med som en del i ledningssystemet, och det finns en ”standardenkät” sedan 2010 som mottagningarna kan använda om de vill. Enligt uppgift är det dock ingen bred användning; uppskattningsvis mellan 100 och 200 mottagningar (av totalt ca 1 900). Man gör heller inga samlade uppföljningar av resultaten, varken för folktandvården eller för den privata tandvården.

Allmänt kan sägas om nuvarande patientenkäter inom tandvården att de inte sker systematiskt, att de görs utifrån olika syften och att de inte regelmässigt publiceras öppet så att patienterna kan ta del av resultaten.

Den tidigare nämnda enkätundersökningen i befolkningen som TLV och utredningen har gjort visar på att patienter saknar kvalitetsmått i tandvården. Utredningen har i sin enkätundersökning till aktiva behandlare i tandvården bl.a. frågat om åtgärder för att stärka patientens ställning. En mycket stor del av respondenterna tycker att det är viktigt att inhämta patienternas synpunkter på bemötande och kvalitet. Endast en mindre del (10 %) anser dock att resultaten ska redovisas öppet – något som kan indikera en viss

⁹ Se webbplatsen Nationell patientenkät på <http://nep.skil.se>. samt Socialstyrelsen (2014). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2014*. Se också Äldreguiden på Socialstyrelsens webbplats.

ovana och därmed också rädsla och skepsis inför tanken på att öppet publicera sådana resultat. Här har andra områden i välfärden kommit betydligt längre än tandvården bl.a. genom utvecklingen av Öppna Jämförelser inom olika verksamhetsområden.¹⁰ Det finns således ett stort utrymme för utveckling i detta hänseende för tandvården.

10.4 Vem ger information om tandvård och tandvårdsstöd

Tandvårdsreformen byggde på att det finns en hög kännedom om stödet och på att patienterna är upplysta om priser och kvalitet m.m. Frågan är om den skapade tillräckligt goda förutsättningar för att detta skulle bli verklighet.

Ansvar för tandvårdsstödet, vilket också gäller informationen om stödet, ligger på flera myndigheter och organisationer. Utifrån vad som anfördes i förarbetena till lagen om statligt tandvårdsstöd, skulle Försäkringskassan ha det övergripande ansvaret, men även TLV, genom Nämnden för tandvårdsstöd, och landstingen genom 1177.se skulle också ha en viktig roll.¹¹ Ett stort ansvar lades också på vårdgivarna att informera patienterna, vilket innebär att det främst är de personer som har kontakt med tandvården som får del av den informationen; däremot inte de som inte kommer dit.

Information om tandvårdsstödet hänger också nära samman med annan information om tandvården och om priser och kvalitet m.m.

10.4.1 Olika målgrupper för informationen

Information om tandvård kan t.ex. handla om vårdinnehåll, vårdutbud, patientens rätt, konsumentaspekter, egenvård, tandvårdsstöd eller vad det kan kosta att gå till tandvården. Allmänheten behöver viss information och tandvårdspatienten en annan. Vilken

¹⁰ Publikationer med Öppna Jämförelser tas fram inom en rad områden: Skola, gymnasieskola, äldreomsorg, hälso- och sjukvård, folkhälsa m.fl. Publikationerna tas fram av SKL och för vissa områden också av Socialstyrelsen. Se www.skl.se

¹¹ Prop. 2007/08:49, s. 143 f.

information som behövs och hur den bör utformas och förmedlas är alltså beroende av vilken målgrupp som informationen är avsedd för och i vilket skede man behöver informationen – innan, under eller efter en behandling eller undersökning.

Grovt sett kan man säga att information om tandvård och tandvårdsstöd har två olika målgrupper.

- Allmänheten
 - information till den breda allmänheten, t.ex. om vilken typ av stöd som finns och betydelsen av regelbundna besök
 - riktad information till den del av allmänheten som inte går till tandvården trots behov
 - information till de som planerar att besöka tandvården, t.ex. om priser och kvalitet för att kunna välja vårdgivare (prisjämförelsetjänsten)
- Tandvårdspatienter
 - information i samband med besök, t.ex. om olika behandlingsalternativ, pridförslag, garantier, referenspris m.m.
 - information efter besök t.ex. hur klagomålshanteringen inom tandvården fungerar.

Olika aktörer i tandvården kommer in i olika skeden med olika typer av information.

10.4.2 Olika aktörer som informerar om tandvård och tandvårdsstöd

Ansvar för information om tandvård och tandvårdsstöd är spridd på ett antal olika aktörer med delvis olika roller och ingångar. Det finns egentligen ingen instans som har det övergripande ansvaret för information om tandvård på samma sätt som t.ex. inom sjukvården, där landstingen och regionerna är huvudmän, huvudfinansiärer och ytterst ansvariga.¹² Enligt tandvårdslagen (1985:125) har landstingen ett övergripande ansvar för befolkningens tandvård

¹² I det följande avses med "landsting" såväl landsting som regioner.

och tandhälsa och ett särskilt ansvar för barn- och ungdomsvården.¹³ Vad gäller vuxentandvården är dock landstingen även utförare och konkurrerar på en marknad med andra, privata, utförare som inte har något avtal eller annan formell koppling till landstingen. Det övergripande ansvaret kan, främst genom tandvårdsstödet, sägas vila på staten. Hur informationsansvaret i praktiken ser ut redovisas i det följande.

Försäkringskassan

I förarbetena till lagen om statligt tandvårdsstöd konstaterade regeringen att Försäkringskassan, i genomförandet av reformen, har ansvaret för utbildning och information, såväl till vårdgivare som till allmänheten.¹⁴ Med hänvisning till Försäkringskassans ansvar för att informera vårdgivarna om dagens statliga tandvårdsstöd ansåg regeringen det naturligt att myndigheten också skulle ansvara för informationsinsatser rörande det nya tandvårdsstödet.

Enligt regeringen skulle det krävas informationsinsatser riktade till patienter och vårdgivare men även mer kontinuerliga insatser som riktar sig till vissa grupper, exempelvis 20-åringar i samband med att de för första gången blir berättigade till statligt tandvårdsstöd. Det borde också finnas information i form av broschyrer och upplysningar på Försäkringskassans hemsida som enskilda vid behov kan ta del av. I propositionen betonade regeringen att Försäkringskassan bör överväga särskilda informationsinsatser för att nå grupper som kan ha svårt att ta till sig sådan information. Det informationsansvar som regeringen ansåg att Försäkringskassan skulle ha gentemot allmänhet och patienter kom dock inte till uttryck i någon bestämmelse i lagen eller förordningen om statligt tandvårdsstöd, inte heller i myndighetens instruktion.

Enligt Försäkringskassans instruktion ska myndigheten ”ge information till berörda om socialförsäkringen och de övriga förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för”. Vilken information som ska lämnas till vem och hur detta ska göras finns

¹³ 5–10 §§ tandvårdslagen (1985:125).

¹⁴ Prop. 2007/08:49, s. 143.

inte reglerat, varken i instruktionen eller i de regleringsbrev som regeringen lämnar varje år.

Försäkringskassans roll när det gäller information om tandvårdsstödet skiljer sig i vissa avseenden från den roll som Försäkringskassan har gällande andra förmåner. Det beror kanske främst på att det inte är patienten utan vårdgivaren som Försäkringskassan har mest kontakt med och som därmed uppfattas som "primärkund". Till följd av detta har Försäkringskassan främst valt att rikta informationen om tandvårdsstödet till vårdgivarna och även sett dessa som en effektiv informationskanal till patienter och allmänhet.

När det gäller informationen till allmänheten om tandvårdsstödet använder sig Försäkringskassan av sina olika "baskanaler". På Försäkringskassans hemsida finns mycket information för både allmänhet, patienter och vårdgivare om tandvårdsstödet. På hemsidan kan man även gå in på "Mina sidor" (Kassakollen) där man bl.a. kan se hur mycket man kan få i ATB och högkostnadsskydd. Försäkringskassans kundcenter för privatpersoner (KC) kan besvara vissa frågor om tandvårdsstöd men kan inte ge information om individuella ärenden eftersom de inte har tillgång till den databas där samtliga uppgifter om tandvårdsstödet finns. Vårdgivare som har frågor om tandvårdsstödet kan vända sig till Kundcenter för partners (KCP) med sina frågor. Många samtal från kundcentret för privatpersoner kopplas i dag vidare till KCP. Försäkringskassan kan därigenom ge ett bättre stöd främst till dem som får tandvårdsstöd i form av högkostnadsskydd, dvs. kommer upp i 3 000 kronor eller mer.

Utöver sina "baskanaler" för information och service bedriver Försäkringskassan vissa informationskampanjer och gör särskilda insatser inom olika förmånsområden. Vad gäller tandvårdsstödet planerades en bred informationskampanj för allmänheten hösten 2008 men den ställdes in. I stället använde Försäkringskassan vårdgivarna som en informationskanal och stöttade dem i deras arbete. Under hösten 2009 gjorde Försäkringskassan en kampanj om ATB som riktade sig till personer mellan 20 och 29 år. Kampanjen hette "300kr.se" och var en digital kampanj där man genom att ge exempel som unga kände till på vad man kan få för 300 kronor (två t-shirts, ett träningskort en månad osv.) kunde sätta in tandvårdsbidraget i ett ekonomiskt sammanhang och göra summan mer begriplig. Efter denna kampanj har Försäkringskassan inte haft några liknande

aktiviteter kring tandvård förrän i samband med införandet av det särskilda tandvårdsbidraget (STB) 2013 då Försäkringskassan fick ett uppdrag och särskilda pengar för informationsinsatser för att sprida kunskap om det nya stödet. Man utnyttjade detta tillfälle till att också ge viss allmän information om de övriga statliga tandvårdsstöden.

Under tandvårdsstödet första tid fanns det broschyrer om tandvårdsstödet i väntrummen hos vårdgivarna och under 2009 gjordes även en mindre insats där information om tandvårdsstödet visades på TV-skärmar i väntrum hos vårdgivare. Utöver baskanalerna och särskilda informationskampanjer medverkar Försäkringskassan löpande i den största branschtidningen, Tandläkartidningen, där nästan varje nummer har någon artikel med koppling till tandvårdsstödet eller Försäkringskassan. Försäkringskassan annonserar även löpande i pensionärstidningar, i första hand riktat till personer som fyllt 75 år angående deras högre ATB. Försäkringskassan har medverkat vid bl.a. Nationella munhälsodagen respektive den odontologiska riksstämman, där man når både patienter, vårdgivare och behandlare. Man har också givit information t.ex. till studenter.

Andra statliga myndigheter

Utöver Försäkringskassan ansvarar även TLV och Socialstyrelsen för det statliga tandvårdsstödet.

Socialstyrelsens uppgifter på tandvårdsområdet är bl.a. att utarbeta nationella riktlinjer och övergripande nationella indikatorer för god tandvård. TLV ska enligt sin instruktion informera berörda om sin verksamhet inom tandvårdsområdet. TLV ska även informera om de beslut som fattas av Nämnden för statligt tandvårdsstöd.

Varken Socialstyrelsen eller TLV har något uppdrag att ge allmänheten information vare sig om tandvård eller tandvårdsstöd.

Det finns även andra myndigheter som inte har något direkt informationsansvar när det gäller tandvård eller tandvårdsstöd, men som ändå får frågor kring detta genom sin verksamhet. Det gäller t.ex. IVO, som har ansvaret för tillsynen över tandvården. Det gäller också Konsumentverket och kommunernas konsumentvägledare som ska ge stöd och råd till konsumenter.

Landstingen och 1177.se

Landstingen har viss information om tandvård och tandvårdsstöd på sina hemsidor. Det handlar främst om barn- och ungdoms-tandvården, tandvård för äldre och funktionshindrade m.m. samt information om folktandvården.

Landstingens ansvar för information och rådgivning kring tandvårdsstödet togs i propositionen upp i samband med att man avfärdade den tidigare utredningens förslag om en särskild rådgivningsbyrå för tandvårdspatienter. I stället bedömdes att den lämpligaste instansen för sådan rådgivning är webbplatsen sjukvårdsrådgivningen.se (numera 1177.se).¹⁵

Det finns i dag en omfattande information om vård och vårdmottagningar på 1177.se. som är en samlingsplats för kunskap och tjänster inom hälsa och vård från alla Sveriges landsting och regioner, vilka också äger, styr och driver 1177.se Där finns information om sjukdomar, behandlingar, regler och rättigheter. Man kan också kontakta sjukvårdsrådgivningen, hitta och jämföra vårdmottagningar, och använda olika typer av e-tjänster för att kontakta vården. Varje landsting/region driver sin egen sjukvårdsrådgivning men ingår i ett nationellt nätverk och följer nationella kvalitetsnormer.

Webbplatsen vill erbjuda både kvalitetssäkrad och användarvänlig information samt tjänster som underlättar den egna och närståendes kontakter med vården. 1177.se vill också främja hälsa, öka allmänhetens kunskap och stärka patientens ställning men även vara en informationskälla för andra intressenter. Tanken med 1177.se är att den ska vara ett stöd för patienterna.

Merparten av den information som ligger på 1177.se gäller sådan vård som i stort sett är fullt ut finansierad av landstingen. För sådan vård har landstingen ett mera tydligt, samlat ansvar både för vården och för att arbeta utifrån ett folkhälsoperspektiv. Vuxentandvården skiljer sig från övriga hälso- och sjukvården eftersom det, förutom landstingen, är staten som finansierar en ganska stor del och att den i övrigt bygger på patienternas egenfinansiering.

Det finns en omfattande information om tandvård och tandvårdsmottagningar på 1177.se – och även om det statliga tandvårds-

¹⁵ Prop. 2007/08:49, s. 128 f.

stödet. På 1177.se finns också prisjämförelsetjänsten för tandvård (se avsnitt 11.5).

Vårdgivarna

Vårdgivaren har ett omfattande ansvar gentemot patienten när det gäller att lämna information om den planerade och utförda vården. I förordningen om statligt tandvårdsstöd regleras vårdgivarens skyldigheter gentemot patienten, varav de flesta gäller skyldigheten att lämna information. Vårdgivaren är också ytterst ansvarig för att även de hos vårdgivaren anställda behandlarna lever upp till dessa krav.

Av förordningen framgår bl.a. följande

- Vårdgivaren ska tillhandahålla prislister, där bl.a. vårdgivarpris, referenspris och garantier ska anges. Patienten ska på begäran få skriftlig information om vilka material som använts vid protetiska arbeten m.m.
- Vårdgivaren är skyldig att i vissa fall informera om alternativa åtgärder som berättigar till stöd.
- Behöver patienten behandlas vid fler än ett tillfälle ska vårdgivaren lämna preliminär skriftlig prisuppgift om den totala behandlingsskostnaden. En behandlingsplan ska lämnas vid mer omfattande behandlingar. Behandlingsplanen ska innehålla diagnos, föreslagen behandling, alternativa behandlingar, pris, referenspris och åtgärds-koder.
- Vårdgivaren är skyldig att ge patienten kvitto med information om pris, referenspris och ev. tandvårdsstöd. Till kvittot ska fogas underlag om kostnaden för tandtekniskt arbete.
- Vårdgivaren är även skyldig att upprätta och lämna ett undersökningsprotokoll.

Utöver det reglerade informationsansvaret bidrar vårdgivarna i varierande utsträckning även med viss allmän information om tandvård och tandvårdsstöd, t.ex. på sina hemsidor. Organisationen Privattandläkarna har också en hemsida med information och en

frågetjänst, ”Fråga tandläkaren”, dit allmänheten kan vända sig med olika frågor om tandvård; dock inte med frågor om priser.

Det finns viss kunskap om hur vårdgivarnas informations-skyldighet fungerar i praktiken, främst genom de enkätundersökningar som Socialstyrelsen har gjort.¹⁶ De visar bl.a. att det är ganska stor andel av patienterna som redovisar att de inte har fått den information som vårdgivaren är skyldig att lämna. Enligt Socialstyrelsens nationella utvärdering 2013, som bygger på en enkät till 9 000 personer, uppger endast 33 procent av de som fått omfattande behandling att de fått tillräcklig information om behandlingsalternativ. Endast 36 procent av svarspersonerna i samma undersökning angav att de vid sitt senaste besök i tandvården fått information om vad behandlingen skulle komma att kosta.

Enligt utredningens enkätundersökning till behandlare i tandvården¹⁷ uppger dock över 80 procent av behandlarna själva att de i hög utsträckning informerar om ATB och högkostnadsskyddet samt att de ger en skriftlig prisuppgift vid mer omfattande åtgärder. Här framkommer således två delvis olika bilder av informationen till patienterna.

Enligt samma undersökning uppger de svarande att man är sämre på att informera om referenspriser - endast 46 procent uppger att de gör detta. TLV:s och utredningens enkät visar också på en begränsad kunskap både om referenspriser och den fria pris-sättningen på tandvård – endast 50 procent kände till dessa.

Enkätundersökningen till behandlare visar också att många (41 %) anser att den åtgärd som är viktigast för att stärka patientens ställning inom tandvården är att tandläkare och tandhygienister själva blir bättre på att informera patienten om behandlingen, olika behandlingsalternativ och kostnader i samband med besök.

¹⁶ Se bl.a. Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Indikatorer och underlag för bedömningar*.

¹⁷ Se bilaga 3.

10.4.3 Vårdanalys studie och slutsatser om informationsansvaret för tandvårdsstöd

Vårdanalys har gjort en analys av tandvårdsstöd¹⁸ för målgruppen äldre där man fokuserat på dels STB och dels tre olika landstingsfinansierade stöd för målgruppen.¹⁹ Man konstaterar bl.a. att stöden inte når ut till de äldre i målgruppen i tillräcklig omfattning. En viktig orsak anges vara bristande kunskap och kännedom om de olika stöden och att de upplevs komplexa och administrativt krångliga. Andra orsaker är, enligt Vårdanalys, otydliga kriterier för berättigande samt bristande samverkan mellan kommuner och landsting. Ett skäl till den bristande kunskapen och kännedomen anses vara att informationsansvaret för tandvårdsstödet är uppdelat, vilket i sin tur bl.a. förklaras av tandvårdssystemets utformning med flera olika tandvårdsstöd som har olika finansiering, subventionsgrad och krav för berättigande.

En grundläggande utmaning för informationsspridningen kring särskilt tandvårdsbidrag och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning är enligt Vårdanalys att informationsansvaret är uppdelat. Försäkringskassan har ansvar för att informera om STB och har också ett övergripande informationsansvar för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Även vårdgivare inom tandvården samt hälso- och sjukvården har ansvar för att informera patienterna om stöden. Inom landstingen upplevs det dock vara otydligt om det är tandvården, hälso- och sjukvården eller båda som ska informera om stöden. Konsekvensen av det splittrade informationsansvaret är, enligt myndigheten, en ökad risk för att ingen av de involverade aktörerna informerar patienterna om att stöden finns. Genomförda intervjuer bekräftar att patienter inte vet vart de ska vända sig vid frågor om tandvård och tandvårdsstöd; de vänder sig ofta till fel aktör och det tar tid innan de hamnar rätt.

Vårdanalys pekar på att informationen om tandvårdsstöd i dag kommuniceras till allmänheten genom flera olika informations-

¹⁸ Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd*.

¹⁹ Myndigheten för vårdanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd*. I rapporten fokuseras det på tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård. Se kapitel 3 för en närmare beskrivning av de olika landstingsfinansierade tandvårdsstöden.

kanaler. Det finns t.ex. uppgifter om tandvård och tandvårdsstöden på 1177.se. Den befintliga informationen på webben upplevs dock inte, enligt Vårdanalys, nå fram till patienter och allmänhet i tillräckligt hög utsträckning.

Förmedlingen av information till tandvården och hälso- och sjukvården beskrivs av Vårdanalys inte heller fungera ändamålsenligt. För läkare uppges det i allmänhet vara svårt att hitta relevant och anpassat material om tandvårdsstöden och munhälsans koppling till vissa medicinska tillstånd, som kan fungera vägledande i mötet med patienter.

I de intervjuer som Vårdanalys genomfört har det efterfrågats en samlad kunskaps- och informationstjänst som kan användas av såväl patienter och allmänhet som av medarbetare inom tandvården, socialtjänsten samt hälso- och sjukvården. Enligt Vårdanalys beskrivs det sammanfattningsvis som önskvärt med en webbaserad informationsplattform som omfattar skraddarsydd och målgruppsanpassad information om tandvård och tandvårdsstöden. Här kan med fördel befintliga informationsguider och webbtjänster, såsom Tandvårdshjälpen på 1177.se eller FASS, användas som en utgångspunkt eller som en källa till inspiration.

Vårdanalys bedömer att det finns ett behov av att tydliggöra och samla det övergripande informationsansvaret nationellt. Man framhåller att behovet av ett samlat informationsansvar bekräftas av intervjuade personer, som påpekar att ett samlat informationsansvar bör omfatta alla tandvårdsstöd. Detta för att i så stor utsträckning som möjligt underlätta för patienterna, men också för professionerna. Vårdanalys bedömning är att informationsansvaret inte behöver vara knutet till den aktör som ansvarar för utbetalningen av tandvårdsstöden, utan att informationsansvaret för samtliga tandvårdsstöd går att samla hos en aktör nationellt. Socialstyrelsen, Försäkringskassan alternativt TLV skulle enligt Vårdanalys kunna vara exempel på aktörer för det samlade informationsansvaret för tandvårdsstöden på nationell nivå.

10.4.4 Slutsatser

Sammanfattningsvis kan konstateras att informationsansvaret när det gäller tandvårdsstödet är fragmenterat och spritt på ett antal olika instanser; något som också Vårdanalys har framhållit.

Det är ur patientens perspektiv oklart vilken instans man kan vända sig till för att skaffa sig information och få råd och hjälp med tandvårdsfrågor i olika situationer

Det är särskilt svårt för patienter att få hjälp med information om sina rättigheter om man inte faller inom ramen för de stöd som finns eller inte vet vilket stöd som är tillämpligt.

10.5 Prisjämförelsetjänsten för tandvård

Att ta fram en prisjämförelsetjänst var en central del av tandvårdsreformen. Syftet med prisjämförelsetjänsten var att stärka patientens ställning och därmed också stärka konkurrensen på tandvårdsmarknaden. Uppbyggnaden och utnyttjandet av tjänsten har emellertid varit förenade med olika problem.

10.5.1 Bakgrund

I SOU 2007:19 föreslogs att det skulle inrättas en elektronisk prisjämförelsetjänst inom tandvårdsområdet. Att förbättra patientens tillgång till information om priser och behandlingsalternativ ansågs som nödvändigt för att stärka patienternas ställning och förbättra konkurrensen på tandvårdsmarknaden. Utredningen föreslog att Konsumentverket skulle ges detta uppdrag. I propositionen valde regeringen i stället att ge Försäkringskassan uppdraget att utveckla tjänsten eftersom Konsumentverkets verksamhet var under omstöpning.²⁰ Som skäl angavs också att Försäkringskassan redan tillhandahöll en del prisinformation och att det är till dem som vårdgivarna ska rapportera in relevanta uppgifter för administration av stödet, bl.a. prisinformation.

I lagen om statligt tandvårdsstöd togs också in en bestämmelse om att vårdgivaren till Försäkringskassan skulle lämna uppgifter

²⁰ Prop. 2007/08:49, s. 127.

om aktuella priser för de ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som vårdgivare utför. Denna skyldighet avskaffades senare.²¹

10.5.2 Utvecklingen av prisjämförelsetjänsten – från Försäkringskassan till 1177.se

Försäkringskassans prisjämförelsetjänst inom tandvårdsområdet lanserades 2009. Försäkringskassan hade dock svårigheter att få vårdgivarna, främst de privata, att leverera uppgifter till den eftersom det initialt fanns brister i tjänsten och påföljande svårigheter för vårdgivarna att rapportera. Försäkringskassans prisjämförelsetjänst stängdes i början av 2011.

På 1177.se fanns sedan tidigare tjänsten Hitta och jämför vård, som omfattade landstingsfinansierade hälso- och sjukvårdsmottagningar. I utvecklingen av jämförelsetjänsten för tandvård fanns många synergier att hämta, och 1177.se bedömdes dessutom som en lämplig kanal för tandvårdstjänsten på grund av den höga användningsgraden hos allmänheten.

En förstudie om möjligheterna att flytta Försäkringskassans prisjämförelsetjänst pekade på stora omställningskostnader. I stället förordades en lösning med ny teknik, omarbetat innehåll och ny utformning av tjänsten för att den skulle fylla sitt syfte och kunna vidareutvecklas. Man rekommenderade ett alternativ som innebar att tjänsten skulle flyttas till Sjukvårdsrådgivningen och integreras med övrig tandvårdsinformation och frågetjänst på 1177.se. Därigenom skulle tandvården också kunna dra fördel av andra utvecklingsprojekt som pågår inom Sjukvårdsrådgivningen, exempelvis utveckling av e-tjänster för receptförskrivning, journalhantering och tidsbokning.²²

Lösningen innebar bl.a. ett nytt gränssnitt för tandvården, med integration i katalogtjänsten HSA²³. Katalogen innehåller den information om organisationen som visas i 1177.se och den styr också behörigheterna för enskilda tandläkare att administrera sina prislister och sin information på 1177.se. Några nackdelar som redovisades med

²¹ Efter förslag i proposition 2011/12:7 *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar*.

²² Sjukvårdsrådgivningen SVR AB (2010) *Förstudierapport Prisjämförelse tandvård*

²³ HSA är en katalogtjänst för vårdgivare som innehåller identitets- och kontaktuppgifter m.m. I HSA har man lagt stor tonvikt vid stabilitet och underhåll av informationen så att den alltid hålls aktuell. HSA används både av 1177 och av andra aktörer, t.ex. www.omvard.se

HSA-lösningen var behörighets- och inloggningsförfarandet, att lösningen är mer omfattande och tidskrävande än andra alternativ och att HSA inte är lämpat för att hantera all information som prisjämförelsetjänsten behöver, t.ex. prislister, vilket kräver ett gränssnitt där man kan komplettera med ytterligare data.

Som ett resultat av förstudien fick SKL i juni 2011 medel från regeringen för att utveckla en ny prisjämförelsetjänst för tandvård. Tjänsten skulle vara leveransklar i januari 2012. Utvecklingsprojektet bedrevs i nära samarbete med branschföreträdare för både privat och offentlig tandvård; dvs. man utvecklade tjänsten tillsammans. Inom ramen för utvecklingsprojektet gjordes bl.a. särskilda förstudier kring integrationen av journalsystemen inom tandvården och om möjligheterna att bygga in kvalitetsmått i prisjämförelsetjänsten. I slutrapporten från utvecklingsprojektet konstaterades att en stor del av projektets resurser och tid hade fått läggas på att hantera utmaningar utanför projektets egentliga syfte; framför allt problemen kring den privata tandvårdens anslutning till HSA.²⁴

Prisjämförelsetjänsten på 1177.se

Den nya prisjämförelsetjänsten publicerades omkring årsskiftet 2011/2012. Tjänsten finansieras årligen av Socialdepartementet med 1,9 miljoner kronor. Medlen för att finansiera tjänsten har t.o.m. 2014 rekvirerats från Kammarkollegiet av SKL, med krav på en årlig återrapportering till Socialdepartementet; senast i mars 2015.

Prisjämförelsetjänsten förvaltas inom ramen för 1177.se av Stockholms läns landsting (SLL), på uppdrag av samtliga landsting och regioner via Inera AB, som är ägare av tjänsten och koordinerar förvaltningen. SLL har en särskild förvaltningsgrupp för tjänsten, där bl.a. SKL och Privattandläkarna är representerade.

Status för prisjämförelsetjänsten vid utgången av 2014 var följande:²⁵

- Samtliga folktandvårdsenheter i landet var anslutna och visade upp priser i jämförelsetjänsten

²⁴ Cehis/Inera (2012) *Slutrapport Projekt Jämförelsetjänst tandvård*.

²⁵ Sveriges Kommuner och Landsting (2015) *Återrapportering avseende erhållet bidrag för prisjämförelsetjänst för tandvård 2014*.

- Anslutningsgraden är i det närmaste oförändrad jämfört med 2013. Omkring 40 procent av de privata tandvårdsmottagningarna i landet var anslutna till tjänsten, och syntes med kontaktuppgifter och information om verksamheten
- Endast ca 10 procent av de privata tandvårdsmottagningarna i landet visade upp sina priser i jämförelsetjänsten
- Användningen av jämförelsetjänsten var låg, mindre än en procent av användarna av 1177.se gick till jämförelsetjänsten för tandvård.

Enligt rapporten har jämförelsetjänsten inte uppfyllt intentionerna med satsningen p.g.a. den låga andelen anslutna privata vårdgivare. En utvärdering skulle genomföras av bl.a. prisinformationen.

I maj 2015 har regeringen beslutat att ge TLV i uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård och att därvid använda högst 1,9 miljoner kronor under 2015.²⁶

Ambitionsförklaring för anslutning till tjänsten

I juni 2012 enades Socialdepartementet, SKL och Privattandläkarna om en gemensam ambitionsförklaring beträffande prisjämförelsetjänsten för tandvård. Som en förutsättning för att tjänsten ska fungera angavs att en stor del av vårdgivarna, både offentliga och privata, är anslutna till den. Målet var att 87 procent av vårdgivarna (varav de privata 75 procent) skulle vara anslutna i slutet av 2012 och 97 procent (privata 90 procent) i slutet av 2013. Parterna åtog sig att verka för detta.

När tjänsten lanserades i början av 2012 var i stort sett hela folktandvården ansluten, men ganska få privata vårdgivare. Någon ytterligare anslutning skedde dock inte under 2012 och 2013.

I september 2014 lade parterna ambitionsförklaringen till handlingarna eftersom nivåerna långt ifrån hade uppnåtts.

²⁶ Regeringsbeslut 2015-05-21, *Uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård.*

10.5.3 Problem med prisjämförelsetjänsten

Allmänhetens/patienternas nyttjande av tjänsten

Utnyttjandet av prisjämförelsetjänsten påverkas självfallet av att många vårdgivare inte är anslutna till tjänsten och att priser i många fall inte visas eller är jämförbara. Som redovisats ovan har mindre än en procent av besöken på 1177.se avsett jämförelsetjänsten för tandvård. Närmare statistik som mer specifikt visar utnyttjandet av prisjämförelserna har inte kunnat levereras av SLL.

Problemen kring HSA-katalogen

Redan i utvecklingsprojektet för den nya prisjämförelsetjänsten hade frågan om de privata tandvårdsgivarnas anslutning till HSA-katalogen tagit stort utrymme. Parterna blev slutligen överens om att en sådan anslutning skulle vara en förutsättning för att delta i tjänsten.

I juni 2013 gick en rekommendation ut till landstingen om anslutning av de privata vårdgivarna till HSA; avsänd från Center för eHälsa i samverkan (Cehis), SKL och Privattandläkarna. Bakgrunden var att det saknats etablerade organisationer för de privata vårdgivarna att ansluta och administrera vård i HSA, men att det etablerats flera kommersiella s.k. HSA-ombud som riktat in sig på just privat tandvård. Tandvården skiljer sig från övrig vård på 1177.se, som huvudsakligen visar information om hälso- och sjukvård som ägs eller finansieras av landstingen. Jämförelsetjänsten för tandvård är utvecklad för att vara konkurrensneutral eftersom tandvården till stor del är privat. Den enklare anslutningen till HSA som några landsting erbjuder kontrakterade tandvårdsmottagningar inom barn- och ungdomstandvården kan medföra dubbelregistreringar av uppgifter i HSA och 1177.se. Landstingen rekommenderades därför att hänvisa vårdgivarna till kommersiella HSA-ombud för en fullvärdig anslutning till HSA och 1177.se.

Kostnaden för fullvärdig anslutning till HSA via ett kommersiellt ombud ligger enligt uppgift på omkring 5 000 kronor per år. Som tidigare redovisats har vissa landsting en enklare form av HSA-anslutning av de tandvårdsmottagningar med vilka man

har avtal enligt LOV²⁷ vilket dock kan innebär dubbelregistrering på 1177.se.

Läget våren 2015 är att en del landsting fortfarande har kvar den enklare formen av HSA-anslutning och gör manuella rensningar av dubbla poster. Vissa landsting har följt rekommendationen (se ovan) och/eller hittat egna lösningar.

En speciell problematik finns i Stockholms län, då SLL inte använder HSA utan har en egen elektronisk katalog (EK) för 1177.se, till vilken de privata tandläkarna inom barn- och ungdomstandvården är anslutna enligt avtalet med SLL. Innebörden är att de privata tandvårdsmottagningar som finns i EK och som även går in i HSA blir dubbelregistrerade på 1177, eftersom ingen rensning sker. Detta gör att många avstår från att gå in i HSA. Eftersom en mycket stor andel av de privata vårdgivarna finns i Storstockholm så blir detta ett inte obetydligt problem för prisjämförelsetjänsten.

Vilka tjänster och priser ska redovisas i tjänsten?

De priser som kan jämföras i tjänsten är dels listpriser, dvs. pris per åtgärd i TLV:s åtgärds katalog och dels priser för ett antal fördefinierade och vanligt förekommande behandlingspaket som kan bestå av flera åtgärder.

En viktig förutsättning för att tandvården ska vilja lägga in sina priser, och att det ska vara intressant för patienterna, är att det blir en rättvis jämförelse – något som det finns en diskussion om i tandvården i dag. Framför allt finns en diskussion om vad priserna för olika åtgärder respektive paket egentligen innehåller. Det finns t.ex. en diskussion om att vissa delar av tandvården kan lägga in fler tjänster i vissa åtgärder och att priset därför inte blir rättvisande även om det kan se ut som samma åtgärd. Det kan t.ex. finnas skillnader i material och teknik. Vissa vårdgivare använder också s.k. "latituder" inom en och samma åtgärd, beroende på svårighetsgraden och sätter olika priser på dessa. Inom ramen för den utvärdering som pågår inom SLL har man haft diskussioner om detta och tagit fram vissa idéer till lösning. Några konkreta förändringar i tjänsten har dock inte genomförts.

²⁷ Lag (2008:962) om valfrihetssystem.

10.5.4 Summering av läget för prisjämförelsetjänsten

Prisjämförelsetjänsten tillkom på initiativ från regeringen i samband med tandvårdsreformen. Det är framför allt staten som har drivit på i utvecklingen. Det är oklart vilket intresse som finns hos landstingen respektive hos de privata vårdgivarna. Det är osäkert hur mycket den verkliga målgruppen – patienterna – efterfrågar information om priser för att jämföra när de ska välja tandvårdsmottagning. Eftersom tjänsten inte har fungerat fullt ut är det svårt att utvärdera dess nytta. Det har knappast heller ansetts meningsfullt att gå ut med bredare information om tjänsten till allmänheten.

Det faktum att en statligt finansierad prisjämförelsetjänst i dag är integrerad i en plattform som ägs och förvaltas av landsting och regioner inrymmer ett potentiellt styrproblem för staten. Prisjämförelsetjänsten är en väldigt liten del av hela 1177.se och det kan försvåra statens möjligheter att styra.

Problemen med HSA och de privata tandvårdsmottagningarna i SLL har beskrivits ovan. De bidrar till att många inte ansluter sig till HSA över huvud taget.

HSA-frågan har diskuterats inom SLL²⁸ och mellan SLL och utredningen. Ett förslag till lösning har tagits fram som var tänkt att vara färdigt i juni 2015. Enligt uppgift från SLL i juni 2015 kommer dock ett beslut om en långsiktig lösning att kunna tas först efter sommaren 2015. En provisorisk lösning, som innebär att man rensar bort dubbletterna mellan EK och HSA, kommer att kunna genomföras till hösten 2015, vilket innebär viss en förbättring i förhållande till nuläget.

För att kunna kommunicera och skapa förtroende för prisjämförelsetjänsten liksom att kunna få en högre anslutning till tjänsten i dess nuvarande form från de privata tandläkarnas sida förutsätts en långsiktig lösning av HSA-problematiken i SLL.

När det gäller frågan om hur priser ska redovisas i tjänsten finns också en diskussion om huruvida priser enligt prislistan egentligen är intressant – de visar t.ex. inte rabatter eller paketpriser. De verkliga priserna kan således bli annorlunda. De verkliga priserna går i princip att få fram ur Försäkringskassans register men dessa

²⁸ Mellan hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Invånartjänster som förvaltar prisjämförelsetjänsten

används inte i dag trots att det skulle ge bättre möjligheter att ge patienterna både mer aktuell och mer korrekt prisinformation.

Sammanfattningsvis har det lagts ner stora resurser – 45 miljoner kronor – på att utveckla den nuvarande prisjämförelsetjänsten på 1177.se.²⁹ Staten skjuter till närmare två miljoner kronor per år för driften. Via HSA-katalogen finns också en viktig koppling till och stor potential när det gäller tandvårdens möjligheter att ta del i utvecklingen av andra e-tjänster inom vården, t.ex. e-tjänster för receptförskrivning och journalhantering.

Utredningen ser det som ett mycket stort problem att en acceptabel anslutning till tjänsten inte på lång väg har uppnåtts för de privata vårdgivarna och att patienternas möjligheter till jämförelser i realiteten är mycket begränsade, framför allt när det gäller priser. I och med den nuvarande låga anslutningen finns det inte någon grund för att göra en mer övergripande utvärdering av tjänsten då den ännu inte fungerar som det var tänkt.

En fungerande prisjämförelsetjänst måste åtnjuta stort förtroende hos hela tandvården. Tjänsten behöver vidareutvecklas och bli tillräckligt bra och tekniskt välfungerande så att den blir intressant för alla – både vårdgivare och allmänhet/patienter.

10.6 Konsumentskydd och klagomålshantering

10.6.1 Konsumentskyddande regler i tandvården

Patientens rättigheter och vårdgivarens skyldigheter när det gäller tandvård regleras i ett flertal olika lagar, bl.a. tandvårdslagen, lagen om statligt tandvårdsstöd, patientdatalagen (2008:355), lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. samt patientsäkerhetslagen (2010:659). Därutöver finns även ett antal föreskrifter som handlar om patientsäkerhet i tandvården, bl.a. från Socialstyrelsen.

Enligt tandvårdslagen ska den ersättning som en vårdgivare tar ut vid undersökning eller behandling vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. Vårdgivaren ska även upplysa patienten om kostnaden för åtgärder innan undersökning eller behandling påbörjas. Det finns

²⁹ Försäkringskassan fick 30 mkr för att bygga sin prisjämförelsetjänst och SKL/Inera har fått totalt 15 mkr för att utveckla den nuvarande tjänsten, dvs. totalt 45 mkr.

emellertid ingen myndighet eller annan organisation som gör en prövning av vårdgivarens pris och som patienten kan vända sig till om man anser att priset är oskäligt. Bestämmelsen är därmed tämligen verkningslös.

Om en tandvårdspatient är missnöjd med en behandling eller vill framföra klagomål finns det heller inga bestämmelser som reglerar när ett fel kan anses ha uppstått eller hur ett fel ska reklameras. Vart patienten kan vända sig och vilken typ av hjälp man kan få varierar också beroende på om vårdgivaren är privat eller offentlig.

Patienten ser tandvård som vård, där man känner trygghet i att samhället har regler som skyddar patienter. Samtidigt betalar patienten en stor del av kostnaden för tandvård själv, och tandvården kan i den bemärkelsen även betraktas som en konsumenttjänst. Tandvården omfattas emellertid inte av konsumenttjänstlagen (1985:716) som gäller för köp av andra tjänster. Privattandläkarna har dock, tillsammans med Konsumentverket, träffat en branschöverenskommelse för tandvården som bygger på reglerna i konsumenttjänstlagen.

10.6.2 Konsumentskydd på andra områden

När en enskild köper en vara eller tjänst av en näringsidkare finns ett omfattande konsumentskydd. De viktigaste lagarna är konsumentköplagen (1990:932), konsumenttjänstlagen, konsumentkreditlagen (2010:1846) och marknadsföringslagen (2008:486). Konsumenttjänstlagen är tillämplig vid köp av tjänst och innehåller bestämmelser om vilka krav konsumenten kan ställa på den som utför tjänsten, bl.a. att utföraren har rätt kompetens och utbildning och att tjänsten utförs fackmannamässigt. Konsumenttjänstlagen innehåller även bestämmelser om när tjänsten ska anses som felaktig och vilka möjligheter en konsument har att reklamera en tjänst. Konsumenten kan hålla inne betalning som motsvarar det krav man har, kräva att felet rättas till utan kostnad för konsumenten, göra avdrag på priset som motsvarar vad det kostar att få felet rättat eller under vissa förutsättningar, häva avtalet. Konsumenttjänstlagens regler är tvingande. Säljaren kan erbjuda bättre villkor än de som anges i konsumenttjänstlagen, men inte sämre.

Konsumentverket tar emot anmälningar om sådant som strider mot de konsumentskyddande reglerna, t.ex. oskäligen avtalsvillkor eller otillåten marknadsföring. Om en tvist uppstått med näringsidkaren kan detta anmälas till Allmänna reklamationsnämnden (ARN). Marknadsföringslagen gäller även för tandvård, men andra frågor som handlar om själva vården kan inte anmälas till Konsumentverket.

10.6.3 Klagomålshantering vid vårdskador i tandvården

Om en patient råkat ut för en vårdskada i samband med en undersökning, vård eller behandling inom tandvården finns det bestämmelser i patientskadelagen (1996:799) som ger patienten rätt till patientskadeersättning. En vårdskada definieras enligt patientsäkerhetslagen som "lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunna undvikas om rätt åtgärder hade utförts vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården".

Vårdgivaren har en skyldighet att ha en försäkring som täcker patientskadeersättningen men det krävs att vissa förutsättningar är uppfyllda för att ersättning ska kunna ges.³⁰ Rätt till ersättning föreligger t.ex. inte på den grunden att patienten själv anser att behandlingen inte gav önskat resultat eller om det uppstod en komplikation som inte hade gått att undvika.

En vårdskada ska anmälas till vårdgivarens försäkringsbolag som sedan utreder skadan, fattar beslut och lämnar ersättning. Landstingen och regionerna har tecknat en patientförsäkring hos Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Patientförsäkringen LÖF. Privata vårdgivare är skyldiga att upplysa patienten om i vilket försäkringsbolag vårdgivaren har sin patientförsäkring.

Om patienten inte är nöjd med bedömningen hos respektive försäkringsbolag kan man vända sig till Patientskadenämnden som prövar skador från alla försäkringsbolag som har tecknat en patientförsäkring. Patientskadenämndens yttrande är rådgivande och brukar i regel följas av försäkringsbolaget.

Om patienten inte är nöjd med beskedet från försäkringsbolaget och t.ex. tycker att ersättningen är för låg, kan patienten även

³⁰ 6 § patientskadelagen (1996:799).

vända sig till allmän domstol och begära patientskadeersättning genom att stämma försäkringsbolaget. Patienten kan också stämma vårdgivaren och kräva skadestånd i en s.k. civil skadeståndprocess. För att nå framgång måste man då kunna bevisa att den vårdgivare man kräver ersättning av har gjort så allvarliga fel att vårdgivaren är skadeståndsskyldig.

Händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada ska anmälas till IVO som en lex Maria enligt bestämmelser i patientsäkerhetslagen. IVO granskar sedan anmälningarna för att ta ställning till om de anmälda händelserna har blivit utredda i nödvändig omfattning och att vårdgivaren har vidtagit de åtgärder som krävs för att förbättra patientsäkerheten.

IVO är den myndighet som ansvarar för tillsyn och tillståndsprövning inom bl.a. hälso- och sjukvården. Förutom anmälningar om vårdskador, gör IVO tillsyn på eget initiativ samt tar emot klagomål mot vården och dess personal. Myndigheten gör sedan den utredning som behövs för att kunna pröva klagomålet. Utredningen kan resultera i att IVO påtalar brister eller lämnar kritik. Under 2014 inkom det 6 832 klagomål inom hälso- och sjukvården. 4 630 ärenden utreddes och resulterade i ett beslut. Av dessa beslut var det 222 som avsåg tandvård och 101 av dessa resulterade i kritik från IVO.³¹

I de fall en behandlare har begått grava fel som hotar patientsäkerheten kan IVO anmäla behandlaren till Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd (HSAN) som prövar frågor om återkallande av legitimation och utfärdande av provotid m.m.

Om klagomålet avser brister i kontakten mellan patienten och någon person, eller något annat liknande förhållande kan IVO överlämna ärendet till berörd patientnämnd.

IVO utreder i regel inte ärenden som handlar om dåligt bemötande.

10.6.4 Övrig klagomålshantering inom tandvården

Det finns ett bra skydd och enhetlig reglering om en patient har råkat ut för en vårdskada, oavsett om vårdgivaren är privat eller landstingsägd. Det är dock svårare för patienten att veta vart denne

³¹ Källa: IVO.

ska vända sig om man är missnöjd med en behandling, med bemötandet från den behandlare som utfört behandlingen eller om man vill framföra andra klagomål. Det finns olika instanser att vända sig till beroende på om det gäller offentligt finansierad tandvård respektive privat tandvård. I det första fallet finns patientnämnderna och i det andra fallet finns Privattandvårdsupplysningen och Privattandläkarnas förtroendenämnder. Ett första steg är dock alltid att patienten ska kontakta den vårdgivare man gått till.

Landstingens patientnämnder

Patientnämnden är en fristående och opartisk instans som enligt lag ska finnas i varje landsting och kommun.³² Dit kan patienter vända sig, utan kostnad, med frågor, synpunkter eller klagomål som rör hälso- och sjukvård eller tandvård. Patientnämnden besvarar frågor som rör i stort sett all offentligt finansierad hälso- och sjukvård.

När det gäller tandvård besvarar man frågor om folktandvården och den tandvård som landstinget finansierar samt frågor om privata tandhygienister och tandvård utförd hos Distriktstandvården, tandläkarkedjan Aqua Dental eller andra privata vårdgivare som har avtal med landstinget. Utifrån synpunkter och klagomål ska patientnämnderna stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i vården genom att

- tillhandahålla eller hjälpa patienter att få den information patienterna behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården,
- främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal,
- hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet,
- rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter samt,
- informera om sin verksamhet.

³² 1 § lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.

Patienten kan också vända sig till patientnämnden för att lämna klagomål eller synpunkter. Patientnämnderna prövar dock inte frågor av ekonomisk art.

Privattandläkarnas förtroendenämnder

Patienter hos privata vårdgivare som är medlem i Privattandläkarna kan i första instans vända sig till Privattandvårdsupplysningen, som är en rådgivningstjänst för allmänheten där tandvårdsutbildad personal svarar på frågor om tandvård. Det kan handla om frågor som patienten har efter en behandling men man kan även lämna klagomål och anmäla sitt missnöje med en behandling. Om patienten inte blir nöjd kan man vända sig till Privattandläkarnas förtroendenämnder. Privattandläkarnas förtroendenämnder är en opartisk instans som löser tvister mellan medlemmar och deras patienter. Verksamheten bedrivs i fyra regionala förtroendenämnder och en överprövningsnämnd – den centrala förtroendenämnden. Förtroendenämnden löser även tvister som rör kostnader och betalning för utförd tandvård.

Som tidigare nämnts finns en branschöverenskommelse för tandvården mellan Privattandläkarna och Konsumentverket, vilken utgör grunden för förtroendenämndernas verksamhet.³³ I överenskommelsen regleras medlemmarnas åtaganden bl.a. när det gäller marknadsföring. Det finns vidare regler om kallelse och samråd med patienten, om information till patienten, om avtal om tandvård och om betalning samt regler om garantier och reklamationer. Överenskommelsen bygger på reglerna i konsumenttjänstlagen och innebär bl.a. att garanti lämnas vid protetiska arbeten och att en patient har rätt att få tillbaka kostnaden för behandlingen (inkl. tandvårdsersättning från Försäkringskassan) för att sedan kunna vända sig till en annan vårdgivare för att få behandlingen omgjord.³⁴ Vid "fel" i tjänsten ger överenskommelsen patienten rätt använda sig av samma medel som anges i konsumenttjänstlagen, dvs. hålla inne betalning och göra avdrag på priset m.m. Vad gäller definitionen av "fel" hänvisas till konsumenttjänstlagen. Vissa delar

³³ *Avtalsvillkor m.m. för tandvård* – Överenskommelse mellan Konsumentverket och Sveriges Privattandläkarförening. [Giltigt från 2012-05-01].

³⁴ Framgång av privattandläkarnas guide till garantiåtagandet [2014-03-18].

i branschöverenskommelsen, främst avseende garantier, tillämpas också av folktandvården.

Övriga instanser dit tandvårdskonsumenter kan vända sig

Vårdgivaren ansvarar för att ta emot och utreda klagomål från patienter och deras anhöriga.³⁵ Om något gått fel är vårdgivaren skyldig att utreda vad som har hänt och att vidta åtgärder för att det inte ska inträffa igen. Vårdgivaren är alltså den som har det största ansvaret för klagomålshantering. Patienter hos privata vårdgivare som varken är medlemmar i Privattandläkarna eller har avtal om vuxentandvård med landsting/patientnämnd har ingenstans att vända sig med klagomål och frågor utöver IVO, som dock nästan enbart hanterar anmälningar som gäller vårdskador.

Det finns flera aktörer som har mycket information om tandvård, t.ex. webbplatsen 1177.se och Försäkringskassan. Dessa kan dock inte bistå med någon hjälp vid tvister med vårdgivaren eller annan klagomålshantering. I de flesta fallen kan inte heller Konsumentverket bistå med någon hjälp. Inom andra områden (t.ex. bank och finans, telekom) finns det s.k. konsumentbyråer som bl.a. ger opartisk information, vägledning och rådgivning till konsumenterna inom sina respektive områden. Byråerna hjälper även till att hantera klagomål från konsumenter antingen genom rättsliga processer eller genom kontakter med de företag som berörs.³⁶ Något liknande finns dock inte inom tandvården.

³⁵ Patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

³⁶ Se www.konsumenternas.se

Garantier och omgörningar

En garanti på en behandling inom tandvården innebär att patienten har möjlighet att få en behandling omgjord utan att man behöver betala en gång till. Garantin är en överenskommelse mellan patient och vårdgivaren. Det finns inga skyldigheter för en vårdgivare att lämna garanti för en behandling, men om detta lämnas ska det framgå av prislistan.

En vårdgivare kan i vissa fall bli skyldig att betala tillbaka tandvårdsersättning för en patient. I lagen om statligt tandvårdsstöd anges att Försäkringskassan under vissa omständigheter får kräva tillbaka ersättning som har lämnats till en vårdgivare som utfört en protetisk behandling som behöver göras om. Försäkringskassan får då lämna ersättning till den vårdgivare som gör om behandlingen. I dessa fall ska behovet av att göra om behandlingen förhandsprövas av Försäkringskassan innan behandlingen påbörjas. I TLV:s föreskrifter regleras när ersättning för omgörning lämnas.³⁷ Där anges att för fast protetik lämnas inte ny ersättning inom två år efter slutförande av åtgärder och för avtagbar protetik lämnas inte ny ersättning inom ett år efter slutförande av åtgärden. Under förutsättning att förhandsprövning görs av Försäkringskassan kan dock i vissa fall ny behandling vara ersättningsberättigande inom tidsramen.

Omgörning är alltså ingen garanti, men ger en möjlighet för en tandvårdspatient att få en behandling omgjord till en något lägre kostnad. De allra flesta tandvårdsmottagningar lämnar emellertid garantier för kronor, broar, implantat och de flesta avtagbara proteser. Några mottagningar lämnar också garanti på annan tandvård, som till exempel lagningar och rotbehandlingar. Det innebär att patienten ofta har möjlighet att få en ny behandling kostnadsfritt.

³⁷ Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets författningssamling (2014:6).

11 Styrning och samverkan m.m. samt uppföljning av tandvården och tandvårdsstödet

Sammanfattande slutsatser i kapitlet:

- Ansvarsfördelningen mellan och styrningen av de tre myndigheter som ansvarar för tandvårdsstödet - Försäkringskassan, TLV och Socialstyrelsen - är inte helt tydlig. Tandvårdsstödet utgör endast en liten del av verksamheten vid respektive myndighet vilket försvårar styrningen och prioriteringen av dessa frågor.
- Den nuvarande uppföljningen av tandvården, tandvårdsstödet och tandhälsan är fragmenterad och delvis begränsad. Ingen myndighet har heller ett samlat ansvar för analys, utvärdering och statistik på området.
- Samverkan mellan berörda myndigheter fungerar i huvudsak väl, men det finns områden som kan förbättras, framför allt när det gäller uppföljning och analys.
- Det finns ett behov av ett betydligt bättre samarbete kring hur data från tandvårds- och tandhälsoregistren kan användas för att ge en bättre och bredare bild av utvecklingen, bl.a. som ett stöd för uppföljning av reformen.
- Det finns behov av ett förbättrat underlag för att följa tandhälsa och tandvårdskonsumtion hos barn och unga. Ett arbete pågår på Socialstyrelsen för att belysa vilka data som behövs för att följa karies hos barn och unga och hur de kan samlas in.

11.1 Inledning

Genomförandet av tandvårdsreformen innebar att de berörda myndigheterna TLV, Försäkringskassan och Socialstyrelsen fick ökade och delvis helt nya uppgifter inom tandvårdsstödet.

Ett av utredningens uppdrag är att analysera hur den befintliga organisationen för tandvårdssubvention kan förbättras. I förarbetena till lagen om statligt tandvårdsstöd drog man upp riktlinjerna för hur det skulle fungera och vad de olika myndigheterna skulle göra. Det var emellertid inte helt enkelt att förutse alla krav som hanteringen skulle ställa på myndigheterna och kanske inte heller de stora behov av samordning och samarbete som skulle visa sig nödvändiga för att få tandvårdsstödet att fungera väl.

Detta kapitel handlar om hur arbetet med tandvårdsstödet är organiserat och styrt och hur ansvaret är fördelat mellan berörda myndigheter, bl.a. när det gäller uppföljning m.m. samt vilken samverkan som sker mellan myndigheterna.

Tandhälso- och tandvårdsregistren¹ är av grundläggande betydelse för möjligheterna att följa och studera vuxentandvården och tandvårdsstödet och det ingår också i utredningens uppdrag att se på ändamålsenligheten. Därför görs inledningsvis en redovisning av hur registren är uppbyggda, hur de kvalitetssäkras och hur de används.

Slutligen beskrivs förutsättningarna för att tandhälsoregistret ska kunna kompletteras med uppgifter om barns och ungdomars tandhälsa.

11.2 Register och statistik om tandvårdsstöd m.m.

Tandvårdsregistret i nuvarande form tillkom i och med tandvårdsreformen 2008. Dessförinnan insamlades uppgifter om tandhälsa, patientbesök och vilken tandvård som utfördes m.m. i betydligt mer begränsad utsträckning. Tandvårdsregistret inrättades för att få en effektiv statlig uppföljning och styrning av tandvården och tandvårdsstödet för vuxna. Tanken var att staten bl.a. skulle ha

¹ Med tandvårdsregistret avses de tandvårdsdata som ligger i Försäkringskassans databas för tandvårdsstödet. Inom Försäkringskassan benämner man det inte som ett register utan en databas i det IT-system för tandvårdsstöd där vårdgivarna rapporterar in sina uppgifter om ersättningsberättigande tandvård m.m. Registret lyder under personuppgiftslagen (1998:204, PUL).

tillräcklig information för att följa och vid behov vidta åtgärder när det gäller de statliga utgifterna och patienternas kostnader.

Samtidigt inrättades ett tandhälsoregister som förvaltas av Socialstyrelsen, vars syfte är att möjliggöra utvärdering av reformen, följa tandhälsan och löpande följa utvecklingen inom tandvården.

Tandhälsoregisteret och tandvårdsregistret består i huvudsak av samma data eftersom uppgifterna till tandhälsoregistret till stor del hämtas från tandvårdsregistret. De hälsorelaterade variablerna går dock direkt till Socialstyrelsen via Försäkringskassan utan att hamna i tandvårdsregistret.²

Tandvårdsregistret och tandhälsoregistret skulle kunna ge ökade möjligheter att följa upp bl.a. tandhälsan, tandvårdskonsumtionen och tandvårdsstödet. Viktiga frågor kring registren är om de har fyllt den funktion som var tänkt - har de använts för en god uppföljning, håller data tillräcklig kvalitet och finns det ett samarbete mellan berörda myndigheter kring data och statistik som ger förutsättningar för en god uppföljning och spridning av kunskap om utvecklingen av tandvårdsreformen?

11.2.1 Tandvårdsregistret

Grunden för inhämtande av uppgifter för tandvårdsstödet finns i lagen om statligt tandvårdsstöd, som också utgör grund för tandvårdsdatabasen, här kallad tandvårdsregistret, i det IT-system som Försäkringskassan har byggt för att hantera tandvårdsstödet.³ Registret hanterar endast vuxna patienters tandvård.

Vårdgivare som begär ersättning för utförd tandvård från Försäkringskassan ska lämna uppgifter om utförd vård och information om ingångna och avslutade avtal om abonnemangstandvård. Den utförda vården ska rapporteras in inom två veckor. Vårdgivarna är skyldiga att rapportera in tillstånd/diagnoser, utförda åtgärder samt vad patienten betalar oavsett om ersättning betalas ut eller inte, eftersom det påverkar patientens högstkostnadsskydd.

² 15 § förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd och 4 § Socialstyrelsens föreskrift (2008:13) om uppgiftsskyldighet till tandhälsoregistret.

³ Hur personuppgifter får hanteras regleras i personuppgiftslagen (1998:204, PUL).

Registret har i dag två huvudsyften: dels att utgöra grund för utbetalning av stödet och dels att utgöra underlag för uppföljning och kontroll.

Informationen som samlas in via Försäkringskassans system utgör en omfattande informationskälla vad gäller tandvårdskonsumtion, tandhälsa och tandvårdspriser. All rapportering sker till Försäkringskassan som lagrar och bearbetar informationen. Försäkringskassan skickar också tandvårdsuppgifter vidare till andra berörda myndigheter – TLV, Socialstyrelsen och SCB (se nedan).

11.2.2 Tandhälsoregistret

Vårdgivarna ska också lämna uppgifter till Socialstyrelsen om patienternas tandhälsa. Dessa uppgifter tas in via Försäkringskassan i samband med begäran om ATB och skickas sedan vidare till Socialstyrelsens tandhälsoregister⁴. Uppgifterna om tandhälsa avser antalet kvarvarande tänder och antalet intakta tänder. Information om tandhälsa lämnas till Socialstyrelsen inom ramen för ett personuppgiftsbiträdesavtal som upprättats mellan Socialstyrelsen och Försäkringskassan.⁵

Till Socialstyrelsens tandhälsoregister överförs också information om utförd vård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet såsom diagnos/tillstånd, åtgärder, uppgifter om ATB, STB och högkostnadsskydd m.m. - alltså i huvudsak samma information som finns i tandvårdsregistret gällande patientens tandvårdskonsumtion. Dock överförs inte några prisuppgifter.

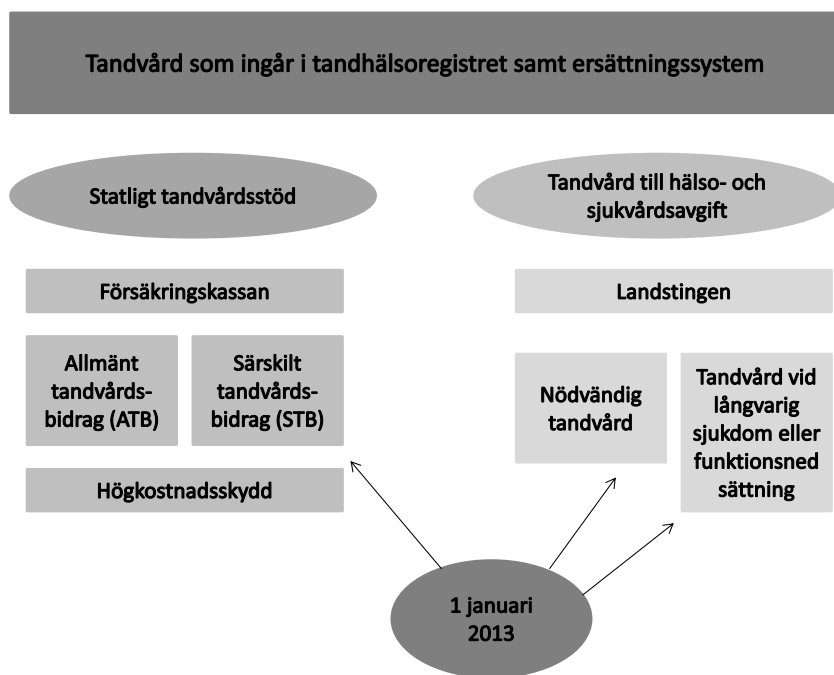
Tandhälsoregistret kompletteras också med uppgifter om tandhälsa från landstingen när det gäller viss tandvård som utförts till hälso- och sjukvårdsavgift. Från 1 januari 2013 ingår uppgifter om tandhälsa även för tandvård till personer med stora tandvårdsbehov p.g.a. av vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättning. Rapporteringen sker genom att vårdgivarna som utför sådan tandvård, via sina journalsystem, registrerar in de efter-

⁴ Socialstyrelsens möjligheter att behandla uppgifter om hälsoförhållanden regleras i lagen (1998:543) om hälsodataregister och förordningen (2008:149) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

⁵ Försäkringskassan (2008): *Slutrapport avseende införandet av ett nytt tandvårdsstöd*. Svar på regeringsuppdrag.

frågade uppgifterna i Försäkringskassans system i samband med att de fakturerar landstingen för den utförda vården.

Figur 11.1 Översikt över innehållet i tandhälsoregistret



Källa: Socialstyrelsen

Tandhälsoregistret är ett hälsodataregister som är omgärdat av ett omfattande sekretesskydd, s.k. absolut sekretess.⁶ Tandhälsoregistret kan användas för framställning av statistik, kvalitetssäkring, uppföljning och utvärdering inom tandvårds- och tandhälsoområdet samt för forskning och epidemiologiska undersökningar.⁷ Tandhälsoregistret kan tillfälligt, för vissa ändamål, kompletteras med andra uppgifter om patienten.⁸ Sedan december 2014 publicerar Socialstyrelsen statistik från tandhälsoregistret på sin webbplats.

⁶ 24 kap. 8 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) samt 10 § lag (1998:543) om hälsodataregister.

⁷ 3 § förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

⁸ 3 § lag (1998:543) om hälsodataregister.

11.2.3 Registrens kvalitet och ändamålsenlighet

Försäkringskassans tandvårdsregister

När Försäkringskassans IT-stöd för tandvårdsstöd byggdes låg fokus på att få ett fungerande system för utbetalning av ersättningar – vilket fortfarande är det viktigaste syftet. Sannolikt kom frågan om statistikändamål i andra hand. Efter ikraftträdandet av reformen upptäcktes flera brister i Försäkringskassans IT-stöd som framför allt drabbade vårdgivarna och deras journalsystem-leverantörer. De viktigaste problemen som upptäcktes var att vissa patienter hanterades av systemet trots att de inte var berättigade till tandvårdsstöd. För vissa patienter betalades mer än ett ATB felaktigt ut.

Försäkringskassan publicerade 2011 en studie av kvaliteten i rapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet.⁹ Studien gjordes eftersom det fanns farhågor för att de sju olika journalsystem, som då var godkända att rapportera till Försäkringskassan, och Försäkringskassans eget IT-stöd kunde påverka kvaliteten i data som samlas in. Studien finansierades till viss del av de medel som var avsatta för uppföljning av det statliga tandvårdsstödet. Försäkringskassan fann att det fanns skillnader mellan behandlare när det gäller sättet att rapportera in priser samt när det gäller att rapportera diagnos/tillstånd och åtgärder inom det statliga tandvårdsstödet.

Försäkringskassan arbetar kontinuerligt med att rätta fel och förbättra IT-stödet. Antalet automatiska kontroller har successivt byggts ut vilket minskar risken för felaktiga utbetalningar och felrapporteringar till registret. Det finns en samverkansgrupp för kontakter med journalsystemleverantörerna, där man bl.a. diskuterar förändringar i IT-systemen. Försäkringskassan har också informations- och utbildningsaktiviteter för vårdgivare m.fl. där man tar upp frågor med anknytning till inrapporteringen av uppgifter.

⁹ Försäkringskassan (2011) *Analys av kvaliteten i inrapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet*.

Kvalitetssäkring av uppgifterna

Kvalitén på de rapporterade uppgifterna till de två registren påverkas i grunden av den som rapporterar in uppgifterna till Försäkringskassan. När en utförd åtgärd rapporteras in till Försäkringskassan görs automatiserade kontroller för att säkerställa att de inrapporterade åtgärderna och tillstånden får kombineras.

De kontroller som Försäkringskassans regelmotor gör är omfattande och innehåller totalt 75 000 regler.¹⁰ Regelmotorn kan dock inte validera alla situationer eftersom det finns kombinationer av tillstånd/diagnoser och åtgärder som bara under vissa förutsättningar är ersättningsberättigande. Försäkringskassan har begränsade möjligheter att kontrollera eller styra rapporteringen. Det kan också finnas osäkerhet kring kvaliteten i vissa data i registret som beror på att uppgifterna inte används frekvent och därmed inte blir föremål för rimlighetskontroller. Det gäller t.ex. uppgifter om vårdgivarpriser, uppgifter om behandlarens identitet och uppgifter om utförd vård för patienter med abonnemangstandvård. När det gäller vård som utförs inom ramen för ett abonnemangavtal riskerar den att underrapporteras eftersom den utförda vården inte är ersättningsberättigande.

Försäkringskassans uppgifter skickas också vidare till och används av andra myndigheter. Uppgifterna i databasen i Försäkringskassans IT-system för tandvårdsstöd överförs i ett första steg till det system som används av avdelningen för analys och prognos, som regelbundet skickar uppgifterna vidare till TLV och SCB. Exporten av tandhälsovariablerna till Socialstyrelsen sker direkt från IT-systemets databas. För samtliga exporter finns en process- och innehållsbeskrivning som syftar till en viss kvalitetssäkring. Men varje myndighet kan sedan göra egna "tvättningar" när man ska använda materialet – något som det inte finns några gemensamma principer för och som kan resultera i olika resultat och slutsatser när materialet används (se avsnitt 11.3.3).

När andra externa aktörer beställer data och statistik från Försäkringskassan blir leveranserna sällan föremål för omfattande kvalitetssäkring. Den kvalitetskontroll som genomförs är att den uttagsansvariga handläggaren rimlighetsbedömer uttaget och att en

¹⁰ Försäkringskassan (2014) *Försäkringskassans årsredovisning 2013*, s. 120.

kollega bistår i kvalitetssäkringen t.ex. genom att granska programmeringen. Det är oftast svårt att se orimliga resultat förrän beställaren börjar använda underlaget och jämföra mot andra källor. Resultatet hänger till stor del på att beställaren har väldigt god kännedom om registrets uppbyggnad och är rustad att ställa relevanta och väldefinierade frågor. Registret är mycket omfattande och det finns risk för missuppfattningar och många ”fallgropar”. Den som genomför bearbetningen måste förstå syftet med beställningen och sedan kunna lotsa beställaren rätt.

Tandhälsoregistret

Socialstyrelsen fick 2009 regeringens uppdrag att genomföra en kartläggning av den vuxna befolkningens tandhälsa. Uppdraget resulterade i två rapporter varav en hade särskilt fokus på Tandhälsoregistrets innehåll och kvalitet.¹¹ Med anledning av vad som framkom av studien genomförde Socialstyrelsen tillsammans med Försäkringskassan ett arbete för att korrigera vissa uppgifter.

Socialstyrelsen bedömer i dag att täckningsgraden i registret när det gäller besök hos tandläkare eller tandhygienist är väldigt god. Däremot finns det inte i dagsläget någon uppskattning av hur stor täckningsgrad tandhälsoregistret har i förhållande till samtliga utförda åtgärder inom tandvården. Det partiella bortfallet, som uppstår när vissa uppgifter saknas i rapporteringen, är dock väldigt lågt i registret. För de flesta variablerna finns inget bortfall.

Kvalitetssäkring av uppgifterna

Socialstyrelsen genomför för närvarande en validering av uppgifterna om tandhälsa i tandhälsoregistret genom att begära in journaler från vårdgivare för ett urval patienter. Resultaten av valideringen kommer att publiceras under hösten 2015. Preliminära resultat visar överlag på god kvalitet i inrapporteringen av antalet intakta tänder.

¹¹ Socialstyrelsen (2010) *Befolkningens tandhälsa* samt Socialstyrelsen (2009) *Innehåll och kvalitet i tandhälsoregistret*.

Uppgifter om tandhälsa för patienter som får tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift rapporteras sedan 2013 också till tandhälsoregistret via Försäkringskassans system. Denna tandvård följs också genom de årliga uppföljningar som SKL gör av de särskilda tandvårdsstöden. SKL:s uppföljning görs på aggregerad nivå för olika ålderskategorier. I dag sker ingen kontroll av omfattningen eller kvalitén i rapporteringen till tandhälsoregistret, men Socialstyrelsen har påbörjat en validering av de uppgifter som lämnas via Försäkringskassan mot de uppgifter som landstingen själva har. Vårdanalys har i sin studie använt data både från tandhälsoregistret och från SKL, och man har också gjort vissa fördjupningsstudier i två enskilda landsting. Vårdanalys gör sammantaget bedömningen att tillförlitligheten i uppgifterna om de särskilda tandvårdsstöden, både i tandhälsoregistret och i SKL:s uppföljning, är svåra att utvärdera bl.a. beroende på skillnader i registreringsrutiner mellan landstingen.

11.3 Myndigheternas arbete med tandvårdsstödet

TLV, Försäkringskassan och Socialstyrelsen ansvarar för olika delar av tandvårdsstödet men det finns också andra myndigheter som har en viss indirekt roll kopplat till tandvårdsstödet (se kapitel 4).

11.3.1 Ansvars- och arbetsfördelning

Myndigheternas uppgifter och ansvar regleras dels i lagen och förordningen om det statliga tandvårdsstödet och dels i myndigheternas instruktioner. Därutöver har regeringen, sedan tandvårdsreformen genomfördes, givit ett antal uppdrag till myndigheterna, var för sig eller gemensamt. Det finns också ett antal samverkansgrupperingar kring det statliga tandvårdsstödet.

Vissa delar av myndigheternas uppdrag behandlas i andra kapitel i detta betänkande. Detta avsnitt fokuserar på frågor som gäller statistik, uppföljning, utvärdering och analys samt samverkan mellan myndigheterna inom tandvårdsstödet.

Myndigheternas olika uppdrag med anknytning till det statliga tandvårdsstödet har kort beskrivits i kapitel 4. Sammanfattningsvis är det Försäkringskassan som administrerar stödet, främst genom

att betala ut stöd utifrån uppgifter som vårdgivarna rapporterar in i IT-systemet. Man har successivt utvecklat ett samarbete med vårdgivarna och journalleverantörerna. Försäkringskassan gör också efterhandskontroller av utbetald tandvårdsersättning (se kapitel 12) och har även utvecklat information och utbildning för vårdgivare m.fl. om hur stödet tillämpas. Försäkringskassans information till patienter och allmänhet ges via olika baskanaler, främst på webben (se kapitel 10). Försäkringskassan tar vidare fram prognoser för kostnaderna för tandvårdsstödet (se kapitel 9). TLV ansvarar för utformningen av det statliga tandvårdsstödet i fråga om ersättningsberättigande tandvård och beslutar om föreskrifter om tandvårdsstödet. Detta har beskrivits i kapitlen 7 och 9. TLV ska också informera berörda om sin verksamhet och arbetar bl.a. med information och utbildning av nyckelpersoner i tandvården samt av Försäkringskassans personal. För att ge stöd vid tillämpningen av föreskrifterna för ersättningsberättigande tandvård har man tagit fram det webbaserade kunskapsstödet, KUSP. Både Försäkringskassan och TLV ska också samverka med varandra och med berörda parter i frågor om tandvårdsstödet, vilket bl.a. sker genom olika samverkansorgan. Socialstyrelsen utfärdar nationella riktlinjer för den tandvård som bedrivs och delvis finansieras av stödet (se kapitel 7). Socialstyrelsen ansvarar också för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom sitt verksamhetsområde. Även Socialstyrelsen ingår i flera av de samverkansorgan som TLV och Försäkringskassan håller i, vilka beskrivs längre fram i kapitlet.

Arbetet med tandvårdsstödet utgör mindre än två procent av Försäkringskassans verksamhet drygt tio procent av TLV:s verksamhet och mindre än en procent av Socialstyrelsens verksamhet (se avsnitt 9.5.1).¹²

11.3.2 Statistik, uppföljning och utvärdering

Frågan om innehållet i och fördelningen av ansvaret när det gäller statistik, uppföljning och utvärdering av tandvårdsstödet togs upp i förarbetena till tandvårdsreformen.¹³ Enligt propositionen skulle

¹² Kostnaden för respektive myndighets arbete med tandvårdsstödet relaterat till respektive myndighets totala kostnad enligt årsredovisningen.

¹³ Prop. 2007/08:49 s. 132 ff.

Socialstyrelsen ansvara för statistik, uppföljning och utvärdering vad gäller tandhälsan hos vuxna. Försäkringskassan skulle ansvara för statistik, uppföljning och utvärdering när det gäller tandvårdskostnader, tandvårdspriser och tandvårdskonsumtion. SCB skulle löpande göra en uppföljning och utvärdering inom tandvårdsområdet. TLV:s del i detta berördes inte eftersom myndighetens tandvårdsansvar ännu inte fanns etablerat, men en del i TLV:s nuvarande uppdrag är att följa och analysera utvecklingen på tandvårdsområdet.

Försäkringskassan

Försäkringskassan ska enligt sin instruktion bl.a. följa, analysera och förmedla socialförsäkringssystemets utveckling och effekter för enskilda och samhälle inom sitt verksamhetsområde, samt ansvara för att en kvalificerad kunskapsuppbyggnad sker i fråga om de verksamhetsområden som myndigheten har ansvar för. De data som byggts upp i Försäkringskassans tandvårdsregister är därvid en viktig förutsättning, liksom kompetens och kunskap för att kunna bedriva ett analysarbete inom området.

Försäkringskassans tandvårdsregister har beskrivits i avsnitt 11.2. Tandvårdsregistret innehåller en mängd uppgifter som skulle kunna användas i betydligt större utsträckning för bredare analyser och uppföljningar. Det finns dock vissa problem, som beskrivits under avsnitt 11.2.3, när det gäller användandet av registret som bl.a. handlar om kvalitet på data i olika led. Mot den bakgrunden pågår för närvarande ett utvecklingsarbete hos Försäkringskassan. Tandvårdsregistret ska flyttas till en annan teknisk miljö som ska underlätta användningen. Utvecklingsprojektet handlar om att skapa en integrationslösning mellan källsystemet SAP, där tandvårdsdata finns i dag, och Försäkringskassans verksamhetssystem STORE, där data om andra förmånsslag ligger. Projektet syftar bl.a. till att åstadkomma en förbättrad kvalitet i data och statistik för tandvårdsstödet och att öka möjligheterna till kunskaps-spridning. Projektet ska också minska sårbarheten i kompetenshänseende när det gäller tandvårdsdata.

Tandvårdsstödet ingår i dag inte i den officiella statistiken och Försäkringskassans statistikansvar inom området är oklart. Tand-

vårdsregistret ligger dock till grund för viss statistik som myndigheten skapar och redovisar, bland annat på sin webbplats. Statistiken publiceras i fyra olika Excel-filer som löpande uppdateras. I korthet innehåller filerna uppgifter om antalet personer som besökt tandvården och antalet patientbesök utifrån bakgrundsvariablerna kön, åldersgrupp, vårdkategori och län. Det finns också statistik om antalet utförda åtgärder och dessgenomsnittspriser samt utbetald ersättning (ATB, STB och högkostnadsskydd).

Under de första åren efter genomförandet av tandvårdsreformen fick Försäkringskassan ett regeringsuppdrag att samordna ett utvärderingsprogram där även TLV och Socialstyrelsen medverkade.¹⁴ Inom ramen för programmet utarbetades ett antal analysrapporter som bl.a. handlade om konsumtionsutvecklingen, stödets träffsäkerhet och prisutveckling. Försäkringskassan tog 2012 också fram en lägesrapport om tandvårdsstödet och en rapport om de som inte besöker tandvården.¹⁵ Därefter har inga ytterligare analysrapporter på tandvårdsområdet gjorts inom Försäkringskassan. Det senaste som Försäkringskassan har tagit fram är en rapport som svar på ett regeringsuppdrag om felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet (se avsnitt 12.3.5).

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

TLV ska följa och analysera utvecklingen på tandvårdsområdet.

För att TLV ska kunna fullgöra sin verksamhet i fråga om det statliga tandvårdsstödet ska Försäkringskassan, sedan 2013, löpande till TLV lämna uppgifter om utförd tandvård som finns i tandvårdsregistret. Bland annat ingår detaljerade uppgifter om utförd vård, diagnos/tillstånd, debiterat vårdgivarpris, referenspris, eventuellt stöd från högkostnadsskydd m.m. Tillgänglig data kan användas för både analyser av tandvårdsmarknaden samt beräkningar och bedömningar inför ändringar av föreskrifterna för ersättningsberättigande tandvård.

¹⁴ Regeringsbeslut 2008-12-11 *Uppdrag att samordna ett utvärderingsprogram för tandvårdsstödet*.

¹⁵ Försäkringskassan (2012) *Det statliga tandvårdsstödet – en lägesrapport* samt Försäkringskassan (2012) *När tänderna får vänta*.

Uppgifterna som TLV får innehåller dock endast två bakgrunds-uppgifter om patienten: ålder och kön. TLV får inte heller några uppgifter om personnummer eller vårdgivarnas organisationsnummer vilka ersätts med löpnummer. Löpnumren är dock unika för varje person/organisation vilket medger för TLV att studera unika användare över tid. Uppgifterna från tandvårdsregistret som TLV förfogar över medger därför bara att på ett övergripande plan följa vilken tandvård som utförs och till vilken omfattning, samt statens utgifter och patienternas kostnader för densamma. Data ger i stort sett inga möjligheter att närmare studera fördelningseffekter av regelverket inom befolkningen annat än fördelat på kön och ålder. För liknande analyser krävs fler bakgrundsvariabler och sannolikt även uppgifter om individers tandhälsa.

På regeringens uppdrag tog TLV fram en analysrapport/ nulägesbeskrivning av stödet 2014.¹⁶ TLV fick inom ramen för uppdraget tillgång till mer omfattande bakgrundsdata från SCB för att kunna göra analyser utifrån socioekonomiska variabler (se nedan).¹⁷

Socialstyrelsen

Som beskrivits i avsnitt 11.2.2 ansvarar Socialstyrelsen för tandhälsoregistret. Socialstyrelsen är också, enligt förordningen (2001:100) om den officiella statistiken, statistikansvarig myndighet för hälso- och sjukvården. Varje myndighet beslutar om statistikens innehåll och omfattning inom sitt statistikområde. Tandhälsoregistret används för att sammanställa och publicera statistik över tandvårdens och tandhälsans utveckling i Sverige. Det finns dock ingen officiell statistikprodukt som avser tandvård. Registret används också för att ta fram underlag för utveckling av kvalitetsindikatorer, uppföljning av nationella riktlinjer och andra uppföljningar och utvärderingar på tandvårds- och tandhälsoområdet.

Socialstyrelsen får också uppgifter om tandhälsa till registret från den landstingsfinansierade tandvården utom för barn- och ungdomstandvård.

¹⁶ TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*.

¹⁷ Regeringsbeslut 2013-06-19, *Uppdrag att ta fram en nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet samt åtkomst till tandvårdsstatistik från Statistiska Centralbyrån*.

Socialstyrelsen är den enda myndighet som kan göra analyser som kopplar samman individers tandvårdskonsumtion med deras tandhälsa. Som tidigare nämnts är uppgifterna om tandhälsa omgärdade med en omfattande sekretess och kan därmed inte lämnas ut till andra myndigheter för uppföljnings- och analysändamål. Registret har använts för öppna jämförelser av jämlik hälsa, tematiska rapporter om barn och unga, nationell utvärdering av diabetes etc. Inga epidemiologiska studier har emellertid gjorts kring tandhälsa och inte heller några större studier med socioekonomiska variabler. Socialstyrelsen har inte haft några sådana uppdrag, och det finns heller ingen stor efterfrågan på tandvårdsdata från forskare.

Statistiska Centralbyrån

SCB har inget formellt ansvar för statistik inom tandvårdsområdet. Inom ramen för sitt statistikansvar har SCB emellertid tillgång till en omfattande mängd uppgifter på individnivå om olika socioekonomiska variabler t.ex. inkomster och transfereringar, som behövs för att göra bredare analyser av tandvårdsstödet och tandhälsans fördelning m.m.

Såsom tidigare nämnts får SCB månadsvis från Försäkringskassan hela tandvårdsregistret med verksamhets- och ekonomiska utfall.¹⁸ Bakgrunden är att SCB 2008 fick ett regeringsuppdrag enligt vilket SCB månadsvis skulle ta emot och kvalitetssäkra tandvårdsdata för Regeringskansliets räkning i syfte att regeringen skulle kunna följa upp tandvårdsstödet och även analysera effekter av alternativa varianter av regelverket, t.ex. andra beloppsgränser för skyddet mot höga kostnader.¹⁹ SCB skulle också utveckla och framställa statistik för en tandvårdsmodul i FASIT; tillgänglig endast för Regeringskansliet.²⁰ Skälet var bl.a. att regeringen ska kunna följa tandvårdsreformen och dess effekter både när det gäller kostnader och konsumtionsmönster och att det då behövs en struktur för relevant informationsinhämtning. Ett samlat underlag

¹⁸ Tidigare reglerades dessa dataleveranser i Försäkringskassans regleringsbrev men sedan 2012 finns inte längre någon särskild reglering.

¹⁹ Regeringsbeslut 2008-12-19 *Uppdrag angående tandvårdsdata för uppföljning av tandvårdsstödet och för att analysera regelverkets effekter.*

²⁰ SCB har i uppdrag att utveckla och förvalta simuleringsmodellen FASIT, med vilken det ska vara möjligt att simulera olika förändringars effekt på samhällsekonomin.

behövs även för att utvärdera effekter av eventuella förändringar av ersättningsregler och referenspriser framöver.

SCB levererar fortfarande de s.k. tandvårdsindikatorerna till Socialdepartementet varje månad och numera även till TLV. Indikatorerna innehåller bl.a. uppgifter om stödets utveckling och fördelning, priser m.m. Underlaget publiceras dock inte någonstans.

SCB åtar sig också, efter godkännande från Socialdepartementet, olika uppdrag inom tandvårdsområdet från externa beställare för utvärderings- och forskningsändamål. SCB har då möjlighet att också koppla på annan bakgrundsinformation utöver de som redan finns i tandvårdsregistret om patienterna (t.ex. inkomst, utbildning m.m.) och lämna ut statistik.

11.3.3 Samarbete om register- och statistikfrågor

Som redovisats ovan så utgör Försäkringskassans tandvårdsdata samt Socialstyrelsens tandhälsoregister i dag grunden för all uppföljning och statistik inom tandvårdsområdet. Samtidigt kan konstateras att det saknas ett samlat grepp på statistiken. Det är tre myndigheter – Socialstyrelsen, TLV och SCB – som är helt beroende av Försäkringskassans underlag för sitt arbete men det finns inte något organiserat samarbete mellan de fyra när det gäller t.ex. kvalitetsfrågor, definitionsfrågor och publicering av statistik.

Utredningen kan utifrån sina egna erfarenheter konstatera att det finns problem när det gäller jämförbarheten mellan statistik och uppgifter som kommer från de olika myndigheterna. Ett konkret exempel visas i följande tabell, som visar olika uppgifter om utvecklingen av besöksfrekvenserna – en central uppföljningsvariabel för tandvårdsstödet.

Tabell 11.1 Antal personer och andel av befolkningen som besökt tandvården enligt Socialstyrelsen, SCB, TLV och Försäkringskassan

Avser tvåårsperioden 2013-2014

	Socialstyrelsen		SCB		TLV		Försäkringskassan	
Ålder	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
20–29 år	791 852	59,7%	817 739	64,0%	883 368	66,9%	784 323	59,3%
30–49 år	1 701 639	67,1%	1 761 040	69,8%	1 755 479	69,4%	1 683 375	66,8%
50–64 år	1 391 138	78,9%	1 400 173	80,0%	1 406 154	79,9%	1 379 717	78,4%
65–74 år	908 583	84,3%	835 967	81,9%	883 199	81,8%	898 612	83,4%
75+	622 481	74,6%	504 657	62,8%	574 080	67,9%	600 354	71,3%
Totalt	5 415 693	72,9%	5 319 575	72,1%	5 502 280	73,0%	5 346 381	71,1%

Källa: Socialstyrelsen, SCB, TLV och Försäkringskassan.

Exemplet visar att besöksfrekvenserna varierar beroende på vilken myndighet som lämnar uppgiften. Som framgår av tabellen varierar den redovisade besöksfrekvensen på befolkningsnivå mellan 71,1 och 73,0 procent – en skillnad på nästan två procentenheter! För enskilda åldersgrupper är skillnaderna ännu större.

Det finns fler sådana skillnader, t.ex. när det gäller högkostnadsskyddet och ATB, som inte kunnat förklaras men som sannolikt beror på skillnader i definitioner, kvalitetsrensningar etc. Det finns i dag ingen diskussion om och inget forum som hanterar dessa problem. Det finns heller inte något gemensamt forum för att diskutera vilken statistik och vilka indikatorer som vore av intresse att regelbundet publicera inom tandvårdsområdet – där det kan handla om både tandhälsa, tandvårdsstöd, tandvårdspriser, tandvårdskonsumtion etc. men där statistiken måste hänga ihop. Socialstyrelsen publicerar statistik om tandhälsa och tandvård men av naturliga skäl ingenting om priser eller tandvårdsstöd. SCB tar fram tandvårdsindikatorer men det är Socialdepartementet som äger uppgifterna och de publiceras ingenstans trots att de rimligen borde vara av publikt intresse. Försäkringskassan publicerar vissa uppgifter om stödet och den ersättningsberättigande tandvården men det finns ingen koppling till de andra myndigheternas uppgifter. TLV publicerar ingen statistik över huvud taget, trots att man har ett ansvar för att följa prisutveckling m.m. inom tandvårdsområdet.

Mot den beskrivna bakgrunden finns ett behov av ett betydligt bättre samarbete kring hur data från tandvårds- och tandhälso-

registren kan användas för att ge en bättre och bredare bild av utvecklingen, bl.a. som ett stöd för uppföljning av reformen.

Registrens tillgänglighet

Ett hinder i myndigheternas samarbete när det gäller uppföljning och analys inom tandvårdsområdet är att de inte kan utbyta information med varandra obehindrat. Försäkringskassan och Socialstyrelsen hanterar känsliga personuppgifter om hälsotillstånd och andra personliga förhållanden som i regel omfattas av sekretess. Eftersom sekretessen också gäller mellan myndigheter måste varje informationsutbyte regleras i en författning.

För att inte den enskildes integritet ska kränkas finns det även begränsningar i hur myndigheterna själva kan använda personuppgifterna. Personuppgiftslagen (1998:204) och andra registerförfattningar reglerar för vilka ändamål personuppgifter får behandlas inom den aktuella myndighetens verksamhet.

11.4 Styrning av och samverkan mellan myndigheterna

Med den utformning och organisation som tandvårdsstödet har fått förutsätts ett nära och välfungerande samarbete mellan de berörda myndigheterna. En myndighets insatser kan påverka de andras verksamhet och ansvarsområde och vice versa. I instruktionerna för TLV och Försäkringskassan står det också uttryckligen att myndigheterna ska samverka kring tandvårdsstödet. Därutöver har myndigheterna fått flera uppdrag som bl.a. har handlat om behovet av samarbete och samverkan.

11.4.1 Styrning

Regeringen styr myndigheter genom deras instruktioner, med anslag och regleringsbrev samt med särskilda uppdrag som i vissa fall framgår av regleringsbrevet eller genom ett enskilt regeringsbeslut.

De tre myndigheterna som hanterar frågor rörande tandvårdsstödet har i stort haft samma uppdrag sedan reformen infördes. De har fått ett antal uppdrag att utreda olika frågor men detta har endast i något fall lett till någon förändring.²¹ Trots att myndigheterna pekat på att det funnits mindre positiva inslag i utvecklingen av stödet, t.ex. en svag besöksutveckling, har inga åtgärder vidtagits. Inga gemensamma uppföljnings- eller analysuppdrag har lagts ut efter det tidigare nämnda utvärderingsuppdraget. En förklaring kan vara att utvecklingen i huvudsak ändå bedömts vara ganska god och att det inte funnits några risker för överskridanden av anslaget för tandvårdsstöd.

Som tidigare nämnts utgör myndigheternas arbete med stödet en mycket liten del av respektive myndighets totala verksamhet, vilket kan innebära en risk för att frågorna får en lägre prioritet inom myndigheterna om det inte finns tydliga riktlinjer från regeringen.

11.4.2 Samverkan

Inför 2009 fick TLV, Försäkringskassan och Socialstyrelsen ett gemensamt uppdrag som handlade om att myndigheterna skulle etablera en effektiv samverkan sig emellan för att stödja en ändamålsenlig utveckling av det nya statliga tandvårdsstödet. Uppdraget resulterade i en rapport där man bl.a. konstaterade att myndigheterna hade en god samverkan, att det fanns goda organisatoriska förutsättningar för en effektiv samverkan och att man bildat olika samverkansorgan.²²

I december 2008 fick Försäkringskassan i uppdrag att samordna ett utvärderingsprogram för tandvårdsstödet.²³ Utvärderingsprogrammet fick särskilda resurser och genomfördes tillsammans med Socialstyrelsen och TLV. Resultatet blev ett antal analys-

²¹ TLV får från 2013 del av avidentifierade tandvårdsdata från Försäkringskassan.

²² Försäkringskassan (2009) *Samverkan gällande det statliga tandvårdsstödet*.

²³ Regeringsbeslut (S2008/10484/HS (delvis) *Uppdrag att samordna ett utvärderingsprogram för tandvårdsstödet*.

rapporter, bl.a. om konsumtionsutvecklingen, tandvårdsstödet träffsäkerhet och prisutveckling.

TLV har fått flera uppdrag som bl.a. handlat om myndighetens roll och samverkan inom tandvårdsområdet. Dessa uppdrag har utmynnat i flera rapporter, som sedan har resulterat i vissa förbättringar vad gäller myndigheternas samverkan.²⁴

Regeringen har givit TLV en viss samordnande roll inom tandvårdsstödet. Dialogen mellan myndigheterna har blivit bättre och det finns nu flera fora för dialog kring bl.a. regelfrågor, information och tillämpningsfrågor. Det finns numera också en formaliserad grupp för övergripande samverkan med de sex närmast berörda myndigheterna.

I TLV:s rapport från 2014 framgår att myndigheten anser att strukturen för samverkan mellan myndigheterna och för dialogen med tandvårdens aktörer till stora delar fungerar väl och kan fortsätta att utvecklas i den strukturen. Dock finns det några områden där TLV anser att samverkan behöver utvecklas vidare. Det gäller främst regelverket för tandvårdsstödet, utbildning samt uppföljning och analys. Enligt TLV finns det fortsatta behov av att förstärka uppföljningen av exempelvis tandvårdskonsumtion och tandhälsa, i kombination med socioekonomiska och andra faktorer – något som lyftes fram redan i samband med att tandvårdsreformen genomfördes. I rapporten föreslår TLV att de sex myndigheter som ingår i det gemensamma samordningsarbetet tar fram en årlig handlingsplan där insatser för samverkan identifieras och prioriteras.

Samverkansgrupperingar

De ovan beskrivna regeringsuppdragen till myndigheterna har sannolikt påverkat och förbättrat myndigheternas samarbete. Numera finns följande samverkansgrupperingar för tandvårdsstödet.

²⁴ TLV (2010) *Uppdrag avseende förtydligande av TLV:s roll inom tandvårdsområdet* samt TLV (2014) *Utveckla Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets roll inom tandvårdsområdet*.

- **”Kvartalssamverkansgruppen”** mellan sex myndigheter²⁵, som identifierar områden som kräver ett gemensamt utvecklingsarbete och samverkansfrågor kring utbildning och information, regelförenkling och regeltillämpning.
- **Dialogmötet** är ett forum för diskussion och informationsutbyte mellan tandvårdsmyndigheterna och tandvårdens organisationer, inkl. de odontologiska högskolorna. TLV är sammanhållande myndighet.
- **Regelgruppen** är ett forum för att diskutera förändringar i regelverket för ersättningsberättigande tandvård. I gruppen ingår företrädare för Försäkringskassan, Socialstyrelsen och TLV som även innehar rollen som samordnande.
- **Branschrådet** är en samverkansgrupp som behandlar frågor med anknytning till de uppgifter som Försäkringskassan har inom tandvårdsstödet. I gruppen ingår Försäkringskassan, som också är sammankallande, och företrädare för hela tandvårdsbranschen genom dess olika organisationer.
- **Dialogforum** är ett forum för dialog mellan TLV och patientorganisationerna.
- **Nationella tandvårdsdagen** är ett forum för alla som arbetar med tandvårdsstödet inom Försäkringskassan. Här medverkar även TLV.
- **Samverkan med tandvårdens journalleverantörer** sker genom en grupp med representanter från Försäkringskassan och journalleverantörerna. Här diskuteras bl.a. förändringar i IT-systemen till följd av förändringar i TLV:s regelverk för stödet.
- **Samverkan med IVO** sker genom en överenskommelse mellan Försäkringskassan och IVO som bl.a. behandlar överföring av information mellan myndigheterna.

Av listan framgår att det finns många fora för information och samverkan inom tandvårdsstödet, där de flesta aktörer ingår någonstans och där många frågeställningar täcks in. Det finns dock, vilket berörts

²⁵ TLV, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, IVO, Läkemedelsverket och Strålskyddsmyndigheten.

tidigare, inget samverkansforum när det gäller statistik och analyser inom tandvårdsområdet.

11.5 Slutsatser när det gäller myndigheternas arbete och samverkan m.m.

TLV, Försäkringskassan och Socialstyrelsen är tre myndigheter med olika logik, olika uppdrag och olika fokus i uppdragen kring tandvårdsstödet. Samtidigt krävs det ett nära samarbete och samlade prioriteringar för att på olika sätt få ut maximal nytta av tandvårdsstödet, både ur samhälls-, patient- och effektivitetsperspektiv. De olika myndigheternas insatser är delvis beroende av varandra. Ett exempel är att erfarenheter från kontrollverksamheten är viktiga att ta tillvara i arbetet med föreskrifterna. Ett annat exempel är att riktade informationsinsatser skulle kunna påverka besöksfrekvenserna (och därmed utfallet av stödet) på ett positivt sätt.

Hanteringen av tandvårdsstödet efter reformens genomförande har inte varit föremål för någon tydlig styrning och viljeinriktning från Socialdepartementet. Det har lagts ut en lång rad uppdrag till myndigheterna vilka återrapporterats men få har resulterat i några konkreta åtgärder. Det har funnits ett starkt fokus på den ekonomiska ramen för stödet – och mindre på innehållet och hur man kan förbättra förutsättningarna för att nå eftersträlvade effekter.

Det finns flera områden där myndigheterna gemensamt har fått till stånd ett bra samarbete, t.ex. vad gäller regelverket. Det Försäkringskassan upptäcker vid sina efterhandskontroller får betydelse för de förändringar och den översyn av regelverket som TLV med jämna mellanrum gör. Samarbetet kring uppföljning av regelverket fungerar också bra. Myndigheterna har även ett bra samarbete när det gäller information och stöd till vårdgivare och behandlare. Försäkringskassan och TLV samarbetar med SCB kring prognoser och Försäkringskassan och TLV samarbetar när det gäller kontakter med branschen.

Det spridda ansvaret och bristen på styrning har dock lett till att uppföljningen och analysen av tandvården, tandvårdsstödet och tandhälsan är fragmenterad och delvis begränsad. Det finns därför stora utvecklingsmöjligheter vad gäller just uppföljning och analys. Alla tre myndigheter framhåller vikten av att utveckla detta men

resurser, kompetens och möjligheter att utföra analyser är splittrade. Ett exempel där samarbetet kan utvecklas är analys av tandvårds-konsumtion och tandhälsa kopplat till socioekonomi. I dag är det enbart Socialstyrelsen som får utföra sådana analyser men där resultatet bl.a. kunde utgöra ett viktigt underlag för TLV:s föreskriftsarbete. Genom ett ökat samarbete i dessa frågor kan också de beskrivna problemen med åtkomst till data hanteras på ett bra sätt.

Som nämnts utgör verksamheten kring tandvårdsstödet en förhållandevis liten del av den totala verksamheten vid de tre berörda myndigheterna. Myndigheternas insatser skulle behöva samordnas i större utsträckning, vilket förutsätter en tydligare styrning från Socialdepartementet och samordnade prioriteringar av insatser kring tandvårdsstödet.

11.6 Uppgifter om barns och ungdomars tandhälsa

Socialstyrelsen hade fram till år 2005 regeringens uppdrag att årligen, från huvudmännen i landstingen, samla in och redovisa epidemiologiska uppgifter om förekomst av karies hos barn och ungdomar. Sedan år 2005 har Socialstyrelsen, inom ramen för egeninitierade projekt och med viss regelbundenhet, fortsatt att samla in och publicera uppgifter om karies hos barn och ungdomar. De senast insamlade uppgifterna avser år 2013.

Karies hos barn och ungdomar beskriver väl tandhälsan i populationen (se avsnitt 5.2). Kunskap om förekomst och utveckling ger därför ett viktigt underlag för planering och jämförelser av tandhälsans utveckling regionalt, nationellt och internationellt. Uppgifterna används förutom av Socialstyrelsen även av andra myndigheter, landsting och regioner, forskare och media samt rapporteras till OECD och WHO.

11.6.1 Socialstyrelsens initiativ fram till i dag

Socialstyrelsens förslag 2008

Socialstyrelsens tandhälsoregister innehåller i dag inte uppgifter om personer under 20 år. Socialstyrelsen tog fram en rapport 2008, utifrån ett regeringsuppdrag, där man föreslog att tandhälso-

registret också skulle innehålla uppgifter om barn och ungdomar.²⁶ Registret kunde därigenom bl.a. utgöra en bas för framtida regelbunden statistikredovisning om hela befolkningens tandhälsa. Socialstyrelsen förordade en lösning där informationsöverföringen skulle ske via Försäkringskassans register på samma sätt som för annan tandvård. Förslaget förutsatte vissa författningsmässiga förändringar samt en precisering av vilka uppgifter som skulle omfattas av en uppgiftsskyldighet. Vidare skulle det vara nödvändigt att utveckla en diagnos- och åtgärdsklassificering. Förslagen genomfördes inte.

Utveckling av nuvarande insamlingsmetod

Den metod som Socialstyrelsen sedan dess har använt för insamling av uppgifter om barn och ungdomar har vissa brister. En aggregerad redovisning på landstingsnivå är ofta inte tillräcklig. Vidare saknas helt uppgifter om vilken tandvård som givits samt möjligheter att följa individer och behandlingar över tid.

Socialstyrelsen har nu startat ett projekt för att utveckla metoden för rapportering och redovisning av karies hos barn och ungdomar samt för att samla in och redovisa uppgifter enligt den nya metoden. Målet är att få en förbättrad och ändamålsenlig statistik om förekomst av karies bland barn och ungdomar i Sverige. Projektet innefattar ett arbete med att definiera vilka variabler som ska samlas in och hur inrapportering ska ske. Vidare ska projektet ta fram en modell för redovisning av uppgifterna och förslag på med vilket tidsintervall insamlingen bör ske. Projektet ska avslutas innan utgången av 2015.

11.6.2 Tänkbar utveckling framåt

Socialstyrelsen har av utredningen blivit ombedd att bidra med underlag i den fråga som utredningen har att ta ställning till. Socialstyrelsen har därvid framfört följande.

²⁶ Socialstyrelsen (2008) *Framtida statistikredovisning om barns och ungdomars tandhälsa – Förslag om att använda tandhälsoregistret som datakälla.*

Enkätundersökning bland vårdgivare

Socialstyrelsen genomförde våren 2014 en enkätundersökning till huvudmän och vårdgivare rörande behov av kunskapsstöd inom barntandvården. En klar majoritet anser att det skulle finnas ett stort värde i att kunna följa upp behandlingar och tandhälsostatus hos barn och ungdomar nationellt men också regionalt och lokalt. Ett fungerande system för uppföljning kan, förutom information om munhälsa, också bli ett värdefullt instrument för forskning och kvalitetsutveckling i tandvården. Den uppföljning som finns i dag med inrapportering av så kallade EPI-data (epidemiologisk data) för karies anses otillräckligt.

De svarande menar att det behövs en nationell satsning för att få till ett system som kan förbättra möjligheterna till uppföljning av tandvården och att detta bör ske utifrån gemensamma kriterier. Många av de som svarade ser gärna att Försäkringskassans system används för att samla in data också när det gäller barn- och ungdomstandvård. Ett ytterligare önskemål är att fler variabler ska följas upp än vad som är möjligt i dag. Här avses även möjligheten att göra hälsoekonomiska analyser för olika behandlingar.

Socialstyrelsens bedömning

Socialstyrelsen anser att det är angeläget att de strukturer och system som skapats för att samla in data om vuxnas tandhälsa och tandvård, också används för barn och ungdomar.

I stället för att utveckla den befintliga enkätundersökningen anser Socialstyrelsen att uppgifter om diagnoser och åtgärder inom barn- och ungdomstandvården bör ingå i tandhälsoregistret. Att låta tandhälsoregistret innehålla diagnoser och åtgärder om både barn och vuxna ligger i linje med Socialstyrelsens uppdrag att följa, analysera och rapportera om hälsa. Tandhälsoregistret kan då utgöra bas för en framtida regelbunden statistikredovisning om hela befolkningens tandhälsa, inte endast den vuxna befolkningen.

Att registrera uppgifter i ett hälsodataregister öppnar också för möjligheter att vid behov kunna använda insamlade uppgifter även för andra ändamål än regelbunden statistikredovisning. Det kan röra sig om forskningsstudier som kan vara angelägna för att ge ökad kunskap om utvecklingen av befolkningens tandhälsa,

exempelvis longitudinella undersökningar där individer följs över tid eller studier där samkörningar görs med andra hälsodataregister. Det kan t.ex. gälla att studera samband mellan å ena sidan tandhälsa och å andra sidan andra typer av sjukdomar, läkemedel, hälsoproblem eller socioekonomiska faktorer. I rapporten *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga* har Socialstyrelsen redovisat en pilotstudie som visar hur data om barns tandhälsa kan användas för att analysera socioekonomiska faktorer betydels för munhälsa.²⁷ Rapporten belyser ett tydligt samband mellan föräldrarnas hälsa och socioekonomi och barnens risk för munhälsoproblem.

Socialstyrelsen hänvisar i övrigt till den tidigare nämnda rapporten från 2008 och står fast vid de förslag som där presenterades.

²⁷ Socialstyrelsen (2013) *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga*.

12 Kontrollen av tandvårdsstödet

Sammanfattande slutsatser:

- Försäkringskassans arbete med efterhandskontroller har utvecklats och förbättrats efter 2008, men det finns fortfarande behov av att utveckla bl.a. principerna för urval.
- Genom sitt arbete med rapporten till regeringen 2015 har Försäkringskassan fått bättre förutsättningar för att arbeta mer ändamålsenligt med felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet. Omfattningen av dessa kan nu följas upp och analyseras bättre.
- Försäkringskassan bedömer att de felaktiga utbetalningarna utgör mellan 100 och 180 miljoner kronor per år. Återkraven uppgår till omkring 20 miljoner kronor per år.
- Försäkringskassan har sanktionsmöjligheter som inte används i tillräcklig utsträckning.
- Nuvarande sanktionsmöjligheter är inte utformade så att de kan användas i de fall vårdgivare, vid en efterhandskontroll, inte kommer in med tillräcklig dokumentation som styrker att den tandvårdsåtgärd som vårdgivaren har begärt ersättning för är utförd.
- Nuvarande sanktionsmöjligheter förhindrar inte att oseriösa vårdgivare medvetet utnyttjar tandvårdssystemet genom att rapportera in vård trots att dokumentation helt saknas. Vid upprepade återkrav eller om Försäkringskassan använder sig av sanktionen "innehållande" finns det vissa vårdgivare som slutar att rapportera i det befintliga bolaget för att istället starta ett nytt.

- Det ställs få krav på en vårdgivare för att ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system och ta del av tandvårdsstödet.
- Det saknas bestämmelser som reglerar när i tiden Försäkringskassan kan kvitta en fordran avseende statligt tandvårdsstöd.

12.1 Inledning

Försäkringskassan administrerar det statliga tandvårdsstödet och betalar ut ersättning till vårdgivare. För att säkerställa att rätt ersättning har betalats ut görs automatiska kontroller av alla ärenden i IT-systemet. Därutöver görs manuella efterhandskontroller i ett urval av ärenden.

Detta kapitel handlar om Försäkringskassans arbete med efterhandskontroller och hur detta arbete har utvecklats sedan tandvårdsreformen genomfördes. Kapitlet handlar också om den rapport som Försäkringskassan har sammanställt med anledning av regeringens uppdrag rörande omfattningen av felaktiga utbetalningar. Det finns även ett avsnitt som beskriver vilka sanktioner som Försäkringskassan har möjlighet att använda i sitt kontrollarbete. Avslutningsvis beskrivs hur Försäkringskassan tillämpar den möjlighet myndigheten har att kvitta en fordran på återbetalning av tandvårdsersättning mot andra fordringar som vårdgivaren har på tandvårdsersättning.

12.2 Förutsättningar för anslutning till Försäkringskassans elektroniska system

För att en vårdgivare ska kunna få tandvårdsstöd krävs det att man är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system. För att vårdgivaren ska bli ansluten krävs det att det finns minst en legitimerad tandläkare eller tandhygienist hos vårdgivaren och om vårdgivaren är privat, måste denne vara godkänd för F-skatt.¹ Det som Skatteverket kontrollerar vid ansökan om F-skatt är om den

¹ 18 § andra stycket förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

sökande bedriver och avser att bedriva näringsverksamhet, om denne har lämnat sina deklarationer och betalat skatter och avgifter samt att denne inte har näringsförbud eller är försatt i konkurs.²

För att Försäkringskassan ska kunna kontrollera att kraven för anslutning är uppfyllda ska vårdgivaren lämna registerutdrag från Skatteverket och en kopia på legitimation från Socialstyrelsen. Till ansökan om anslutning (som görs på en blankett som fastställs av Försäkringskassan) ska även bifogas en kopia på registreringsbevis från Bolagsverket. På så sätt kan Försäkringskassan se vem eller vilka som är ansvariga för företaget och som kan agera i företagets namn.

En vårdgivare är en fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård. Det är vårdgivaren som ansvarar för att de uppgifter som krävs inför en anslutning är korrekta. Det är även vårdgivaren – genom firmatecknaren – som har det yttersta ansvaret för hela verksamheten, oavsett antalet mottagningar. En vårdgivare kan registrera flera olika mottagningar hos Försäkringskassan. En mottagning behöver inte vara en fysisk klinik utan vårdgivaren avgör själv hur dess enheter ska klassificeras.

I ansökan ska vårdgivaren ange vem som är kontaktperson för vårdgivaren och varje mottagning samt vem som är vårdgivaradministratör, mottagningsadministratör och normalanvändare. Dessa personer behöver dock inte ha något formellt ansvar för verksamheten.

Försäkringskassan kan enligt 19 § förordning om statligt tandvårdsstöd avansluta en vårdgivare om denne skriftligen begär att anslutningen ska upphöra eller om denne upphört att bedriva tandvård. Likaså om vårdgivaren inte längre uppfyller de krav som gäller för anslutning eller om vårdgivaren inte har påbörjat verksamheten senast sex månader efter det att Försäkringskassan meddelat beslut om anslutning. Försäkringskassan får information från Skatteverket när ett godkännande av F-skatt har återkallats, men det görs inte någon uppföljning av om behandlare hos vårdgivaren fortfarande innehar legitimation.

² 9 kap. 1 § skatteförfarandelagen (2011:1244).

12.3 Automatiska kontroller av inrapporterade uppgifter

Handläggningen av tandvårdsstödet är i huvudsak automatiserad och sker i Försäkringskassans elektroniska system. Mindre än en procent av den totala ärendevolymen kräver manuell handläggning.³ Vårdgivaren rapporterar in utförd vård till Försäkringskassans elektroniska system och erhåller därefter ersättning. IT-systemet gör automatiska kontroller av uppgifterna som rapporteras in för att säkerställa att patienten har rätt till ersättning samt att de inrapporterade åtgärderna och tillstånden är korrekta och får kombineras. Försäkringskassan har strävat efter att i hög utsträckning implementera regelverket från TLV i en regelmotor som 2013 innehöll ca 75 000 regler.⁴ Eftersom TLV:s föreskrifter uppdateras varje år har Försäkringskassan en nära dialog med TLV inför kommande förändringar av regelverket så att dessa kan implementeras i regelmotorn.

Regelmotorn ger ett stöd till vårdgivaren på så sätt att denne direkt får återkoppling om vilken vård som medges utifrån patientens tillstånd och vilken ersättning som kan betalas ut. Om något inte stämmer kan vårdgivaren överhuvudtaget inte skicka in underlaget och därmed inte heller få ersättning.

12.4 Efterhandskontroller av utbetald tandvårdsersättning

Automatiska kontroller kan inte helt förhindra en felaktig tillämpning av regelverket. Därför behövs även manuella efterhandskontroller.

En efterhandskontroll består vanligtvis av en patients alla slutförda åtgärder under en ersättningsperiod. Det innebär att alla vårdgivare som har behandlat patienten under ersättningsperioden ingår i efterhandskontrollen. Efterhandskontrollerna avser nästan bara avslutade ersättningsperioder, vilket innebär att kontrollerna ofta avser patientbesök som ägde rum för mer än ett år sedan.

³ Försäkringskassan(2015) *Efterhandskontroller inom tandvården*.

⁴ Försäkringskassans (2014) *Försäkringskassans årsredovisning 2013*.

År 2014 rapporterades 10,7 miljoner patientbesök i Försäkringskassans elektroniska system. Av dessa besök var det 7,3 miljoner som resulterade i en utbetalning av tandvårdsersättning. Efterhandskontroller gjordes av ca 249 000 patientbesök, vilket utgör ca 3 procent av alla besök som resulterade i en utbetalning av tandvårdsersättning.⁵

Det övergripande syftet med efterhandskontrollerna är regeluppföljning. Det handlar sålunda om att Försäkringskassan ska säkerställa att de har betalat ut rätt ersättning utifrån reglerna om statligt tandvårdsstöd. Detta görs genom att bl.a. kontrollera

- patientens försäkringstillhörighet
- att den rapporterade vården stämmer med tillgänglig dokumentation
- att vården är ersättningsberättigande och att patientens tillstånd, som är grund för den ersättningsberättigande åtgärden, var korrekt angiven
- att rapporterad vård verkligen har utförts genom att ta kontakt med patienten (kontrolleras i undantagsfall)

Försäkringskassan kontrollerar inte om vårdgivaren har rapporterat in rätt uppgift om vem som är behandlande tandläkare eller tandhygienist, vilket vårdgivaren är skyldig att rapportera.⁶

Efterhandskontrollerna har även andra syften, främst att motverka felaktiga utbetalningar genom att identifiera och motverka avsiktliga och oavsiktliga fel, men också att återföra till vårdgivarna hur reglerna om ersättningsberättigande tandvård ska tillämpas, utifrån exempel på vanliga fel.

Efterhandskontroller görs endast av utbetald tandvårdsersättning och inte av ATB, trots att närmare 1 miljard i ATB betalas ut totalt varje år.

⁵ Försäkringskassan (2015) *Försäkringskassans årsredovisning 2014*. Siffrorna avser kontroller som avslutats under 2014.

⁶ 15 § förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

12.5 Utformningen av efterhandskontrollerna

Tandvårdsreformen innebär att inriktningen på Försäkringskassans kontrollinsatser ändrades. Tidigare kontrollerades tandvårdsräkningar som kom in till Försäkringskassan elektroniskt genom vissa maskinella kontroller i IT-systemet. På de tandvårdsräkningar som kom in manuellt gjordes däremot inga systematiska kontroller. All utförd vård inom högkostnadsskyddet för personer som var 65 år eller äldre samt vissa protetiska behandlingar kontrollerades dock genom förhandsprövningar. I förarbetena till lagen om statligt tandvårdsstöd anfördes att kontroller i efterhand, baserade på slumpmässiga urval och misstankar om missförhållanden bör prioriteras högre medan förhandsprövningar bör begränsas till bl.a. särskilt svårbedömda fall.⁷

Regeringen överlät utformningen av kontrollinsatserna till Försäkringskassan men påtalade att kontrollinsatserna skulle baseras på slumpmässiga urval och misstankar om missförhållanden och att de bör kunna ske i form av systematisk bearbetning av elektroniska data, s.k. data-mining, där uppgifter som lämnas i samband med behandling och som av någon anledning avviker från vad som kan anses normalt eller av andra skäl bör uppmärksammas, kontrolleras särskilt. Regeringen ansåg även att kontroller skulle kunna genomföras utifrån särskilda kontrollprogram, där utpekade åtgärder eller åtgärdsgrupper granskas särskilt under en viss kontrollperiod. Det påtalades särskilt att riktade kontroller kan göras i högre utsträckning av vårdgivare som tidigare uppgett felaktiga uppgifter eller försökt få statlig ersättning på felaktiga grunder.

Lagen och förordningen om statligt tandvårdsstöd innehåller inga bestämmelser om att efterhandskontroller ska göras eller hur. I förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan framgår att Försäkringskassan ska säkerställa att felaktiga utbetalningar inte görs, men i övrigt har Försäkringskassan själva fått utforma efterhandskontrollerna.

Utifrån lagrade uppgifter i databasen för det statliga tandvårdsstödet, här kallad tandvårdsregistret, genomför Försäkringskassan två olika typer av efterhandskontroller. Riktade kontroller görs inom ett avgränsat område, exempelvis av specifika tillstånd eller åtgärder, ärenden med höga ersättningsbelopp eller en viss vård-

⁷ Prop. 2007/08:49 s. 96–98.

givare. Därutöver görs även kontroller av ett slumpmässigt urval i syfte att få en bred spridning på kontrollerna, både vad gäller vårdgivare, tillstånd och åtgärder.

I början gjordes efterhandskontrollerna till största delen slumpmässigt. Från 2011 valde Försäkringskassan att göra en allt större andel riktade kontroller, där vissa åtgärder eller tillstånd valdes ut. Vilka åtgärder som skulle granskas baserades på riskanalyser som i sin tur grundades dels på bedömningar av vilka delar av regelverket som framstod som svåra att tillämpa, dels på tidigare kontroller av åtgärder med en hög korrigeringsandel. I det senare fallet avses åtgärder där en stor andel av efterhandskontrollerna resulterat i beslut om återkrav. Fokus låg på att få regelverket att fungera och på lärande – både internt och externt.

I den s.k. kontrollplanen⁸ för 2012 beslutade Försäkringskassan att slumpmässiga kontroller helt skulle bytas ut mot riktade. För att alla vårdgivare skulle bli föremål för någon kontroll, beslutades i stället en kontroll av åtgärden *Basundersökning och diagnostik, utförd av tandläkare* (åtgärdskod 101), eftersom Försäkringskassan antog att detta vara en åtgärd som samtliga vårdgivare kunde antas vidta. Efter påpekande från ISF om att denna åtgärd inte utförs av tandhygienister, som utgör ca en tredjedel av alla behandlare, höll Försäkringskassan med om att de slumpmässiga kontrollerna borde behållas. I praktiken gjordes dock inga slumpmässiga kontroller under 2012, utan istället riktades kontroller mot ersättningsperioder där åtgärd 101 hade förekommit.⁹

I tandvårdsreformens inledningsskede fanns inte någon systematiserad kunskap om tillämpningsproblemen gällande tandvårdsstödet och Försäkringskassan hade heller inte någon beslutad kontrollstrategi. Efterhandskontrollernas inriktning bestämdes på andra grunder, t.ex. riskanalyser. Försäkringskassan gjorde inte heller någon uppföljning av ett representativt urval av ärenden, vilket föranledde kritik från ISF i två olika rapporter. I den första rapporten konstaterade ISF att Försäkringskassan inte söker efter misstänkta mönster i de registeruppgifter som rapporteras in, att efterhandskontrollerna uppvisar brister både i urval och i upp-

⁸ Kontrollplanen är ett dokument som beskriver den fastställda inriktningen för efterhandskontrollerna för ett givet år.

⁹ ISF (2013) *Försäkringskassans efterhandskontroller av tandvårdsstödet* s. 23 f.

följning samt att Försäkringskassan är dålig på att fånga upp impulser och systematisera arbetet med de få fel som upptäcks.¹⁰ I den andra, uppföljande rapporten konstaterade ISF att vissa förbättringar hade skett men att det fortfarande fanns vissa förbättringsområden som behövde åtgärdas för att man ska kunna skapa förutsättningar för mer träffsäkra och ändamålsenliga efterhandskontroller.¹¹ ISF ansåg bl.a. att Försäkringskassan behövde förtydliga sin styrning av urvalen så att omfattningen av efterhandskontrollerna inte blev mer omfattande än vad som egentligen behövs. Genom en tydligare styrning och genom att använda statistisk urvalsmetodik med representativa urval skulle målen med allmänprevention, lärande och arbete mot misstänkta brott kunna uppfyllas i högre utsträckning.

12.6 Utvecklingen av Försäkringskassans arbete med efterhandskontrollerna

12.6.1 Strategi och inriktning m.m.

Försäkringskassans arbete med efterhandskontrollerna är under ständig utveckling och sedan reformen genomfördes har processerna och metoderna utvecklats och förbättrats.

Arbetet utgår numera från en beslutad strategi för tandvårdsstödet som delvis tar sikte på effektivare efterhandskontroller. Av strategin för år 2014–2016 framgår bl.a. att arbetet med efterhandskontroller är ett prioriterat utvecklingsområde. Efterhandskontrollerna ska förbättras genom att Försäkringskassan bl.a. ska förbättra urvalen, skapa en regelbunden återkoppling till bl.a. vårdgivare och öka förmågan att genomföra kvalificerade utredningar, bl.a. genom samarbete med rättsvårdande myndigheter.¹²

Utöver strategin finns också ett särskilt beslut om vilken inriktning efterhandskontrollerna ska ha.¹³ Av denna framgår bl.a. att syftet med efterhandskontrollerna (i prioritetsordning) är att

- identifiera och motverka avsiktliga fel och anmäla brott

¹⁰ ISF (2011) *Kontrollen av tandvårdsstödet*.

¹¹ ISF (2013) *Försäkringskassans efterhandskontroller av tandvårdsstödet*.

¹² Försäkringskassan (2014) *Strategi för Statligt tandvårdsstöd*.

¹³ Försäkringskassan (2015) *Inriktning för efterhandskontroller 2015–2017*.

- att identifiera och motverka oavsiktliga fel
- allmänprevention.

För att identifiera vårdgivare som avsiktligt har gjort fel ska Försäkringskassan använda sig av tidigare kontroller men man ska även börja använda sig av s.k. mönstersökningar i högre utsträckning. Oavsiktliga fel ska hittas genom ett förfinat urvalsarbete och när det gäller allmänpreventionen så är ambitionen att efterhandskontrollera ska få en bred spridning på så sätt att många mottagningar blir kontrollerade. Vetskapen att man med sannolikhet kommer att bli kontrollerad bör vara en drivkraft för vårdgivaren att sträva efter att göra rätt. Detta kan även uppnås genom att rikta kontroller mot områden i försäkringen där incitamenten att tänja på reglerna är höga.

Under 2014 kontrollerades bl.a. vissa åtgärder (303, 342, 343, 402) för att se om vårdgivare överutnyttjar tandvårdsstödet genom att frekvent tillämpa en behandlingsåtgärd med ett högre referenspris, trots att förutsättningarna för att den behandlingsåtgärden skulle vara ersättningsberättigande inte är uppfyllda. Kontroller gjordes även av vårdgivare som tidigare underlåtit att skicka in underlag i samband med efterhandskontroll samt av vissa särskilda åtgärds-koder. Därutöver gjordes även ett slumpmässigt urval.¹⁴

Inriktningen på efterhandskontrollerna har sett olika ut för olika år. 2013 var det viktigast med efterhandskontroller i allmänpreventivt syfte. Kontroller för att identifiera misstanke om brott var lägst prioriterat och däremellan fanns även kontroller för lärande.

12.6.2 Riskanalys och uppföljning m.m.

Försäkringskassan riktar efterhandskontrollerna mot de områden där myndigheten bedömer att det finns en ökad risk för felaktiga utbetalningar. Försäkringskassan genomför årligen en riskanalys för det statliga tandvårdsstödet som, tillsammans med tidigare års kontroller, sedan ligger till grund för den inriktning som efterhandskontrollerna får under kommande år.

¹⁴ Försäkringskassan (2015) *Rapport - kontroller inom statligt tandvårdsstöd 2014*.

Utöver strategin och inriktningen finns det en utvecklingsplan för efterhandskontrollerna. Den ligger till grund för den mer detaljerade produktionsplanen som definierar kontrolluppdrag och som i sin tur ligger till grund för det operativa arbetet vid enheterna för efterhandskontroller.

Varje riktad kontroll som Försäkringskassan genomför resulterar i en rapport. Denna innehåller en analys och förslag på åtgärder, vilket sedan kan leda till vissa åtgärder såsom särskilda informationsinsatser eller impulser till TLV om svårtillämpade föreskrifter. Varje år sammanställs alla rapporter i en kontrollrapport. Analysen och utvärderingen i rapporten avgör sedan inriktningen för vilka kontroller som ska göras nästföljande år.

Efterhandskontrollernas effektivitet följs inte upp på något sätt. Fram till att Försäkringskassan fick uppdraget av regeringen (se nedan 12.5.1) har inte heller någon ordentlig uppskattning eller uppföljning gjorts vad gäller omfattningen av felaktiga utbetalningar.

12.6.3 Metoder för urval

Försäkringskassan kan av naturliga skäl inte efterhandskontrollera samtliga ärenden inom ramen för ett kontrolluppdrag och därför behöver ett urval definieras. Tandvårdsstödet baseras på ett mycket detaljrikt regelverk. Det finns därför många potentiella nivåer och objekt för kontrollerna; vårdgivare, mottagningar, behandlare, patienter, patientbesök, ersättningsperioder, behandlingar, tillstånd och åtgärder, vilket gör urvalsproblematiken särskilt svår. Försäkringskassan har tidigare riktat in sina kontroller på åtgärder och tillstånd där man har vetat att det förekommer relativt många fel. Såsom nämnts ovan har urvalsarbetet kritiserats av ISF, som även ifrågasatt om efterhandskontrollerna är effektiva. Att mäta effektiviteten i arbetet med efterhandskontrollerna är dock komplicerat, bl.a. på grund av urvalsproblematiken, men även för att det är svårt att göra en jämförelse mellan åren då de riktade kontrollerna haft olika inriktningar. Det finns heller inte någon tydlig målsättning för efterhandskontrollerna.

Försäkringskassan har arbetat med att förbättra sina metoder för urval och numera görs detta arbete tillsammans med andra avdelningar och verksamheter inom Försäkringskassan som arbetar

med analys, prognos, kvalitet och kontroll. Efterhandskontrollerna ska fokusera på vårdgivare som gör fel och urvalet ska allt mer bygga på statistiska modeller och mönstersökningar i tandvårdsregistret, dvs. man söker efter tandvårdsmottagningar som uppfyller vissa kriterier som definierats som tänkbara indikatorer på risk för felaktigt utnyttjande. Detta är något som förordades redan i förarbetena till tandvårdsreformen.

12.7 Felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd

Utredningen har valt att definiera felaktiga utbetalningar på samma sätt som den s.k. FUT-delegationen.¹⁵ En betalning är felaktig om den har beslutats och betalats ut på felaktiga grunder. I begreppet ryms följande typer av fel:¹⁶

- Avsiktliga fel – som orsakas av en medveten handling i avsikt att tillskansa sig obehörig ersättning.
- Oavsiktliga fel – som orsakas av t.ex. tidsbrist, missförstånd, okunskap eller slarv och som ger ett felaktigt eller bristfälligt underlag.
- Systemproblem – som orsakas av regel- och stödsystemens utformning och som gör det svårt att definiera om en utbetalning är riktig eller felaktig.

Begreppet felaktiga utbetalningar innefattar både fel som orsakats av vårdgivaren och fel som orsakats av handläggare vid Försäkringskassan.

Enligt Försäkringskassans instruktion ska myndigheten säkerställa att felaktiga utbetalningar inte görs. Försäkringskassan har arbetat med detta genom att förbättra IT-systemet och utöka antalet maskinella kontroller. Försäkringskassan har dock inte, på eget initiativ, gjort någon ordentlig uppskattning eller uppföljning av felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet. I sitt svar på ISF:s rapport 2013:15 poängterade Försäkringskassan också att syftet med efterhandskontrollerna inte var att ta reda på hur många som

¹⁵ Delegationen mot felaktiga utbetalningar.

¹⁶ SOU (2008:74) *Rätt och riktigt - Åtgärder mot felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen* s. 43.

använder tandvårdssystemet på ett felaktigt sätt, utan att betala ut rätt ersättning. Myndigheten har inte ansett att det ingår i deras uppdrag att göra slumpmässiga kontroller för att få fram statistik för att bedöma omfattningen av de felaktiga utbetalningarna.

12.7.1 Försäkringskassans rapport till regeringen om felaktiga utbetalningar

Med anledning av det statliga tandvårdsstödet höga automatiseringsgrad har det funnits farhågor att det förekommer felaktiga utbetalningar i en stor omfattning. ISF påpekade t.ex. i sina rapporter att det kunde finnas incitament för vårdgivare att avsiktligt överutnyttja systemet. Mot denna bakgrund fick Försäkringskassan den 19 december 2013 regeringens uppdrag att göra en bred kontroll av ärenden där det betalats ut ersättning från det statliga tandvårdsstödet, utöver ATB eller STB.¹⁷ Kontrollen skulle göras så att det gick att dra statistiskt säkerställda slutsatser av omfattningen av felaktiga utbetalningar inom det statliga tandvårdsstödet. I uppdraget ingick bl.a. att göra en analys av de uppgifter som kom fram i kontrollen och av analysen skulle det framgå orsaken till att ersättning betalats ut felaktigt. Uppdraget redovisades den 28 februari 2015 och av rapporten framgår sammanfattningsvis följande.

- Av det totalt utbetalda tandvårdsstödet 2013 (5,2 miljarder kronor) bedömer Försäkringskassan att 2,02–3,47 procent, motsvarande ett belopp av 103,8–178,5 miljoner kronor, har betalats ut felaktigt.
- Av de mottagningar som ingick i kontrolluppdraget fick 27 procent ett beslut om återkrav. Av dessa mottagningar var det 63 procent som fick ett återkrav som understeg 1 000 kronor och 89 procent som fick ett återkrav som understeg 5 000 kronor.
- Den vanligaste anledningen till återkrav är att den dokumentation som mottagningen har skickat till Försäkringskassan inte styrker att den tandvårdsåtgärd som vårdgivaren har begärt ersättning för är utförd.

¹⁷ Regleringsbrev för budgetåret 2014 avseende Försäkringskassan.

Av det som framkom i rapporten har Försäkringskassan bl.a. dragit följande slutsatser. Omfattningen av de felaktiga utbetalningarna är lägre än tidigare uppskattningar. De flesta vårdgivare gör rätt och myndigheten kan bli bättre på att arbeta preventivt. Förebyggande insatser syftar till att underlätta för vårdgivarna att göra rätt från början. Genom återkoppling till vårdgivare om vad som rapporterats in fel samt genom att rikta information till de mottagningar som frekvent gör mycket fel kan Försäkringskassan bidra till att minska de felaktiga utbetalningarna.

Rapporten bygger på kontroller som gjorts genom ett statistiskt säkerställt urval av mottagningar, som främst är baserat på mottagningarnas geografiska och storleksmässiga spridning.

12.8 Återkrav och sanktioner

Ett viktigt instrument i Försäkringskassans kontrollarbete är de sanktioner som myndigheten kan använda mot en vårdgivare som inte följer reglerna för det statliga tandvårdsstödet. Sanktioner har även en avskräckande effekt och kan på så sätt motverka ett överutnyttjande av systemet.

De sanktionsmöjligheter som Försäkringskassan kan använda sig av riktar sig enbart mot vårdgivaren, eftersom det är vårdgivaren som är ansvarig och har skyldigheter gentemot Försäkringskassan och sina patienter. I vissa fall kan det dock vara en enskild behandlare som ligger bakom misskötsamheten men som Försäkringskassan har svårt att nå med nuvarande sanktioner och regelverk.

I de två rapporterna från ISF som nämndes ovan konstaterade ISF att Försäkringskassan inte använder de möjligheter till sanktioner som finns och att vårdgivarnas ekonomiska drivkrafter att göra rätt är små.

12.8.1 Återkrav

Om det vid en efterhandskontroll framkommer att ersättning har lämnats felaktigt får Försäkringskassan kräva tillbaka ersättningen.¹⁸ Återkravet är förknippat med en kostnad för vårdgivaren men är rent principiellt inte en sanktion. Tidigare beslutade myndigheten alltid om återbetalning av hela det felaktiga beloppet. Numera underlåter Försäkringskassan att besluta om återkrav i vissa fall, t.ex. om felet är ursäktligt eller om det uppenbart beror på misstag. I de fall en annan ersättningsberättigande åtgärd har utförts än den som rapporterades in korrigerar Försäkringskassan åtgärden, och återkräver endast mellanskillnaden mellan den felaktiga ersättningen och den ersättning som skulle ha betalats ut. I vissa fall kan korrigeringar även leda till att ytterligare tandvårdsstöd ska betalas ut.

Återkrav kvittas som regel mot en kommande utbetalning av tandvårdsstöd.

Under år 2014 återkrävde Försäkringskassan sammanlagt ca 18,6 miljoner kronor av vårdgivarna. Ersättning hade betalats ut på felaktig grund i 22 000 inrapporterade tandvårdsåtgärder, vilket utgör ca fyra procent av det totala antalet kontrollerade åtgärder.¹⁹ Som tidigare nämnts uppskattar Försäkringskassan att det under 2013 betalades ut felaktigt tandvårdsstöd till ett belopp av 103,8–178,5 miljoner kronor. Under 2013 återkrävde Försäkringskassan ca 20 miljoner i tandvårdsstöd.²⁰ Det innebär att det endast är en liten andel (11–19 %) av de felaktiga utbetalningarna som upptäcks och leder till återkrav. Den vanligaste anledningen till återkrav är att den dokumentation som vårdgivaren har skickat till Försäkringskassan inte styrker att den tandvårdsåtgärd som vårdgivaren har begärt ersättning för är utförd.

¹⁸ 4 kap. 2 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

¹⁹ Försäkringskassan (2015) *Försäkringskassans årsredovisning 2014*. Siffrorna avser kontroller som avslutats under 2014.

²⁰ Exakt belopp saknas i årsredovisningen för 2013, men enligt Försäkringskassan (2014) *Rapport om kontroller inom statligt tandvårdsstöd 2013* uppgår beloppet till 23,5 miljoner. Beloppet avser även återkrävd ersättning för efterhandskontroller som avslutats efter 2014.

Bristande dokumentation

Som tidigare nämnts har vårdgivaren en skyldighet att komma in med dokumentation som styrker, dels att den tandvårdsåtgärd som vårdgivaren har begärt ersättning för är utförd, dels att åtgärden är ersättningsberättigande enligt bestämmelserna i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets författningssamling (TLVFS 2008:1).

Journal ska alltid kunna uppvisas. Därutöver finns ytterligare krav på dokumentation för vissa åtgärder, t.ex. ska en riskbedömning dokumenteras vid tillståndet *Förhöjd risk för parodontit* och vid *Kronterapi* ska patientens tillstånd dokumenteras, med foto eller modell, innan åtgärden påbörjas.

Flera rapporter har visat att journalföringen inom tandvården är bristfällig.²¹ Det är vanligt att patientjournaler saknar väsentliga anteckningar om bakgrund och motiv till den valda behandlingen och ibland är delar av dokumentationen otydlig eller saknas helt, exempelvis röntgenbilder. Det är även vanligt att vårdgivare låter förprogrammerade koder som ska redovisas till Försäkringskassan, ersätta anteckningar om diagnoser och utförd vård. Journalerna innehåller ibland även svårförståeliga förkortningar. Det kan i dessa fall vara svårt att urskilja vilken vård patienten har fått.²²

Brister i journalföringen och dokumentationen utgör risk för felaktig behandling. En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten, bakgrunden till vården, diagnoser och anledning till större åtgärder samt väsentliga uppgifter om vidtagna och planerade åtgärder. Dessutom ska journalen innehålla uppgifter om vilken information som patienten fått.²³

IVO är den myndighet som utövar tillsyn över tandvården. IVO kan påtala brister eller lämna kritik och i de fall en behandlare har begått grava fel som hotar patientsäkerheten kan IVO anmäla behandlaren till HSN som i yttersta fall kan återkräva behandlaren legitimation.

²¹ IVO (2013) *Tillsyn av tandvården 2013 – en sammanställning av resultat och iakttagelser i tillsynen* och Försäkringskassan, Socialstyrelsen och TLV (2012) *Journalföring inom tandvården*.

²² IVO (2013) *Tillsyn av tandvården 2013 – en sammanställning av resultat och iakttagelser i tillsynen*.

²³ 5–12 §§ patientdatalagen (2008:355).

Brister i journalföringen är främst ett hot mot patientsäkerheten men har även negativa effekter för vårdgivarna själva och för Försäkringskassan. Efterhandskontrollerna blir mer tidskrävande och därmed mer kostsamma. Vårdgivaren riskerar också att få betala tillbaka tandvårdsersättning om dokumentationen inte styrker att den aktuella vården varit ersättningsberättigande.

Det är emellertid inte alltid dålig journalföring eller slarv hos vårdgivaren som ligger bakom en bristande dokumentation. Vissa åtgärder och tillstånd kan vara svåra att dokumentera, såsom t.ex. kronor, frakturer och karies. Ett konkret exempel är sekundärkaries under en laboratorieframställd krona. I vissa fall syns kariesangreppet endast marginellt på röntgen och det kan också vara svårt att dokumentera med foto.²⁴

Omprövning

Om en vårdgivare eller patient är missnöjd med Försäkringskassans beslut kan man begära att beslutet omprövas. Det vanligaste är att omprövning begärs av vårdgivare. De flesta omprövningar gäller beslut om återkrav och som nämnts ovan är den vanligaste orsaken till återkrav att vårdgivaren inte kommit in med dokumentation som styrker rätten till ersättning. Det är dock vanligt att vårdgivaren, i samband med omprövningen, kommer in med den dokumentation som saknades vid beslutstillfället. Omprövningarna leder därför ofta till en ändring av tidigare beslut (ändringsfrekvensen är ca 50 procent). Att ärendet ska behöva gå till omprövning innan vårdgivaren kommer in med de uppgifter som vårdgivaren enligt lag är skyldig att lämna innebär en onödig samhällskostnad som hade kunnat undvikas om vårdgivaren fullgjort sin uppgiftsskyldighet redan vid Försäkringskassans begäran. Försäkringskassans nuvarande sanktionsmöjligheter är dock inte utformade så att de kan användas för att förmå en vårdgivare att komma in med dokumentation.

²⁴ Källa: TLVs webbaserade kunskapsstöd KUSP. Exempel, sekundärkaries under en laboratorieframställd krona.

12.8.2 Föreläggande om förhandsprövning

Om en vårdgivare i väsentlig utsträckning har åsidosatt bestämmelserna om dennes skyldigheter eller förutsättningarna för ersättning, och det finns skäl att anta att vårdgivaren kommer att fortsätta att i väsentlig utsträckning åsidosätta sina skyldigheter, får Försäkringskassan besluta att vårdgivaren, för att kunna få ersättning för vissa tandvårdsåtgärder, i varje enskilt fall ska begära förhandsprövning hos Försäkringskassan.²⁵ Ett sådant beslut får gälla högst ett år.

Ett föreläggande om förhandsprövning innebär att ersättning endast betalas ut om Försäkringskassan, innan behandlingen utförs, fattar beslut om rätten till ersättning för den aktuella vården. Därefter utför vårdgivaren behandlingen, begär ersättning och får sedan ersättningen utbetalt på vanligt sätt.

Syftet med denna sanktion är att kontrollera vårdgivare som allvarligt missköter sina skyldigheter. Förhandsprövningen innebär inte en bedömning av vad som är en lämplig behandling, utan en prövning av huruvida de åtgärder som vårdgivaren avser att vidta kan berättiga till ersättning. En förhandsprövning behöver emellertid inte bara gälla om viss vård är ersättningsberättigande utan det kan också handla om huruvida en vårdgivare uppfyller ansvaret mot sina patienter, t.ex. vad gäller att lämna prislistor, undersökningsprotokoll eller skriftliga prisuppgifter och behandlingsplaner. Den kan även aktualiseras i fall där en vårdgivare upprepade gånger har begärt ersättning i strid mot bestämmelserna om under vilka förutsättningar tandvårdsstöd kan utgå, t.ex. genom att begära ersättning för tandvårdsåtgärder som vid en efterhandskontroll visat sig inte vara ersättningsberättigande.²⁶

Beslutet kan avse all behandling som vårdgivaren planerar, eller enbart vissa specifika tillstånd och åtgärder.²⁷ Beslutet kan även avse en viss mottagning. Försäkringskassans IT-system saknar dock tekniska lösningar för att låta beslutet avse behandlingar hos en viss behandlare.

Ett beslut om förhandsprövning kan förenas med krav på att viss dokumentation ska bifogas ansökan om förhandsprövning.

²⁵ 4 kap. 6 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

²⁶ Prop. 2007/08:49 s. 170 f.

²⁷ Försäkringskassan (2015) *Statligt tandvårdsstöd*, Vägledning 2008:2 s. 93.

Försäkringskassan har endast använt sig av denna sanktion vid ett fåtal tillfällen. Det beror bl.a. på att handläggningen är tidskrävande, att sanktionen går ut över patienterna då både behandling och ersättning fördröjs samt att det krävs allvarlig misskötsamhet hos vårdgivaren. Dessutom saknar Försäkringskassan tekniska möjligheter att efterhandskontrollera att den förhandsprövade behandlingen utförts enligt tidigare prövning.

12.8.3 Innehållande av ersättning

Försäkringskassan har enligt 4 kap. 8 § lagen om statligt tandvårdsstöd en möjlighet att hålla inne utbetalning av ersättning i avvaktan på att vårdgivaren fullgör sin skyldighet att lämna uppgifter enligt 3 kap. 3 §. Det gäller därmed uppgifter som avser utförd tandvård, innehållet i ingångna avtal om abonnemangstandvård och uppgifter om patienternas tandhälsa.

Handläggningen av tandvårdsstödet är i huvudsak automatiserad. Vissa ärenden "faller ur" systemet och handläggs manuellt, t.ex. om det råder oklarheter om en patient tillhör det svenska socialförsäkringssystemet. När Försäkringskassan använder sig av möjligheten att hålla inne ersättning handlar det också om en manuell handläggning. Den automatiserade handläggningen stoppas tillfälligt och efter det att uppgifterna har kontrollerats, går ärendet tillbaka till den automatiserade handläggningen.

Vid innehållande av ersättning kan vårdgivaren fortfarande utföra behandling utan godkännande av Försäkringskassan. Möjligheten innebär egentligen att Försäkringskassan kontrollerar att de lämnade uppgifterna är korrekta innan ersättning betalas ut. Vad gäller utförd vård ska t.ex. uppgifter om tillstånd- och åtgärdskod anges. Vårdgivaren ska även skicka in underlag som styrker att behandlingen är utförd och att den berättigar till tandvårdsersättning.²⁸ Möjligheten att hålla inne ersättning behöver inte kopplas till en specifik begäran om ersättning.

Försäkringskassan använder sig av möjligheten att innehålla ersättning på ett sätt som går utöver paragrafens lydelse genom att man även innehåller ersättning om vårdgivaren inte kommer in med

²⁸ Försäkringskassan (2015) *Statligt tandvårdsstöd*, Vägledning 2008:2 s. 91.

tillräckliga uppgifter enligt 3 kap. 2 § som avser dokumentation gällande undersökning eller behandling av patient och som Försäkringskassan har begärt in i samband med en efterhandskontroll.

Försäkringskassans möjlighet att hålla inne ersättning får närmast betraktas som en sanktion. Den påverkar vårdgivarens ekonomiska flöde och ger incitament för vårdgivaren att sträva efter att lämna rätt uppgifter. Förfarandet är emellertid väldigt tids- och resurskrävande för Försäkringskassan och sanktionen används därför inte särskilt ofta. Under 2013 rör det sig om ca 20 fall.

Vårdgivaren informeras om att Försäkringskassan kommer att hålla inne ersättning, men något formellt beslut som går att överklaga fattas inte, vilket har föranlett viss kritik. I förarbetena till lagen om statligt tandvårdsstöd nämndes att ett sådant beslut skulle kunna överklagas, men det resulterade inte i någon reglering.²⁹ Försäkringskassan betraktar detta som ett beslut under handläggning, vilket inte går att klaga på enligt förvaltningslagen (1986:223).

Tidigare stoppades all automatisk utbetalning till den vårdgivare som var föremål för "innehållandet", vilket innebar att det kunde drabba många mottagningar som inte misskötte sig. Numera är det möjligt att i IT-systemet innehålla ersättning för en specifik mottagning, men om det finns flera behandlare på mottagningen måste alla bli föremål för en manuell handläggning. Sanktionen skulle bli mindre resurskrävande om IT-systemet även tillät att sanktionen riktades mot en viss behandlare. Försäkringskassan kan dock välja att antingen innehålla ersättning för all behandling som vårdgivaren rapporterar in, eller enbart för vissa specifika åtgärder.³⁰

Medarbetare hos Försäkringskassan har till utredningen framfört att sanktionen inte är verkningsfull mot vissa oseriösa vårdgivare. Om dessa blir föremål för ett innehållande slutar de att rapportera i det aktuella bolaget och istället bildas ett nytt bolag där det inte finns något innehållande och där fordringar kopplade till tidigare återkrav inte kan kvittas. Försäkringskassan saknar verkningsfulla sanktioner mot vårdgivare som utnyttjar systemet på detta sätt.

²⁹ Prop. 2007/08:49 s. 106.

³⁰ Försäkringskassan (2015) *Statligt tandvårdsstöd*, Vägledning 2008:2.

12.8.4 Kontrollutredning och polisanmälan

I Försäkringskassans kontrollarbete ingår att utreda om det finns en misstanke om brott i enskilda ärenden. Om en handläggare misstänker att en mottagning medvetet får, har fått, eller kan komma att få ersättning på felaktiga grunder på grund av att vårdgivaren lämnat felaktiga uppgifter eller underlåtit att anmäla ändrade förhållanden, ska handläggaren lämna en impuls till kontrollutredning.³¹ Impulser kan även komma från en försäkringsodontologisk rådgivare eller annan myndighet eller uppkomma till följd av en efterhandskontroll.

Alla misstänkta brott ska anmälas. Under 2014 gjordes 167 kontrollutredningar men av dessa var det endast 5 utredningar som ledde till en polisanmälan.³² Motsvarande siffror för 2013 var 188 resp. 8.³³ Anledningen till att så få polisanmälningar görs är för att brott mot tandvårdsstödet lagförs enligt bestämmelser om bedrägeri i brottsbalken, enligt vilka det krävs ett uppsåtligt handlande. Övriga förmåner som Försäkringskassan handlägger omfattas av bidragsbrottslagen (2007:612) enligt vilken även grov oaktsamhet kan bestraffas och leda till att man döms för vårdslöst bidragsbrott. Eftersom det statliga tandvårdsstödet betalas ut direkt till vårdgivarna faller det utanför bidragsbrottslagens tillämpningsområde. En följd av detta är att det begränsar förutsättningarna för att lagföra brott rörande tandvårdsstödet, då grov oaktsamhet inte är straffbart vad gäller bedrägeri. Det finns i dagsläget endast en fällande dom där en behandlare dömdes för grovt bedrägeri avseende det statliga tandvårdsstödet.³⁴

Tandvårdsstödet har sålunda inte ett lika starkt straffrättsligt skydd som andra delar av välfärdssystemet, vilket skulle kunna skada tilltron till hela systemet. Med anledning av detta har den s.k. FUT-delegationen tidigare föreslagit att bidragsbrottslagen även borde omfatta sådana ersättningar till vårdgivare som utgör ersättning för utförd tandvård och som Försäkringskassan beslutar om.³⁵

³¹ Försäkringskassan (2011) *Processen för att genomföra efterhandskontroll inom det statliga tandvårdsstödet*.

³² Försäkringskassan (2015) *Rapport - kontroller inom statligt tandvårdsstöd 2014*.

³³ Försäkringskassan (2014) *Rapport - kontroller inom statligt tandvårdsstöd 2013*.

³⁴ Se Malmö tingsrätts dom den 14 november 2014 i mål nr B 3530-13.

³⁵ SOU (2008:74) *Rätt och riktigt - Åtgärder mot felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen*.

12.9 Kvittning av fordran

12.9.1 Rättslig reglering

Ett återkrav kvittas i regel mot en kommande utbetalning av tandvårdsstöd. Försäkringskassans kvittningsrätt regleras i 4 kap. 2 § lagen om statligt tandvårdsstöd där det anges följande. ”Om en vårdgivare har fått ersättning enligt denna lag med ett för högt belopp, får Försäkringskassan kräva tillbaka den ersättning som felaktigt har betalats ut. Försäkringskassan får, i stället för att kräva återbetalning, räkna av beloppet från en annan fordran som vårdgivaren har på ersättning enligt denna lag.”

Försäkringskassan får även kräva tillbaka den ersättning som har lämnats till en vårdgivare som har utfört en protetisk behandling som behöver göras om, och även ett sådant återkravsbeslut får kvittas.³⁶

Lagen innehåller dock ingen bestämmelse om när kvittning kan ske och inte heller när beslut enligt lagen börjar gälla och kan verkställas. Detta har uppmärksammats av JO i ett beslut där Försäkringskassan hade beslutat att en vårdgivare var återbetalningsskyldig för utbetald tandvårdsersättning.³⁷ I anmälan till JO klagade vårdgivaren bl.a. på att Försäkringskassan hade verkställt beslutet genom kvittning, innan beslutet vunnit laga kraft. I remissvar till JO anförde Försäkringskassan bl.a. att avsikten med det automatiserade statliga tandvårdsstödet inte kan vara att ett beslut om återkrav måste vinna laga kraft för att kunna verkställas. JO konstaterade att lagen om statligt tandvårdsstöd saknar uttryckliga regler om verkställbarhet och att rättsläget får betraktas som oklart. Mot bakgrund av stödsystemets logik och lagstiftarens förutsatta syfte med detta hade JO förståelse för Försäkringskassans uppfattning, men ansåg att den rådande oklarheten i frågan borde avhjälpas av lagstiftaren.

Bestämmelserna om återkrav och kvittning i lagen om statligt tandvårdsstöd gäller i förhållande till vårdgivaren. Om en patient skulle bli återbetalningsskyldig (t.ex. om en patient har fått statligt tandvårdsstöd med ett för högt belopp efter att ha fått tandvård

³⁶ 4 kap. 3 § lag om statligt tandvårdsstöd.

³⁷ JO:s beslut 935-2011.

utomlands) regleras återbetalningsskyldigheten i socialförsäkringsbalken, där samtliga beslut gäller omedelbart.

I förarbetena till lagen om statligt tandvårdsstöd föreslog regeringen att vissa bestämmelser om återbetalningsskyldighet, ränta, preskription, uppgiftsskyldighet, omprövning, ändring och överklagande m.m. i 20 kap. lagen (1962:381) om allmän försäkring i tillämpliga delar skulle gälla för ärenden om statligt tandvårdsstöd.³⁸ Bestämmelserna om ränta skulle dock inte gälla i förhållande till vårdgivare av den anledningen att när en vårdgivare felaktigt har fått ett belopp utbetalat till sig kvittas beloppet i regel ganska omgående mot andra fordringar som Försäkringskassan har på samma vårdgivare. I förarbetena anfördes även att det kan vara lämpligt att i första hand avräkna det återkrävda beloppet från en fordran som vårdgivaren har på annan ersättning enligt lagen. Enligt förarbetena utgick man därmed från att kvittning skulle ske relativt omgående.

12.9.2 Försäkringskassans hantering av återkrav och kvittning

Om Försäkringskassan fattar beslut om att återkräva tandvårdsersättning som har lämnats felaktigt skickas ett beslut till vårdgivaren. Om vårdgivaren fortfarande är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system och handläggaren bedömer att kvittning är möjligt anges det i beslutet att det belopp som felaktigt betalats ut kommer att räknas av om vårdgivaren begär ersättning fler gånger inom tre månader. Kvittningen sker sedan automatiskt av IT-systemet. Om kvittning inte bedöms vara möjligt får återkravet skötas manuellt via statlig fordran.

Som det ser ut i dagsläget så finns det i de flesta fall alltså inte ett lagakraftvunnet beslut om återkrav när kvittning genomförs. Det framstår som naturligt att kvittning måste ske tämligen omgående, då det automatiserade systemet bygger på en snabb handläggning där både rapportering av uppgifter och utbetalning av ersättning ska ske inom två veckor. Om återkravet skulle visa sig vara felaktigt vid omprövning eller prövning i domstol löses detta genom att beloppet betalas åter.

³⁸ Prop. 2007/08:49.

Om Försäkringskassan inte skulle ha möjlighet att kvitta en fordran på detta sätt skulle Försäkringskassans fordringshantering bli väldigt tidskrävande och eventuellt skulle mer resurser för detta krävas.

13 Var det en bra reform och vilka är utmaningarna framöver?

13.1 Inledning

Utredningens uppdrag har varit att genomföra en samlad utvärdering av 2008 års tandvårdsreform och bl.a.

- analysera hur den befintliga organisationen och det befintliga systemet för tandvårdssubvention för vuxna kan förbättras för att effektivare bidra till att uppnå målen med tandvårdsstödet samtidigt som god kostnadskontroll säkerställs,
- analysera besöksfrekvenserna i olika grupper, och
- föreslå vilken eller vilka aktörer som bör ha det övergripande ansvaret för information om det statliga tandvårdsstödet.

I de föregående kapitlen har utredningen redovisat sina analyser och slutsatser för olika aspekter på tandvårdsstödet som bedömts vara relevanta för uppdraget.

Utredningen har inte kunnat genomföra en utvärdering av tandvårdsstödet effekter i termer av förbättrad tandhälsa. Stödet är bara en av flera faktorer som påverkar tandhälsan. Därutöver finns alltför få studier inom tandvårdsområdet t.ex. av vilka behandlingsmetoder som är evidensbaserade. Det finns ett stort behov av mer kunskap om tandvårdens effekter i olika avseenden.

13.2 Utredningens samlade bild av nuläget

Utredningens samlade och övergripande slutsats är att tandvårdsreformen 2008 i huvudsak var en bra reform. Den har medfört ett antal fördelar:

- Alla människor som besöker tandvården får del av tandvårdsstödet, vilket skapar förutsättningar för och kan bidra till fler tandvårdskontakter. Besöksfrekvenserna påverkas dock av flera faktorer, t.ex. den förbättrade tandhälsan.
- Färre människor uppger i dag att de, trots behov, avstår tandvård av ekonomiska skäl jämfört med före reformen. Minskningen syns i alla socioekonomiska grupper.
- Högkostnadsskyddet ger ett reellt skydd för patienter som drabbas av höga tandvårdskostnader. Utfallet är också jämlikt i den meningen att "sällan-besökarna" får högre ersättning från högkostnadsskyddet när de väl besöker tandvården.
- Regelverket för ersättningsberättigande tandvård styr tydligare mot den tandvård som prioriteras utifrån diagnoser och som ligger i linje med Nationella riktlinjer för vuxentandvård.
- Det finns en tydlig ordning för att hålla statens kostnader inom den uppställda ramen – även om den i praktiken inte har behövt tillämpas sedan reformen trädde i kraft.
- Systemet bygger på att patienten alltid bär en ganska stor del av sin tandvårdskostnad själv. De kostnadsdrivande inslagen är således begränsade.

Det finns också delar i reformen som varit mindre framgångsrika.

- Reformen förutsatte starka och informerade patienter – men patienterna har i verkligheten ganska svårt att värdera om de får rätt vård och om priset de betalar är rimligt. Patienternas möjligheter att få sin sak prövad är begränsade.
- Trots att andelen som avstår tandvård av ekonomiska skäl har minskat är det fortfarande vissa grupper som besöker tandvården i mindre utsträckning än andra.
- Regelverket för ersättningsberättigande tandvård har blivit alltmer detaljerat och kan uppfattas som komplicerat. Det kan vara svårt för patienterna att förstå och för behandlarna att tillämpa och förklara. Detaljrikedomen speglar komplexiteten i tandvården och strävan att fånga de verkliga kostnaderna för

olika åtgärder – vilket krävs i ett styckeprisbaserat ersättnings-system.

- Samordningen och styrningen av närmast berörda myndigheters arbete och resurser hade kunnat vara bättre och hade sannolikt ökat tandvårdsstödet positiva effekter. Allmänhet och patienter hade kunnat få bättre stöttning i olika former. Regeringen hade kunnat få en bättre återkoppling om stödets effekter.

Därutöver finns vissa frågor som utredningen inte har kunnat utvärdera.

- Om fler besöker tandvården i dag jämfört med före reformen, eftersom det saknas jämförbara data från tiden före reformen.
- Om tandvårdsstödet bidrar till en bättre tandhälsa.
- I vilken utsträckning den tandvård som ges inom ramen för stödet är evidensbaserad.

Det finns inga mål formulerade för hur tandvårdsstödet ska bidra till att en viss tandhälsa uppnås – något som rimligen borde vara det viktigaste med stödet. Utredningen anser därför att det är ganska oklart när regering och riksdag ytterst kan ”känna sig nöjda” med tandvårdsstödet och dess effekter.

Viktiga behov som enligt utredningen behöver åtgärdas när det gäller patientperspektivet:

- Bättre råd och hjälp till patienterna i olika avseenden, främst genom kraftfullare insatser av information och rådgivning.
- En bättre fungerande marknad där ”maktbalansen” mellan patient och behandlare jämnas ut.

Viktiga frågor som enligt utredningen behöver åtgärdas när det gäller styrningsperspektivet:

- Bättre styrning och prioriteringar utifrån ett behovsperspektiv inom den totala ramen för tandvårdsstödet.

- Bättre kontroll, uppföljning och analys av stödets effekter och en tydligare styrning från regeringens sida av berörda myndigheters arbete med stödet.

Utredningens samlade bild är att 2008 års tandvårdsreform var framgångsrik och att tandvården i stort fungerar bra utifrån de behov som dagens patienter har. Utformningen av dagens tandvårdsstöd är i huvudsak bra och bör behållas.

I de följande kapitlen kommer utredningen att presentera ett antal förslag som kan medföra ytterligare förbättringar och som bl.a. handlar om styrning och uppföljning, stöd och information till patienterna, det statliga tandvårdsstödet fördelning och utveckling samt effektivitet och kontroll.

13.3 Några av utmaningarna för tandvården och det statliga tandvårdsstödet framöver

Utredningens förslag ska ses mot bakgrund av några av de utmaningar som tandvården och det statliga tandvårdsstödet står inför framöver.

- Tandhälsan, så som vi nu kan mäta den, fortsätter att förbättras i alla åldersgrupper. Hur kan vi dra fördel av den förbättrade tandhälsan när det gäller tandvårdens inriktning och resurser framöver? Hur bör den beskrivna utvecklingen påverka statens satsningar och tandvårdsstödet inriktning och omfattning på sikt? Tandhälsans utveckling på befolkningsnivå måste beaktas vid beslut om resurser för tandvårdsstödet och fördelningen av resurserna mellan högkostnadsskyddet och ATB.
- Tandvårdsmarknaden är en marknad med fri prissättning och fri konkurrens. Befolkningen har ett stort förtroende för tandvården samtidigt som vårdgivare fortfarande har en betydande marknadsmakt, t.ex. informationsövertag om lämpliga behandlingar och deras svårighetsgrad. För att marknaden ska fungera bättre måste patienterna bli kunnigare, mer prismedvetna och ställa större krav – och få hjälp med det.
- Förstärkta insatser behövs för att bättre nå de grupper som har rätt till det statliga tandvårdsstödet men som inte kommer till tandvården i dag, trots att de har behov. Det finns också riskgrupper

som inte uppvisar samma positiva utveckling som övriga eller som har stora tandhälsoproblem i utgångsläget och som kommer att behöva uppmärksammas; det gäller t.ex. den växande gruppen ”nysvenskar”. Detta handlar både om ekonomiska och andra faktorer. Olika aktörer behöver delta och olika metoder behöver användas för att verka för att dessa grupper kommer till tandvården.

- Det finns grupper, främst vissa äldre, som kan befinna sig i gränzonen mellan statens och landstingens tandvårdsstöd och som inte fångas upp av någotdera av systemen – p.g.a. brister i information och rådgivning, bristande samverkan m.m. Detta behöver angripas från olika håll – både när det gäller information och samverkan men även när det gäller regelverkens tydlighet.
- Det är svårt att ur ett jämlikhetsperspektiv väga behovet av högkostnadsskydd mot behovet av ett generellt stöd (ATB) inom den ekonomiska ram som stödet har i dag. Högkostnadsskyddet kan sägas vara jämlikt för alla som får höga kostnader, men det förutsätter också att patienten själv kan betala för sitt tandvårdsbehov – vilket inte alla kan. Att sänka trösklarna för högkostnadsskyddet skulle dock innebära att det urholkas för dem med stora behov.
- Det finns mycket som talar för att förebyggande och regelbunden tandvård lönar sig – och i grunden handlar det om vars och ens personliga egentandvård. Personer med en god tandhälsa behöver inte besöka tandvården varje år – tandvårdsstödet bör främja att besöksfrekvenser och åtgärder anpassas efter individens behov.
- Vi vet för litet om sambanden mellan tandhälsa och olika faktorer, och om effekter av olika behandlingsmetoder m.m. Det borde forskas mer kring samband och evidens för olika behandlingar och effekter av förebyggande insatser etc. – och det finns oändligt mycket data att bygga kunskap utifrån. Mun- och tandhälsoperspektivet behöver också föras in som en del i folkhälsoarbetet.
- Tandvården och hälso- och sjukvården måste närma sig varandra. Tänderna och munnen är en del av kroppen. Det statliga tandvårdsstödet täcker omkring en tredjedel av kostnaderna men

de flesta patienter betalar nästan all tandvård själva. Det finns inte något starkt politiskt stöd för en ökad offentlig finansiering av tandvården men det finns ändå potential för tandvården och hälso- och sjukvården att samarbeta bättre för de patienter som har problem som samtidigt faller inom bådas ansvarsområde – men det kräver ömsesidig kunskap och förmåga till samarbete och att tänka gränsöverskridande.

- Inom hälso- och sjukvården pågår en gemensam, nationell utveckling av e-tjänster för att tillgodose behoven av att effektivisera vården och stärka patienternas ställning. Tandvården måste bli mer delaktig i denna utveckling.

14 Mål och måluppföljning för tandvårdsstödet

14.1 Inledning

Det finns tydliga indikationer på att befolkningens tandhälsa har förbättrats sedan tandvårdsreformen infördes. Framför allt har andelen personer med många kvarvarande och få lagade tänder ökat.

Tandhälsoutvecklingen påverkas bl.a. av kontakterna med tandvården. Personer som inte besöker tandvården regelbundet löper större risk att drabbas av tandhälsoproblem än andra. Samtidigt visar forskning att sockerintag och fluoranvändning samt egenvård har mycket stor betydelse för tandhälsan. Den avgiftsfria barn- och ungdomstandvårdens betydelse för tandhälsoutvecklingen i Sverige är också viktig i sammanhanget. Trots att tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats finns det dock konstaterade skillnader mellan olika socioekonomiska grupper.¹

Det finns även stora skillnader i tandhälsa mellan olika åldersgrupper i befolkningen. Unga personer har i dag i regel alla sina tänder kvar och endast några av tänderna är skadade. Det är en skillnad mot hur tandstatusen såg ut för dagens äldre när de var unga. Det innebär alltså att det finns stora generationsskillnader i tandhälsan som också återspeglar sig i tandvårdskonsumtionen.

Målen för det statliga tandvårdsstödet måste ses mot den beskrivna bakgrunden. Sambanden mellan munhälsa, vuxentandvård och tandvårdsstöd är alltså inte helt självklara samtidigt som det finns skillnader i tandvårdsbehov mellan olika individer och grupper i samhället. Det är därför viktigt att följa både befolkningens tandhälsa

¹ Se bl.a. Socialstyrelsen (2013) *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga* samt Socialstyrelsen (2010) *Befolkningens tandhälsa*.

och konsumtion av tandvård för att tandvårdsstödet ska kunna anpassas till förändringar i tandhälsans utveckling.

I detta kapitel behandlas frågan om målen för det statliga tandvårdsstödet och hur uppföljningen av stödet och dess effekter kan förbättras framöver.

14.2 Målen för tandvårdsstödet

Utredningens bedömning: Målen för tandvårdsstödet är relevanta och mätbara och bör därför ligga fast. Måluppfyllelsen går i många delar i positiv riktning.

Det behövs en mer systematisk och regelbunden uppföljning av måluppfyllelsen för tandvårdsstödet i förhållande till tandhälsoutvecklingen.

Skäl för bedömningen:

Dagens tandvårdsstöd har två övergripande mål:

1. att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov, samt
2. att möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad.

Det första målet är på längre sikt det viktigaste. Regelbundna tandvårdsbesök minskar framtida tandvårdsbehov och ger därmed det bästa skyddet mot höga kostnader för både patienten och staten. Det allmänna tandvårdsbidraget ger alla ett ekonomiskt grundstöd för regelbundna besök hos en tandläkare eller tandhygienist.

Det andra målet är det viktigaste för de som har stora behov av tandvård för att återskapa funktionerna i munnen. Skyddet mot höga kostnader syftar till att ”minska de ekonomiska hindren för patienter att konsumera den tandvård de behöver.”²

De uppsatta målen var utgångspunkten för tandvårdsstödet konstruktion.

² Prop. 2007/08:49 s. 48.

14.2.1 Bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov

En kontinuerlig kontakt med tandvården bidrar till att det första målet nås. Regelbundna tandvårdsbesök gör det möjligt att upptäcka och åtgärda tecken på sjukdomar i munhålan på ett tidigt stadium vilket minskar de framtida behoven av tandvård. Personer som inte besöker tandvården regelbundet löper därmed större risk att drabbas av tandhälsoproblem än andra. Med hjälp av tandvårdsregistret är det möjligt att följa befolkningens besöksfrekvenser över tid. Socialstyrelsen publicerar även på sin webbplats en statistikdatabas över andelen av befolkningen som fått en undersökning utförd av en tandläkare eller tandhygienist de senaste två åren. Förutsättningarna att följa besöksfrekvenserna är därmed mycket goda, vilket har beskrivits i kapitel 6.

Det finns skillnader i besöksfrekvens mellan olika åldersgrupper i befolkningen. I kapitel 6 har det visats att merparten av skillnaden mellan olika åldersgrupper kan förklaras av skillnader i tandhälsa vilket gör att skillnaderna till stora delar är motiverade. Den förbättrade tandhälsan bland vissa åldersgrupper har sannolikt inneburit att besöksfrekvenserna av naturliga skäl har minskat och kan komma att minska ytterligare framöver av samma anledning.

Samtidigt finns det vissa socioekonomiskt svagare grupper i vilka man inte besöker tandvården lika ofta. I kapitel 15 redogör utredningen för sina förslag för att minska de socioekonomiska skillnaderna i besöksfrekvens. Fortsatta analyser och relevanta underlag behöver tas fram för att utvärdera framtida satsningar på dessa grupper.

Att mäta och följa upp tandhälsa

För att kunna följa upp målet om ”en bibehållen god tandhälsa bland personer med inga eller små tandvårdsbehov” behöver man definiera vad som är god tandhälsa och när den ska anses föreligga, dvs. lägga en grund för hur tandhälsan kan mätas och följas över tid.

När reformen trädde i kraft var kunskapen om befolkningens tandhälsa god, men relativt begränsad för uppföljning och utvärdering. I dag finns uppgifter om tandhälsa för alla som någon gång tagit del av ett ATB; ungefär 88 procent av befolkningen.

Tandhälsans utveckling på befolkningsnivå går därmed på ett tydligt sätt att följa över tid, vilket också visats i kapitel 5.

14.2.2 Möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till rimlig kostnad

Stödets andra övergripande mål är något svårare att mäta eftersom flera av varandra oberoende faktorer samspelar. Högkostnads-skyddet är konstruerat så att staten finansierar en del av tandvården för patienter med stora tandvårdsbehov så att de kan få tandvård till rimliga kostnader. Någon direkt definition av stora tandvårdsbehov utifrån ett tandvårdsperspektiv finns egentligen inte. Inför reformen bedömde regeringen att tandvårdskostnader som översteg 3 000 kronor per år skulle anses vara höga kostnader för tandvård. Begreppet stora tandvårdshov är därmed kopplat till tandvårdskostnaderna.

Med hjälp av tandvårdsregistret går det att kontinuerligt följa t.ex. hur många som anses ha höga tandvårdskostnader, hur stor del av kostnaderna patienterna själva står för, vilka tillstånd och behandlingar som legat till grund för kostnaderna samt hur priserna utvecklas på tandvård. Med hjälp av dessa uppgifter går det alltså att på ett mycket detaljerat sätt följa hur väl stödet skyddar mot höga kostnader. En uppföljning mot detta mål kan t.ex. också visa om det finns omotiverade prisavvikelser mot referenspriserna och därigenom även bidra med viktiga signaler om hur marknaden fungerar.

Frågan om pris handlar också om marknads funktionssätt som kan påverka patienter och deras tandvårdsbeteende. Att stärka patientens ställning var en uttalad ambition med tandvårdsreformen. En faktor som påverkar patientens ställning gentemot vårdgivaren är att patienten ofta saknar tillräcklig information för att kunna göra ett välgrundat val av vårdgivare och behandling. Det handlar dels om att patienten inte själv kan bedöma sitt vårdbehov och vilka behandlingsåtgärder som är optimala, dels om att patienten i dag har begränsade möjligheter att jämföra olika vårdgivare utifrån pris och kvalitet. Staten har ett ansvar att se till att marknaden fungerar så bra som möjligt genom att tillgängliggöra relevanta uppgifter, ge information om stödet samt tillhandahålla pris-

jämförelser och kvalitetsjämförelser så att patienter blir mer medvetna konsumenter. Dessa frågor behandlas i kapitel 15.

14.2.3 Utredningens slutsats om målen för tandvårdsstödet

Mot bakgrund av det som sagts ovan är utredningens samlade bedömning att målen för tandvårdsstödet är hållfasta, relevanta och till stora delar möjliga att följa upp. Måluppfyllelsen går dessutom i flera delar i positiv riktning. Det finns bl.a. två omfattande register som kan användas för att följa upp utvecklingen av målen för tandvårdsstödet.

Måluppfyllelsen behöver dock brytas ned i fler beståndsdelar än i dag och följas mer systematiskt över tid. Analys och uppföljning av stödet behöver även kopplas till utvecklingen av tandhälsan.

14.3 Förbättrad analys och uppföljning av stödet

Utredningens förslag: Regeringen ger Försäkringskassan, Socialstyrelsen och TLV i uppdrag att ta fram en samlad analys av om och i sådana fall hur tandvårdsstödet bidrar till en önskvärd utveckling av tandvårdskonsumtionen och tandhälsan. Inom ramen för detta arbete ska myndigheterna ta fram adekvata indikatorer för utvärdering av tandvårdsstödet som ska kunna följas över tid.

Skäl för förslaget:

Sammantaget är utredningens bedömning att den nuvarande uppföljningen av tandvården, tandvårdsstödet och tandhälsan är fragmenterad och delvis begränsad. Inom utredningens ram har gjorts vissa uppföljningar och analyser som redovisats i tidigare kapitel. Det behövs emellertid en samlad och återkommande värdering av måluppfyllelsen för tandvårdsstödet i förhållande till tandhälsan och den tandvård som befolkningen efterfrågar. Den kunskap och de analysresurser som redan i dag finns tillgängliga bör samordnas och utnyttjas bättre.

TLV, Försäkringskassan och Socialstyrelsen har i dag uppgifter som rör olika delar av tandvården och tandvårdsstödet men ingen

har ett huvudansvar för utvecklingen på området. TLV och Försäkringskassan har ansvar för olika delar av tandvårdsstödet medan Socialstyrelsen utfärdar riktlinjer för den tandvård som bedrivs och som delvis finansieras av stödet. Frågan om samverkan mellan myndigheterna har behandlats i kapitel 11. Utredningens bedömning är att myndigheternas insatser när det gäller uppföljning och analys behöver samordnas i större utsträckning.

Regering och riksdag behöver kontinuerligt ett samlat underlag för att bättre kunna värdera hur tandvårdsreformen uppfyller målen. Underlaget behövs också för beslut om hur stödet kan utvecklas och hur de berörda myndigheterna, gemensamt eller var för sig, bättre kan bidra till måluppfyllelsen. Ett samlat underlag kan också ligga till grund för statens kommande prioriteringar, t.ex. vid fastställandet av anslaget och eventuella förändringar av fördelningen mellan det allmänna tandvårdsbidraget och högkostnads-skyddet.

Målen för tandvårdsstödet är övergripande och generella. De behöver tolkas och konkretiseras i flera mätbara komponenter för att kunna ligga till grund för en bedömning av måluppfyllelsen. Utredningen föreslår därför att regeringen ger de tre myndigheterna i uppdrag att tillsammans ta fram en samlad analys av om och i sådana fall hur tandvårdsstödet bidrar och kan bidra till en önskvärd utveckling av tandvårdskonsumtionen och tandhälsan samt att föreslå relevanta indikatorer på tandvårdsområdet som möjliggör en mer fullständig uppföljning av måluppfyllelsen. För att skapa relevanta indikatorer är det viktigt att samtliga myndigheter är delaktiga i arbetet utifrån sina respektive ansvarsområden. Det är även viktigt för att resultaten ska kunna sättas i rätt sammanhang när de ska tolkas så att det blir meningsfullt för mottagaren. Den främsta målgruppen för indikatorerna bör vara beslutsfattare på nationell nivå, men det bör även övervägas om vissa indikatorer också ska kunna användas av professionen och branschen. Ett bra exempel är Socialstyrelsens indikatorer för god tandvård.³

Indikatorerna bör, utöver att anknyta till de två övergripande målen som finns för tandvårdsstödet, även beskriva utvecklingen i andra avseenden som framhölls i propositionen som föregick

³ Socialstyrelsen (2010) *Övergripande nationella indikatorer för God tandvård*.

reformen. Det gäller till exempel ambitionen att stärka patientens ställning i olika avseenden och att befolkningen ska känna till det statliga tandvårdsstödet. Det gäller också att tandvårdsmarknaden ska kännetecknas av god konkurrens. Det är viktigt att även dessa frågor följs systematiskt över tid genom relevanta indikatorer. Indikatorer bör även utvecklas för att belysa socioekonomiska aspekter på tandhälsa, tandvård och tandvårdsstöd. Även patientens ställning kan mätas med olika indikatorer som t.ex. kan handla om hur stor del av befolkningen som känner till tandvårdsstödet, hur många som använder den framtida pris- och kvalitetsjämförelsetjänsten, hur delaktiga patienten är i val av behandlingsalternativ etc. Många av de beskrivna indikatorerna finns redan eller tas fram med viss regelbundenhet men de behöver förstås också analyseras samlad.

I kapitel 11 har också beskrivits de omfattande register för tandvård och tandvårdsstöd som, tillsammans med andra register, vissa indikatorer kan baseras på. Att bygga på befintliga register är på sikt en kostnadseffektiv lösning. Registeruppgifterna kan dock behöva kompletteras med andra undersökningar. Myndigheterna bör därför även överväga vilka behov som finns av att samla in uppgifter som inte fångas upp registervägen.

En första uppgift för de berörda myndigheterna bör alltså vara att ta fram en samlad analys utifrån vad som här har anförts liksom att föreslå på vilka sätt målen för tandvårdsstödet bättre kan följas och utvärderas framöver.

Resultatet av den samlade analysen ska kunna ligga till grund för regeringens överväganden om behovet av förändringar i tandvårdsstödet och den statliga styrningen av tandvårdsområdet och i myndigheternas arbete med tandvårdsstödet.

Utredningen förordar att Försäkringskassan får den samordnande rollen i de tre myndigheternas arbete, på motsvarande sätt som de hade i det utvärderingsprogram som myndigheterna genomförde gemensamt 2009–2011. Försäkringskassan har i dag en stor del av ansvaret för att hantera tandvårdsstödet, främst genom administration av utbetalningar samt kontroller, uppföljning och information. Försäkringskassan förfogar också över funktioner och kompetenser som har stor betydelse för möjligheterna att utveckla tandvårdsstödet: ägarskap av och utvecklingsansvar för IT-systemet och grunddata om tandvårdsstöd, funktioner och kompetens för

analys, uppföljning och kontroll samt väl utvecklade kanaler för information och kommunikation. Mot den bakgrunden anser utredningen att en framgångsfaktor för det samlade analys- och uppföljningsprogrammet är ett starkt engagemang från Försäkringskassans sida, och att myndigheten därför bör samordna det föreslagna uppdraget.

Inom uppdragets ram behöver myndigheterna ha tillgång till olika typer av uppgifter av vilka vissa är skyddade av sekretessregler. Utredningen har noterat att detta tidigare har kunnat begränsa möjligheterna att bedriva relevanta analyser av tandvårdsstödet. Utredningen bedömer att det inom ramen för ett sådant samarbete som beskrivits ovan bör vara möjligt att genomföra relevanta analyser utan att bryta mot sekretessreglerna.

14.4 Vissa frågor om tandhälsoregistret m.m.

14.4.1 Tandhälsoregistret

Utredningens bedömning. Såväl tandhälsoregistret som tandvårdsregistret är i huvudsak ändamålsenliga för uppföljning och analys inom området men ett bättre samarbete behövs mellan berörda myndigheter när det gäller frågor om kvalitet, definitioner och statistik.

Utredningens förslag: I uppdraget till de tre myndigheterna ska också ingå att samarbeta om register och statistik m.m.

Skäl för bedömning och förslag:

Som tidigare har beskrivits finns det två viktiga och detaljrika register som kan användas för olika typer av uppföljning av tandvård, tandhälsa och tandvårdsstöd – tandhälsoregistret hos Socialstyrelsen och tandvårdsregistret hos Försäkringskassan. Data ur dessa register överlämnas också till TLV och SCB. De båda registren, som till ganska stor del är överlappande, utgör viktiga källor för kvalitetsuppföljning, praxisstudier, forskning och politiska beslut. De ger också möjlighet att följa hur tandvårds-

konsumtionen och tandvårdsstödet utvecklas i förhållande till utvecklingen av tandhälsan.

Utredningen har bl.a. i uppdrag att värdera tandhälsoregistrets ändamålsenlighet och vid behov föreslå förändringar. Utredningen ska också utreda behovet av att införa uppgifter om barn och ungdomar i tandhälsoregistret samt i förekommande fall lämna förslag till reglering. Därvid ska särskilt beaktas eventuella ökningsar av den administrativa bördan för vårdgivare och myndigheter.

I kapitel 11 har beskrivits hur de två registren byggs upp, förvaltas och används och vilka problem som finns förknippade med dem – framför allt att det finns vissa oklarheter kring register- och statistikansvaret samt kvalitetssäkringen och att registren inte används tillräckligt. Detta tar sig bl.a. uttryck i att vissa basala uppgifter, t.ex. besöksfrekvenser i befolkningen, kan skilja sig beroende på vilken myndighet som tillfrågas. Det finns också potential att publicera mer omfattande statistik inom området och utifrån olika synvinklar som inte utnyttjas i dag – t.ex. om stödets omfattning och fördelning, tandvårdskonsumtion och tandhälsa, prisutveckling och tandvårdsmarknad etc.

Utredningens samlade bedömning är att registren i huvudsak är ändamålsenliga utifrån de olika myndigheternas uppdrag. Med bättre kvalitetssäkring och ökad kännedom skulle användningen kunna bli betydligt större och registren skulle därmed kunna bidra till en ökad kunskap om tandhälsa och tandvårdskonsumtion m.m. Det ska ingå i det tidigare föreslagna uppdraget (se avsnitt 14.3) till de tre myndigheterna att etablera ett konkret samarbete om kvalitets- och definitionsfrågor och att vidta åtgärder för att åstadkomma en ökad och förbättrad användning av registren samt att utveckla statistiken och underlaget för uppföljning som kan ligga till grund för en utveckling av tandvården, tandvårdsstödet och ytterst tandhälsan.

Det finns inte något samlat ansvar för statistiken om tandvård och tandvårdsstöd eftersom dessa spänner över flera myndigheters ansvarsområden. Samtidigt finns det ett starkt behov av ett helhetstänkande för att man ska få en komplett bild. Utredningen föreslår därför att de tre myndigheterna gemensamt utvecklar en uppsättning statistik som är relevant att publicera regelbundet. Här kan även SCB:s s.k. tandvårdsindikatorer vara en del.

I det ovan föreslagna uppdraget ingår att myndigheterna ska utveckla för området gemensamma indikatorer som är relevanta för uppföljning av olika aspekter av tandvården och tandvårdsstödet. Varje myndighet kan sedan, utifrån den gemensamma plattformen och utifrån sitt eget ansvar och perspektiv, ta fram och publicera statistik och indikatorer. Det finns också en stor potential att göra djupare analyser av tandvårdskonsumtionens och tandhälsans bestämningsfaktorer m.m. genom att också använda andra register t.ex. hos SCB och Socialstyrelsen. I det gemensamma arbetet bör också ingå att säkerställa hur de formella förutsättningarna kan skapas för detta.

Försäkringskassan äger och ansvarar för grunddata om tandvårdsstödet och skickar detta till andra myndigheter. Försäkringskassan bör därför ta en ledande och samordnande roll även när det gäller samverkan mellan myndigheterna i syfte att hitta gemensamma definitioner, öka kvaliteten och utveckla statistiken så att utvecklingen på området kan belysas och analyseras.

TLV beslutar om regelverket för det statliga tandvårdsstödet. För att förstå hur förändringar av reglerna påverkar patient- och vårdgivarbeteendet behöver TLV något utvidgade möjligheter till analys och uppföljning. Det handlar bland annat om att TLV behöver något fler uppgifter om tandvårdsmottagningar anslutna till det statliga tandvårdsstödet för att myndigheten bättre ska kunna analysera marknadens funktionssätt på ett mer heltäckande sätt än vad som är möjligt i dag.⁴ Det handlar också om att TLV behöver komplettera de uppgifter som myndigheten får från Försäkringskassan med uppgifter från SCB om socioekonomiska variabler genom mikrosimuleringsmodellen FASIT. Det skulle ge TLV bättre möjlighet att isolera och studera effekter av förändringar i regelverket från effekterna av annat som styr tillgång och efterfrågan på tandvårdsmarknaden.

⁴ Utöver de uppgifter som TLV i dag får handlar det främst om geografisk information om mottagningen där vården utförs. Konkret gäller det uppgifter om mottagningens kommunkod, postnummer och gatadress.

14.4.2 Uppgifter om barns och ungdomars tandhälsa

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag att, i samverkan med SKL, bedriva ett arbete med att ta fram underlag för beslut om hur barn- och ungdomstandvården kan omfattas av tandhälsoregistret.

Skäl för förslaget:

I kapitel 11 har beskrivits vilket kunskapsunderlag som finns i dag när det gäller barns och ungdomars tandhälsa. En slutsats är att det är otillräckligt och ger heller inga möjligheter att koppla hälsodata till konsumtion vilket försvårar studier av orsak och verkan. Det finns därmed inte heller ett bra underlag som grund för att ta fram nationella riktlinjer för barn- och ungdomstandvård.

Socialstyrelsen har nu tagit fram ett underlag till utredningen där man presenterar följande förslag:

- Uppgifter om barn och ungdomar bör ingå i tandhälsoregistret.
- Registret bör bygga på data från patientjournaler. Uppgifterna i journalen bör samlas in via Försäkringskassans elektroniska system.
- Det är angeläget att precisera vilka uppgifter som ska omfattas av uppgiftsskyldighet och rapporteras till registret. Valet av uppgifter kommer att få stor betydelse för vilken statistik som kan presenteras.
- Det är angeläget att utveckla en diagnos- och åtgärdsklassificering.

Socialstyrelsen gör bedömningen att förslagen väsentligt skulle förbättra möjligheterna till statistik, kunskapsutveckling och forskning beträffande barns och ungdomars tandhälsa och tandvård.

Utredningens bedömning är att detta förslag behöver utvecklas vidare, konkretiseras och förankras bl.a. med landstingen och med offentliga och privata vårdgivare inom barn- och ungdomstandvården innan det går att lägga ett slutligt förslag om genomförande. Ett arbete behöver bl.a. bedrivas med att precisera vilka uppgifter som ska omfattas av en eventuell skyldighet att rapportera till

registret. Utredningen förordar därför att Socialstyrelsen, i samverkan med SKL, ges i uppdrag att bedriva ett sådant arbete och även att ta fram konsekvensanalyser och annat underlag samt att presentera konkreta förslag. Konsekvensanalysen behöver innefatta både konsekvenser för vårdgivarna och för landstingen samt Försäkringskassan i den mån inrapportering av data ska ske via det nuvarande elektroniska systemet för tandvårdsstödet.

15 Fler och starkare tandvårds- patienter

15.1 Inledning

Tandvårdsreformen syftade bl.a. till att göra det möjligt för fler människor att regelbundet komma till tandvården. En viktig ambition i reformen var också att på olika sätt stärka patienten i det nya systemet. Med ett förstärkt tandvårdsstöd och åtgärder för att stärka konkurrensen i tandvården och patienternas ställning skulle tandvården utvecklas på ett sätt som främjar en god tandhälsa.

Utvecklingen i dessa delar har inte varit helt tillfredsställande. Det finns fortfarande ganska stora skillnader i besöksfrekvens mellan olika grupper och det finns fortfarande brister när det gäller information och annat stöd till patienterna. Detta har också påtalats i ett antal olika rapporter från bl.a. Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Riksrevisionen, Konsumentverket och Konkurrensverket, vilket beskrivits i kapitlen 6 och 10.

I detta kapitel redovisar utredningen sina överväganden och förslag för att få fler personer, som har behov, att komma till tandvården och för att i olika avseenden förstärka tandvårds-patienternas ställning.

15.2 De som inte kommer till tandvården

Det finns en ojämlikhet i besöksfrekvenserna, i tandvårdskonsumtionen och i tandhälsan. Som tidigare har visats (kapitel 6) har vissa grupper betydligt lägre besöksfrekvens trots att de sannolikt har lika stora eller större behov av tandvård ur ett tandhälsoperspektiv. Män besöker tandvården mer sällan än kvinnor. Arbetslösa, personer med ekonomiskt bistånd eller med sjuk- eller aktivitets-

ersättning besöker tandvården mer sällan än tjänstemän, arbetare och pensionärer. Personer med utländsk bakgrund besöker tandvården mer sällan än övriga befolkningen. Unga besöker tandvården mer sällan än äldre – men de unga har å andra sidan inte behov av att gå lika ofta.

15.2.1 Vilka är det som inte besöker tandvården och varför?

Utredningens bedömning: Regelbundna besök i tandvården bidrar till en bättre tandhälsa. Det finns olika orsaker till att människor avstår från att besöka tandvården; både ekonomiska och andra, och olika typer av åtgärder behöver vidtas för att stimulera fler människor att ha regelbundna tandvårdskontakter.

Skäl för bedömningen:

Besöksfrekvenserna har sedan tandvårdsreformen genomfördes i huvudsak varit oförändrade. Utvecklingen har beskrivits i kapitel 6. Det är inte en större andel som besöker tandvården under en tvåårsperiod idag jämfört med vad som var fallet 2009 – men vissa grupper har ökat (unga och vissa äldre) och andra har minskat (personer i medelåldern) sin besöksfrekvens. Samma utveckling gäller både kvinnor och män.

Att regelbundna tandvårdsbesök ger bättre tandhälsa har visats i flera studier.¹ Intervallen för hur ofta man bör besöka tandvården varierar dock beroende på risk för sjukdom, tandstatus etc.

Fler unga besöker tandvården i dag än vid reformens genomförande. Riksrevisionen pekade i sin rapport på att ökningen varit ganska blygsam när det gäller gruppen unga, men utvecklingen har förbättrats och stabiliserats.² År 2009 var det ca 60 procent av unga mellan 20 och 29 år som besökte tandvården inom en tvåårsperiod. År 2014 var motsvarande siffra 62 procent, dvs. en ökning med två procentenheter.³

¹ Se t.ex. artikel i Tandläkartidningen nr 3 2015 *Regelbundna tandläkarbesök ger bättre tandhälsa*.

² Riksrevisionen (2012) *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?*

³ Bygger på data från Försäkringskassan.

De socioekonomiska skillnaderna i besöksfrekvenser kan dock inte sägas ha minskat genomgående. Det finns förvisso en positiv utveckling av besöksfrekvensen för vissa grupper, t.ex. de som vistats 0–2 år i Sverige (+12%), studerande (+5 %) och personer med ekonomiskt bistånd (+3 %). För andra grupper kan en viss nedgång noteras, t.ex. gruppen med sjuk- och aktivitetsersättning (-6 %).⁴

Det allmänna tandvårdsbidraget är ett viktigt stöd för alla att kunna besöka tandvården regelbundet och i förebyggande syfte. Riksrevisionen pekade på att en stor del av den grupp som inte besöker tandvården inte heller känner till bidraget och att det är en bidragande orsak. 61 procent kände till ATB enligt Riksrevisionens undersökning 2012. Kännedomen om stödet har dock ökat enligt en senare undersökning som utredningen genomfört tillsammans med TLV, där kännedomen uppgår till 67 procent.

Det finns emellertid också en ekonomisk tröskel till tandvård eftersom patienten själv betalar en stor del av kostnaden. ATB är ett stöd för regelbunden och förebyggande tandvård. För unga, som i normalfallet behöver göra en undersökning vartannat år, innebär det en kostnad på omkring 175 kronor netto för en tvåårsperiod (referenspriset på en undersökning är 775 kr, minskat med ATB för två år, 600 kr). För en person i vuxen ålder, som kan behöva göra en undersökning varje år, blir det en årlig tandvårdskostnad på minst 625 kronor netto per år (775 kr för undersökningen minskat med ATB för ett år, 150 kr). Högekostnads-skyddet ska skydda mot höga kostnader för dem med stora tandvårdsbehov men det förutsätter också att patienten själv gör en inte obetydlig ekonomisk investering som vissa har svårare att klara än andra.

I propositionen som föregick tandvårdsreformen uttrycktes att den enskilda patienten, genom skyddet, ska ta ett eget kostnadsansvar, men ska normalt inte behöva avstå från nödvändig vård av ekonomiska skäl.⁵ Man framhöll också att patienten alltid ska betala en viss andel själv, så att ett val av dyrare behandling också innebär en högre kostnad för patienten. Detta ansågs vara av betydelse för att inte stödet ska bli onödigt kostnadsdrivande. När det gäller

⁴ Bygger på data från SCB.

⁵ Prop. 2007/08:49. s. 75 ff.

gränsen 3 000 kronor, som är den gräns vid vilken högkostnads-skyddet träder in, var utgångspunkten att det skulle vara "en kostnad som de flesta patienter i normalfallet kan finansiera utan större problem". Denna gräns har sedan reformen genomfördes varit nominellt oförändrad, vilket reellt innebär att den är lägre i dag. Många människor torde ha möjlighet att på något sätt finansiera sina tandvårdskostnader. Det har också utvecklats privata lösningar som ger patienten viss möjlighet att fördela ut sina tandvårdskostnader över tid.⁶ För vissa människor är dock 3 000 kronor självfallet en hög eller t.o.m. mycket hög tröskel.

TLV har visat⁷ att det inte finns några större skillnader mellan olika inkomstgrupper i erhållet tandvårdsstöd. Låginkomsttagare tenderar att besöka tandvården i lägre utsträckning, men de konsumerar i gengäld mer tandvård när de väl besöker tandvården. För vissa åldersgrupper ser man emellertid att de med allra lägst inkomster konsumerar mindre tandvård och får därför mindre stöd än individer i samma ålder med högre inkomster. Det gäller framför allt i åldersgrupperna 20–40 år och 80 år och äldre.

Av betydelse är dock att tandvårdskonsumtion, förutom av behoven, inte bara styrs av ekonomiska utan även av andra faktorer. De som avstår, trots behov, från att besöka tandvården uppger ett antal olika skäl för detta, t.ex. att man är rädd, att det är svårt att få tid osv. En viktig aspekt är också individens egna prioriteringar. Som tidigare redovisats är det en lika stor, t.o.m. något större, andel av befolkningen som avstår från att besöka hälso- och sjukvården som de som avstår från att besöka tandvården trots behov – och trots att patientens kostnad för sjukvård är betydligt lägre. Andelen som trots behov avstår vård av ekonomiska skäl är dock större inom tandvården än inom sjukvården.⁸ Det finns således människor som de facto har svårt att klara en stor tandvårdskostnad. Enligt samma undersökning är det omkring 9 procent av befolkningen som uppger att de, av ekonomiska skäl, inte besöker tandvården trots behov. Det är en minskning i förhållande till tidigare år, men likväl en inte obetydlig siffra.

⁶ T.ex. "Kliniksupport" i samarbete med Resurs bank, hittills i samarbete med två landsting och ett 50-tal privata vårdgivare.

⁷ TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*.

⁸ Folkhälsomyndigheten (2015) *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*.

I Västra Götalandsregionen har man infört fri tandvård för ungdomar upp till 24 år. Trots att tandvården är fri så är besöksfrekvenserna inte så mycket högre i de aktuella grupperna än i andra landsting som inte har fri tandvård för unga; något som styrker att det inte bara är en ekonomisk fråga att man avstår från att besöka tandvården.

När det gäller tandvård till långvarigt sjuka och personer med funktionsnedsättning m.fl. (tandvård som erhålls till hälso- och sjukvårdstaxa) har Vårdanalys konstaterat att dessa grupper har ett lågt utnyttjande av tandvårdsstöd och att en av orsakerna är bristen på information.⁹

Utredningen vill framhålla att tandvårdsstödet är ett generellt stöd för just tandvård, vilket i hög grad har en inriktning mot dem som har stora behov, oberoende av inkomst. Stödet syftar således inte till att utjämna inkomster utan till att ge alla med höga tandvårdskostnader en möjlighet att få kostnaderna reducerade. För att jämma ut inkomster finns andra system – generella system som ska bidra till en ökad ekonomisk jämlikhet.

Vissa som har akuta tandvårdsbehov och saknar medel kan få stöd från socialtjänsten. I övrigt finns inget ekonomiskt stöd som särskilt fångar upp just behovet av tandvård – men samma sak kan också gälla andra behov som uppstår när människor har det svårt ekonomiskt.

Tandvårdsstödet, med dess nuvarande syfte och inriktning och generella utformning, kan knappast lösa problemet att stödja just personer med låga inkomster som har svårt att klara sina tandvårdskostnader. Utredningen har inte haft i uppdrag att utreda särskilda stödformer för de som har en svag ekonomi och ser inte att den problematiken kan lösas inom det nuvarande tandvårdsstödet. Utredningen menar dock att information och olika typer av målgruppsanpassade insatser kan ha betydelse för de berörda gruppernas benägenhet att besöka tandvården och få del av tandvårdsstödet och även att få kunskap om hur man ska sköta sina tänder.

Ett särskilt, inkomstprövat stöd för dem med verkligt stora behov av tandvård skulle i princip kunna övervägas men det vore ett stöd av helt annan karaktär än det nuvarande tandvårdsstödet. Det skulle bl.a. kräva någon form av behovsprövning, vilket t.ex.

⁹ Myndigheten för vårdanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd*.

ger risk för tröskeleffekter, gränsdragningsproblem, administration och inlåsnings effekter.

15.2.2 Kan nuvarande högkostnadsskydd ändras för att nå fler?

Utredningens bedömning: Högkostnadsskyddet bör fortsätta att vara just ett högkostnadsskydd. En sänkning av beloppsgränserna för att nå fler leder till att systemet riskerar att urholkas för dem med stora tandvårdsbehov. Det finns även stor risk för att en breddad subvention delvis skulle ätas upp av prisökningar.

Skäl för bedömningen:

I olika sammanhang har framförts tankar och idéer om att man borde sänka den nuvarande beloppsgränsen för högkostnadsskyddet i syfte att nå fler människor med stödet. Utredningen har mött dessa tankar vid ett antal tillfällen under utredningstiden och har därför försökt analysera och bedöma vad det skulle kunna innebära. En viktig fråga att utgå från i detta resonemang är vad syftet med en sådan förändring skulle vara – att nå fler människor eller att ge en större subvention till de som redan går. Givet den nuvarande ekonomiska ramen så blir effekten av att sprida ut subventionen – så att det blir litet billigare för en stor del av de nuvarande patienterna – att de som har de verkligt stora behoven får mindre subvention. Det finns också en risk för att den breddade subventionen delvis äts upp av prisökningar, eftersom patienterna inte är särskilt priskänsliga. Om man vill nå fler patienter behöver sannolikt beloppsgränsen sänkas ganska väsentligt för att få effekt – men det innebär antingen att subventionen tunnas ut än mer och/eller att den nuvarande kostnadskontrollen inte längre kommer att kunna hållas. ”Dödviktseffekten” av en sådan sänkning skulle sannolikt bli mycket stor, dvs. kostnaden blir hög men effekten på besöksfrekvensen väldigt liten. En sänkt patientkostnad kan leda till en ökad efterfrågan på tandvård, vilket också ökar risken för att kostnaderna för stödet kommer att öka.

Det skulle vara fullt möjligt att laborera med förändrade beloppsgränser och ersättningsgrader i högkostnadsskyddet för att göra stödet bredare och det kan då också nå fler, men givet den nuvarande ekonomiska ramen blir konsekvensen av en sådan åtgärd också ett urholkat och inte längre lika kraftfullt högkostnadsskydd. Det kan också antas ge beteendeeffekter, dvs. människor förändrar sitt beteende och efterfrågar mer tandvård även om det inte alltid är motiverat.

I följande tabell redovisas effekterna av att sänka beloppsgränserna. Dels redovisas kostnadsökningen inklusive dynamiska effekter, dvs. effekter av beteendeförändringar till följd av sänkningen och dels redovisas hur mycket ersättningsgraden skulle behöva sänkas från nuvarande 50 procent om det ska finansieras inom befintlig ekonomisk ram. En sänkning av beloppsgränserna ger, vid oförändrad ekonomisk ram, ganska stora effekter i form av sänkta ersättningsgrader, dvs. en markant försämring av skyddet till patienter med höga tandvårdskostnader.

Tabell 15.1 Beräknade effekter av sänkta beloppsgränser

Lägsta beloppsgränsen	Ökade utgifter vid sänkt beloppsgräns och oförändrade ersättningsnivåer			Ersättningsgrad vid lägsta beloppsgräns om anslaget allttjämt ska vara 5 mdr kr	
	Statisk effekt (FASIT)	Dynamisk effekt*	Total effekt	Statisk effekt (FASIT)	Inkl. dynamisk effekt*
2 000 kr	+ 411 mkr	+ 336 mkr	+ 747 mkr	39 %	35 %
1 000 kr	+ 1 864 mkr	+ 1 044 mkr	+ 2 908 mkr	29,5 %	25 %
0 kr	+ 3 523 mkr	+ 1 075 mkr	+ 4 598 mkr	21,5 %	18 %

Källa: FASIT, STAR-urvalet. Anmärkning. * uppskattade effekter.

Redan vid en sänkning av beloppsgränsen till 2 000 kronor skulle ersättningsgraden behöva sänkas med 15 procentenheter för att utgifterna för stödet inte skulle öka.

Om man politiskt skulle vilja prioritera tandvården högre genom att skjuta till mer pengar i systemet bör det noga övervägas hur dessa medel ska fördelas. Det gäller i synnerhet om man gör det för att nå de grupper som inte besöker tandvården i dag. Att göra subventionen mer generös genom att sänka beloppsgränserna innebär en hög marginalkostnad, dvs. det blir en väldigt hög

kostnad för en sannolikt ganska liten ökning av antalet nya besökare. Merparten av de tillskjutna medlen skulle gå till de som redan besöker tandvården och sannolikt också till vårdgivarna genom höjda priser. Det har dock inte ingått i utredningens uppdrag att överväga hur en eventuellt utvidgad statlig finansiering skulle kunna utformas eller att utreda särskilda lösningar för vissa grupper.

Sammanfattningsvis finns det således inte någon enkel väg att nå grupper med låg besöksfrekvens genom att skruva i högkostnads-skyddet – då förstör man skyddet i andra avseenden. Däremot finns det skäl att överväga en förändring av ATB för att på ett bättre sätt rikta detta mot dem med störst behov, se kapitel 16.

15.2.3 Andra typer av insatser för att fler ska besöka tandvården

Utredningens bedömning: Förstärkta insatser behövs för att nå de grupper som i dag besöker tandvården mer sällan eller inte alls. De åtgärder som behöver vidtas är bl.a. en förbättrad information via olika kanaler samt andra typer av aktiva och riktade insatser för dessa grupper, vid sidan av det ekonomiska stöd som kan ges inom ramen för tandvårdsstödet. Insatserna kan därmed bidra till en mer jämlik tandvård och tandhälsa.

Olika aktörer behöver samarbeta i detta arbete – statliga myndigheter, landsting och kommuner.

Utredningens förslag: Socialdepartementet initierar ett samarbete mellan Försäkringskassan, Socialstyrelsen och SKL att gemensamt ta fram en handlingsplan för hur olika grupper, som i låg utsträckning besöker tandvården, bättre skulle kunna nås med tandvårdsinformation genom befintliga mötesformer och informationskanaler och hur olika aktörer kan bidra.

Skäl för bedömning och förslag:

Staten och landstingen erbjuder olika former av ekonomiskt stöd till personer som behöver tandvård. Landstingen erbjuder

kostnadsfri tandvård för barn och ungdomar upp till 20 år – två landsting har gått längre och erbjuder kostnadsfri tandvård upp till som mest 21 respektive 24 års ålder. Landstingen ger också tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, nödvändig tandvård, tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och vid oralkirurgiska åtgärder. Landstingen ger vidare avgiftsfri tandvård vid uppsökande verksamhet. Statens stöd riktas till vuxna från 20 år och äldre och det har ingen åldersgräns uppåt.

I utredningens analyser har vissa grupper kunnat identifieras som besöker tandvården i lägre utsträckning. Det kan t.ex. gälla vissa äldre personer, personer med låg utbildning, personer som nyligen anlänt till Sverige och personer med olika former av ekonomiskt stöd till följd av arbetslöshet eller sjukdom.

I de grupper där en lägre andel människor kommer till tandvården trots behov finns sannolikt personer som har mycket små ekonomiska marginaler. Det kan emellertid också finnas andra skäl till att de inte besöker tandvården. Det kan gälla människor i någon form av socialt utanförskap, med mer begränsad tillgång till information om tandhälsa och om de möjligheter som finns att få tandvård och tandvårdsstöd. Det kan handla om människor som ofta har kontakt med t.ex. hälso- och sjukvården och omsorgen, men som kanske inte är så lätta att nå via vanliga kanaler. Det kan handla om sköra äldre. Det kan också handla om nyanlända och nysvenskar som inte har haft tillgång till barn- och ungdomstandvård och som upplever språkliga och andra barriärer. Effekten kan bli att tandhälsan, som redan tidigare kan ha varit dålig, försämrats ytterligare. Detta påverkar den sammantagna hälsan och välbefinnandet för dessa personer och kan också skapa ännu större behov av akuta tandvårdsinsatser längre fram.

För att nå dessa grupper med information om tandvård behöver man använda både befintliga kontakttillfällen i socialtjänst och hälso- och sjukvård men också utveckla andra former där både hälso- och sjukvården, socialtjänsten och vården och omsorgen om äldre och psykiskt sjuka behöver medverka. Det kan handla om att ta upp frågor om tandhälsa i olika mötessituationer, t.ex. på mödravårdscentraler, vårdcentraler eller i socialtjänsten. Det kan handla om att informera om tandvårdsstödet vid samhälls-introduktion för nyanlända där Försäkringskassan i dag bl.a. informerar om

socialförsäkringarna. Ett bättre samarbete kan också behöva komma till stånd mellan de nämnda verksamheterna och tandvården.

Ett konkret exempel på sammanhang där man skulle kunna inkludera även information om statligt tandvårdsstöd m.m. är i de överenskommelser som enligt lag¹⁰ träffas mellan landsting och kommuner i respektive län om samarbete i fråga om personer med psykisk funktionsnedsättning. Grupper som berörs av dessa överenskommelser är barn och ungdomar med samtidiga psykiska och sociala problem, personer med samtidig psykisk störning och missbruks/beroendeproblematik och äldre personer med psykisk funktionsnedsättning. I överenskommelserna slår man fast målen för samverkan, målgrupper och ansvarsfördelning både kring specifika ansvarsområden och för specifika målgrupper. I överenskommelsen tas också upp hur samverkan ska se ut för s.k. samordnad individuell planering (sip) som vid behov ska upprättas för att den enskilde ska få de insatser som denne är i behov av. Överenskommelserna tar också upp frågor om bl.a. stöd till närstående, brukarorganisationernas medverkan samt uppföljning och utvärdering. Om överenskommelserna även skulle innefatta att ge en mer systematisk information till dessa grupper om tandhälsa och tandvårdsstöd måste dock informationen vara tydlig. Majoriteten av personerna som omfattas av sip har inte rätt till tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift utan enbart statligt tandvårdsstöd. Det innebär att besök i tandvården kommer att innebära en kostnad som den enskilde själv måste stå för och vars storlek beror på den enskildes tandstatus.

Ett annat exempel på tänkbara sammanhang för att lyfta fram tandvård är i samband med utbildningar för personal inom socialtjänst och hälso- och sjukvård, för att på olika sätt öka kunskaperna om tandvård m.m. och stimulera verksamheterna att i olika möten ta upp frågor om munhälsa med brukare och patienter.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister med främsta syfte att kvalitetssäkra och utveckla vård och omsorg. Det innehåller bl.a. området munhälsa och det används av de flesta kommuner och landsting/regioner. Samtliga personer som kommer i kontakt med relevanta vårdenheter och är 65 år eller äldre, erbjuds riskbedömning och uppföljning inom olika områden, vilka sedan kan

¹⁰ Hälso- sjukvårdslagen (1982:763) och Socialtjänstlagen (2001:453).

följas upp av vården.¹¹ Senior Alert riktar sig således även till individer som inte har lika stort omvårdnadsbehov som de som har rätt till munhälsobedömning inom uppsökande verksamhet, men där man kan förhindra att stora munvårdsbehov uppstår i senare skede. Denna grupp har rätt till statligt tandvårdsstöd men behöver inte ha rätt till tandvårdsstöd från landstinget. Genom Senior alert kan andra vårdformer än tandvården identifiera individer med risk och hjälpa till att förebygga tandvårdsbehov.

I kapitel 10 har beskrivits den analys av tandvårdsstöd för målgruppen äldre som Vårdanalys har gjort.¹² Man konstaterar att stöden inte når ut till de äldre i målgruppen i tillräcklig omfattning. En av orsakerna är bristande kunskap och kännedom om de olika stöden och att de upplevs komplexa och administrativt krångliga. Ett skäl till den bristande kunskapen och kännedomen anses vara att informationsansvaret för tandvårdsstödet är uppdelat på olika aktörer, vilket i sin tur bl.a. förklaras av tandvårdssystemets utformning med flera olika tandvårdsstöd som har olika finansiering, subventionsgrad och krav för berättigande. Den sammanfattande bedömning som görs i rapporten i den delen är att det finns ett behov av att tydliggöra och samla det övergripande informationsansvaret nationellt. Den ansvariga myndigheten skulle då ha till uppgift att sprida relevant information till patienter och medborgare, dels direkt genom egna kanaler, dels indirekt via de olika aktörerna ute i landsting och kommuner. Det är avgörande att vårdgivare inom både hälso- och sjukvården och tandvården även fortsättningsvis har ansvar för att förmedla information om stöden till patienterna. För att detta ska fungera mer effektivt än i dag föreslår Vårdanalys att ”den aktör som får det samlade informationsansvaret nationellt också får i uppdrag att ta fram vägledning för vårdgivarna kring informationsansvaret och vad informationen ska innehålla.”

Vårdanalys menar också att en viktig uppgift för den aktör som får informationsansvaret blir att hitta ändamålsenliga sätt att sprida information om tandvård och tandvårdsstöd till patienter, med-

¹¹ Avser kommunala äldreomsorgen, hemsjukvården, primärvården och slutenvården.

¹² Myndigheten för vårdanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd*. Analysen avser tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård.

borgare och vårdgivare inom tandvård, hälso- och sjukvård samt socialtjänst.

Utifrån den refererade rapporten drar utredningen bl.a. slutsatsen att det finns människor som hamnar i gränsområdet mellan det statliga stödet och landstingens stöd. En annan slutsats utifrån redovisningen i det föregående är att både kommuner, landsting och staten behöver vidta olika åtgärder som kan leda till att berörda får den tandvård och information om tandvårdsstöd som de behöver. Utredningen har haft en dialog med SKL om hur man skulle kunna arbeta för att lyfta fram tandvården i de sammanhang där man möter människor i vård, omsorg och socialtjänst och har också förslag om hur munhälsan ska kunna bli en del i folkhälsoarbetet (se avsnitt 18.2.2). Utredningens bedömning är att både staten, genom Försäkringskassan och Socialstyrelsen, och kommuner och landsting, genom SKL, tillsammans behöver inventera befintliga former och sammanhang där frågor om tandhälsa och tandvårdsstöd skulle kunna lyftas fram gentemot olika grupper, och hur man konkret kan samarbeta mellan berörda aktörer för att det ska hända. Utredningen bedömer också att detta kan ske genom att Försäkringskassan, Socialstyrelsen och SKL, som ett första steg, tar fram en handlingsplan för ett sådant arbete.

15.3 En utvecklad och förbättrad information och rådgivning

15.3.1 Förstärkt information till allmänhet och patienter

Utredningens bedömning: Försäkringskassan bör få en starkare och tydligare roll när det gäller information om tandvårdsstödet – som blir mer omfattande än den roll som Försäkringskassan har när det gäller andra socialförsäkringsförmåner.

I syfte att stärka tandvårdspatienternas ställning bör Försäkringskassan ges ett tydligare informationsuppdrag när det gäller tandvårdsstödet som innebär att ge råd och stöd till allmänheten i fråga om det statliga tandvårdsstödet och andra tandvårdsfrågor. Försäkringskassan bör rikta målgruppsanpassad information till de grupper som i dag har en låg besöksfrekvens i

tandvården, förstärka kundtjänsten och överväga behovet av en övergripande Tandvårdsportal.

Utredningens förslag: I Försäkringskassans instruktion klargörs att myndigheten också ansvarar för att ge information till patienter och allmänhet om det statliga tandvårdsstödet och andra tandvårdsfrågor.

Skäl för bedömning och förslag:

Tandvårdsreformen byggde på att tandvårdsstödet är väl känt för allmänheten och att patienterna är pris- och kvalitetsmedvetna tandvårdskonsumenter på en marknad med fri konkurrens och fri prissättning. Detta har inte uppnåtts fullt ut, vilket sannolikt påverkat både utnyttjandet av stödet och prisnivåerna inom tandvården.

Sedan 2009 har det skett en viss förbättring av kännedomen om ATB enligt den undersökning som utredningen har genomfört. Kännedomen när det gäller högkostnadsskyddet är dock oförändrad.

Frågan är om det är relevant att tala om en låg kännedom om tandvårdsstödet i den vuxna befolkningen”. Som tidigare redovisats är det två tredjedelar av befolkningen som känner till att det finns ett ATB. Nästan lika stor andel av befolkningen känner till att det finns ett högkostnadsskydd, vilket är högt jämfört med andra områden. Det torde dock finnas en potential för förbättring. En hög kännedom om stödet och dess innebörd har sannolikt betydelse för benägenheten att uppsöka tandvården. Vad som kan vara ett rimligt mål för kännedomen behöver övervägas och nyanseras.

Förutsättningar för information om tandvård och stödet

I ett bredare perspektiv kan information till allmänheten om tandvård t.ex. handla om vårdinnehåll, vårdutbud, patientens rätt, konsumentaspekter, egenvård, tandvårdsstöd och vad det kan kosta att gå till tandvården. Det finns egentligen ingen instans som har det övergripande ansvaret för information om tandvård på samma sätt som t.ex. inom sjukvården, där landstingen är huvudmän, huvudfinansierare och ytterst ansvariga. Det är inte heller helt klart

hur ansvaret för information till allmänheten om tandvårdsstödet ser ut eller ska fungera – den kan vara både en vårdfråga, en fråga om tandvård och en konsumentfråga.

När patienten kommer till tandvården ska vårdgivaren, enligt lagen om statligt tandvårdsstöd, ge patienten information om prislister, olika behandlingsalternativ, vilken tandvård som är ersättningsberättigad, prisuppgifter, uppgift om referenspris och ersättning samt undersökningsprotokoll. Den information som avses i detta avsnitt är dock främst sådan information som riktar sig till de som ännu inte kommit till tandvården och till de som avser att besöka tandvården men vill skaffa sig mer kunskap om stödet och hur man kan jämföra olika vårdgivare innan de bokar tid för ett besök.

Utifrån vad som framfördes i förarbetena är utgångspunkten, när det gäller information till allmänheten om tandvårdsstödet, att Försäkringskassan skulle ha det övergripande ansvaret. Även Nämnden för statligt tandvårdsstöd och Sjukvårdsrådgivningen/1177.se skulle ha en viktig roll.¹³

I propositionen ansågs det naturligt, med hänvisning till Försäkringskassans ansvar för att informera vårdgivarna om det tidigare statliga tandvårdsstödet, att myndigheten också skulle ansvara för informationsinsatser rörande det nya tandvårdsstödet. Det skulle kräva informationsinsatser riktade till patienter och vårdgivare och dessutom mer kontinuerliga insatser som riktar sig till vissa grupper, exempelvis 20-åringar i samband med att de för första gången blir berättigade till statligt tandvårdsstöd. Det betonades att Försäkringskassan bör överväga särskilda informationsinsatser för att nå grupper som kan ha svårt att ta till sig sådan information.

Skrivningarna i propositionen följdes dock inte upp genom konkretiseringar i förordning eller i regleringsbrev.

Försäkringskassans nuvarande roll

Försäkringskassans roll när det gäller information om tandvårdsstödet skiljer sig i olika avseenden från den som gäller andra förmåner. Man arbetar i princip mot vårdgivare, behandlare och patienter men hittills

¹³ Prop. 2007/08:49, s. 143.

har högst prioritet givits åt information och utbildning av vårdgivare och behandlare. Det kan sägas vara en naturlig följd av att de flesta kontakter kring tandvårdsstödet är med vårdgivare, och att det har funnits många konkreta problem att hantera i den delen. Men Försäkringskassan har också sett vårdgivarna som en effektiv informationskanal till allmänheten.

I kapitel 10 har beskrivits hur Försäkringskassan arbetar med information om tandvårdsstödet genom olika kanaler. När det gäller allmänt tandvårdsbidrag och högkostnadsskydd har man dock inte gjort några särskilda informationsinsatser sedan 2009.¹⁴ Myndigheten har inte heller fått något specifikt regeringsuppdrag att informera om tandvårdsstödet. Försäkringskassans egna erfarenheter är att breda kampanjer kan vara resurskrävande och att nyttan inte alltid står i proportion till kostnaden. Den bild som utredningen fått är att Försäkringskassan inte uppfattar att man i dag har något uttryckligt uppdrag att försöka få fler människor att utnyttja tandvårdsstödet.

En jämförelse kan göras med det arbete som Försäkringskassan bedriver inom föräldraförsäkringen. I det fallet har man haft ett uttryckligt uppdrag i regleringsbrevet att uppnå följande mål: "Försäkringskassans information ska ge föräldrar goda kunskaper om föräldraförsäkringens regelverk och därmed skapa förutsättningar för valfrihet, ett jämställt föräldraskap och makt över livssituationen".

I årsredovisningen för 2014 har Försäkringskassan rapporterat om de insatser som har vidtagits för att uppnå målet.

- En informationskampanj har bedrivits med syftet att informera om försäkringens konstruktion och sprida kunskap i ämnet.
- För att främja utvecklingen mot ett jämställt uttag av föräldrapenning har under året i olika sammanhang presenterats kunskap om vilka normer i samhället som påverkar föräldrars uttag av föräldrapenning. Webbplatsen normkollen.se har skapats för att sprida kunskap om föräldranormen som grundas i egen statistik och i andras forskning.

¹⁴ En särskild informationskampanj avseende särskilt tandvårdsbidrag (STB) genomfördes under 2013.

- Försäkringskassan har deltagit aktivt i seminarier, medier och olika kanaler i syfte att sprida kunskap om föräldraförsäkringens regelverk och analyser av hur den utnyttjas. Information om föräldraförsäkringen har lagts ut på Facebook. Kundcenter svarar på frågor som föräldrar ställer på andra webbplatser för föräldrar, till exempel familjeliv.se.
- Informationen är inriktad både på föräldraförsäkringens regler och på användningen av självbetjäningstjänsterna. Den omfattar även reglerna om sjukpenninggrundande inkomst och jämställdhetsbonus, eftersom bägge har betydelse för planeringen av föräldrapenninguttaget och upplevs som svåra av många föräldrar.
- Skriftlig information ges till föräldrar, bl.a. inför barnets födelse. För att hjälpa föräldrarna att planera sitt uttag av föräldraledighet finns ett planeringsverktyg på webbplatsen som håller reda på uttagna dagar, hur många dagar som finns kvar för barnet, om dagar behöver överlätas till den andra föräldern med mera. Med hjälp av verktyget kan föräldrar också se hur mycket pengar som preliminärt kommer att betalas ut varje månad.
- Informationen om föräldraförsäkringen, även planeringsverktyget och faktabladen, finns också på andra språk och det går dessutom att ställa frågor om föräldraförsäkringen på Facebook på ett antal olika språk. Kundcenter kan ge information på engelska.

Försäkringskassans bedömning i årsredoviningen är att målet när det gäller föräldraförsäkringen är uppfyllt. Informationen har utvecklats och förbättrats under året, från en redan hög nivå. Dessutom har självbetjäningstjänsterna ytterligare utvecklats, vilket ger föräldrar ökad valfrihet, bättre förutsättningar för ett jämställt föräldraskap och makt över sin livssituation.

Det finns självfallet vissa skillnader mellan föräldraförsäkring och tandvårdsstöd; främst att blivande föräldrar är betydligt lättare att identifiera än potentiella tandvårdspatienter. Å andra sidan är det väsentligt fler människor som går eller borde gå till tandvården betydligt oftare än man blir förälder. Utredningen menar att större delen av befolkningen egentligen kan betraktas som potentiella tandvårdspatienter vid någon tidpunkt. Försäkringskassan kan t.ex. också identifiera dem som har kvitterat ut sitt allmänna tandvårdsbidrag eller fått högkostnadsskydd.

15.3.2 Hur kan informationsarbetet förstärkas?

Det finns ett antal insatser som kan göras för att stödja människor att utnyttja tandvårdsstödet och därigenom ges bättre förutsättningar för en god tandhälsa.

Försäkringskassan är den myndighet som har bäst förutsättningar att göra detta av de tre närmast berörda myndigheterna på området. Varken TLV eller Socialstyrelsen har motsvarande organisation, resurser eller kanaler att hantera information riktad till befolkningen och det ligger inte lika naturligt inom deras uppdrag.

Tandvårdsstödet skiljer sig något från andra förmåner som Försäkringskassan hanterar, och då behöver även informationsarbetet anpassas efter de förutsättningar som gäller. Metoder och arbetssätt som behöver användas finns redan inom myndigheten.

I Försäkringskassans strategidokument för tandvårdsstödet¹⁵ definieras tre kundgrupper: "allmänheten", "vårdgivarna" och "behandlare och annan personal inom tandvården". När det gäller kundgruppen "allmänheten" anges som ett av utvecklingsområdena för Försäkringskassan att öka kunskapen hos allmänheten om det statliga stödet. De insatser som beskrivs är att utveckla och förbättra den externa informationen och att utveckla "Mina sidor" på Försäkringskassans webbplats, där allmänheten ska kunna få information om sin egen tandvårdskonsumtion. Utgångspunkten för insatserna är att man vet att stödet är dåligt känt, att det inte utnyttjas av alla och att regelverket upplevs som komplicerat. Inriktningen i strategidokumentet ligger i linje med den som utredningen anser är riktig, men utredningens bedömning är att det finns behov av mer kraftfulla insatser från Försäkringskassan sida för att nå verkligt resultat när det gäller allmänhetens och patienternas kännedom och kunskaper om stödet eftersom detta har betydelse för benägenheten att besöka tandvården. Det gäller särskild de som inte alls eller väldigt sällan besöker tandvården.

Försäkringskassans informationsuppdrag inom tandvårdsstödet är i dag utformat på samma sätt som för andra förmåner. Informationen finns huvudsakligen på webben. Den är inte riktad eller anpassad till olika målgrupper och den bedrivs inte i någon större utsträckning genom aktiva insatser och kampanjer. Informations-

¹⁵ Försäkringskassan (2014) *Strategi för Statligt tandvårdsstöd*.

insatserna när det gäller föräldraförsäkringen är bra exempel på hur Försäkringskassan skulle kunna arbeta även i fråga om tandvårdsstödet.

Mot den beskrivna bakgrunden föreslår utredningen att Försäkringskassan ges en tydligare och mer förstärkt roll när det gäller information och rådgivning om tandvårdsstöd och därmed sammanhängande frågor. För att markera betydelsen av detta utvidgade uppdrag föreslår utredningen att det skrivs in i Försäkringskassans instruktion att myndigheten ska ansvara för att ge information till tandvårdspatienter och till allmänheten om det statliga tandvårdsstödet. För att betona att uppdraget också innefattar att ge råd och hjälp både ifråga om stödet och andra närliggande frågor bör uppdraget gälla att ge information om tandvårdsstöd och andra tandvårdsfrågor. Där ingår också att svara på allmänna tandvårdsfrågor och vid behov hänvisa vidare till lämplig instans.

Inom ramen för sitt uppdrag anser utredningen att Försäkringskassan kan utveckla sina insatser främst inom följande områden:

- Aktiva informationsinsatser, riktade till olika målgrupper och med olika metoder.
- Tillhandahålla en förstärkt kundtjänst för tandvårdspatienter och för allmänheten.
- Utreda om och hur en ”Tandvårdsportal” skulle kunna utformas och drivas.

Aktiva informationsinsatser

Genom olika insatser kan Försäkringskassan aktivt informera allmänheten om tandvårdsstöd m.m., med det uttryckliga syftet att öka kännedomen om stödet och därigenom också deras förutsättningar att utnyttja det om behoven finns. Ett konkret exempel på information kan gälla vad vanliga behandlingar kostar när stödet är beaktat. Information bör riktas särskilt till de grupper som har ett lågt utnyttjande av tandvård i dag (äldre, nysvenskar, socioekonomiskt utsatta grupper m.fl.). En åtgärd som används inom föräldraförsäkringen, och som sannolikt också kan vara framgångsrik inom tandvårdsstödet är att målsöka personer som inte utnyttjar stödet, t.ex. att skicka ut ett ”erbjudande-brev” till dem

som inte utnyttjat sitt ATB efter 1,5 år. Både från föräldraförsäkringsområdet och pensionsområdet (Pensionsmyndigheten) finns goda exempel att hämta på hur ett aktivt informations- och påverkansarbete kan bedrivas; säkerligen även från fler välfärdsområden. Det webbaserade stödet för tandvårdspatienter kan utvecklas, vilket också ingår i Försäkringskassans strategi. Prisjämförelsetjänsten kan marknadsföras bättre. Utredningen förordar i det följande hur tandvårdspatienter kan involveras mer för att stödja Försäkringskassans kontrollarbete, vilket bl.a. kan ske genom utskick av information till patienter i anslutning till en avslutad ersättningsperiod för tandvårdsstöd. Detta kan tjäna som information till patienten och det kan även bli ett sätt att få bekräftat att tandvårdsbesöket faktiskt skett och att den rapporterade informationen är korrekt.

Försäkringskassan kommer under 2016, till följd av förändringar i det interna IT-stödet, att få utökade möjligheter att koppla individers nyttjande av tandvårdsstöd till andra bakgrundsvariabler, vilket möjliggör en större träffsäkerhet i den riktade informationen.

Förstärkt kundtjänst

Försäkringskassans kundtjänst för partners (KCP), som i första hand vänder sig till vårdgivare, utgör i dag en samlad resurs inom Försäkringskassan med god kompetens när det gäller tandvårdsstödet. De privatkunder som ringer till Försäkringskassan med tandvårdsfrågor, vilket i dag inte är så många, slussas ofta vidare till KCP, som har tillgång till individuell information i systemet för tandvårdsstöd, och kan ge information om detta. Patienternas och allmänhetens möjligheter att använda Försäkringskassans kundtjänst för information och råd om tandvård bör ökas genom en förstärkning och en aktiv marknadsföring av kundtjänsten. Kundtjänsten ska därvid kunna svara på frågor både om det statliga stödet och även om andra tandvårdsfrågor, t.ex. landstingens tandvårdsstöd, och hjälpa frågeställarna vidare till lämplig instans.

Som tidigare nämnts är det många aktörer inblandade i tandvården, ingen har ett övergripande ansvar och det finns information om tandvård och tandvårdsstöd att söka på många ställen – vilket är bra men kan också försvåra för personen som söker. Detta har även

konstaterats av Vårdanalys.¹⁶ Som exempel kan nämnas all den information som finns på 1177.se, på landstingens hemsidor, på Försäkringskassans hemsida, hos TLV, Privattandläkarna och Socialstyrelsen m.fl. Det handlar delvis om samma information men också om att viss information bara finns på ett ställe.

Om Försäkringskassans kundtjänst ska få ett breddat ansvar så innebär det också en viss utvidgning av uppdraget som ligger i gränslandet för det som Försäkringskassan egentligen ansvarar för. Det gäller t.ex. i vilken utsträckning Försäkringskassan ska informera även om andra stödformer än de statliga – något som ligger utanför det ansvar Försäkringskassan generellt har på andra områden. Om satsningen ska få någon reell innebörd behöver det skjutas till resurser för den del av kundtjänsten som hanterar tandvård – annars finns risk för långa väntetider och att både vårdgivare och patienter blir lidande.

Tandvårdsportal

Som tidigare konstaterats finns det redan i dag en omfattande information om tandvård och tandvårdsstöd på webben, som erbjuds av olika aktörer och som vänder sig till olika målgrupper. De som vet vad de söker efter kan sannolikt hitta svar på många av sina frågor efter visst sökarbete. Det finns dock situationer då webbens information blir otillräcklig eller inte hänger ihop. Som exempel kan nämnas en patient med en komplicerad vårdssituation och som befinner sig i gränslandet mellan olika stödsystem och där det gäller både frågor om vård och frågor om ekonomiskt stöd. Vissa frågor kan sannolikt hanteras av Försäkringskassans kundtjänst eller telefonguiden på 1177.se, men det kan också finnas situationer där det skulle underlätta för såväl patienter som andra intressenter med en form av ”paraply-sajt” för all information om tandvård och tandvårdsstöd. Genom utformning av en sådan övergripande webb-plats skulle en lättöverskådlig struktur kunna skapas och befintlig information knytas samman i en Tandvårdsportal¹⁷. Tandvårdsportalen skulle vara ett ”nav” för all webb-

¹⁶ Myndigheten för vårdanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd*.

¹⁷ Obs här avses inte den nuvarande Tandvårdsportalen för vårdgivare på Försäkringskassans hemsida.

baserad information om tandvård och tandvårdsstöd, där man lättare kan hitta och där det finns länkar till andras information och till prisjämförelsetjänsten. Det handlar således främst om att knyta samman redan befintlig information i en lättillgänglig struktur. Man kan sedan komplettera t.ex. med statistik, räkneexempel osv. Portalen bör i första hand vända sig till tandvårdspatienter men skulle också kunna innehålla länkar och information för vårdgivare och behandlare.

Ett exempel på liknande webb-portal är verksamt.se – en portal för nyföretagande som byggts upp och drivs i samarbete mellan Bolagsverket, Skatteverket och Tillväxtverket. Den vänder sig till alla som funderar på att starta, ska starta, har startat, vill utveckla och vill avveckla företaget. Ett annat exempel är uppfoljningsguiden.se – en portal som byggts av SKL och som vänder sig till alla som vill fördjupa sig i olika frågor som rör uppföljning av verksamheten i kommuner och landsting. Den innehåller allt från länkar till olika rapporter, metoder och olika exempel från kommuner och landsting.

Försäkringskassan bör, i samarbete med TLV, Socialstyrelsen, SKL, Privattandläkarna, Folktandvårdsföreningen, Strålsäkerhetsmyndigheten, IVO och Läkemedelsverket m.fl., överväga behovet av och utformningen av en sådan portal, och hur den i så fall ska förhållas till andra berörda webb-platser m.m. Om det finns goda skäl som talar för en portallösning ska Försäkringskassan till regeringen presentera ett konkret förslag med konsekvensbedömningar.

15.3.3 Nationell patientenkät för tandvården

Utredningens bedömning: Nuvarande kvalitetsregister inom tandvården är i dagsläget inte tillräckliga för att ge underlag för patientinriktade kvalitetsindikatorer på vårdgivar- och mottagningsnivå.

Utredningens förslag: Socialstyrelsen ges i uppdrag att genomföra en årlig nationell patientenkät i tandvården i syfte att följa patientbedömd kvalitet på mottagningsnivå i tandvården och att ge patienterna information om densamma.

Skäl för bedömning och förslag:

Socialstyrelsen är ansvarig för nationella uppföljningar och utvärderingar av tandvården och även för utvecklingen av kvalitetsindikatorer. 2010 presenterade Socialstyrelsen 19 nationella indikatorer för god tandvård, som också låg till grund för den nationella utvärdering av tandvården som gjordes 2013.¹⁸

Uppföljningen av tandvården behöver förstärkas med fler kvalitetsmått. Som beskrivits i kapitel 10 saknas det i dag generella kvalitetsmått och generell uppföljning på vårdgivar-/mottagningsnivå i tandvården, som även skulle kunna ligga till grund för information till patienterna samt användas för verksamhetsförbättring.

Av de två kvalitetsregister som finns inom tandvården är SKaPa¹⁹ det största. Registret har utvecklats men är fortfarande under uppbyggnad och omfattar i dag endast delar av den offentligt bedrivna tandvården. Genom den statliga satsningen på kvalitetsregister skapas successivt ökade förutsättningar för alla tandvårdens journalsystem att leverera data till registret, vilket är en viktig faktor för att nå en bredare anslutning i privat tandvård. För att få bra kvalitet i registret behöver anslutningen ske i den takt som vårdgivarna själva bedömer är möjlig. Att forcera fram registrering av kvalitetsdata skapar knappast förutsättningar för en bra kvalitet i registret. SKaPa är i första hand utformat för uppföljning av tandvården ur ett verksamhetsperspektiv och utgör därmed ett viktigt underlag för den fortsatta utvecklingen av tandvårdens kvalitet utifrån befolkningens tandhälsa. På sikt skulle därför, enligt utredningen, en obligatorisk anslutning till detta kvalitetsregister kunna övervägas för alla vårdgivare som får del av det statliga stödet. Frågan om SKaPa är emellertid bredare än att enbart gälla vuxentandvård så den bör övervägas vidare i annat sammanhang. Inom barntandvården kan t.ex. landstingen som ansvarig huvudman redan i dag ställa krav på privata vårdgivare att delta och samma sak gäller nödvändig tandvård m.m.

Mot den beskrivna bakgrunden bedömer utredningen att underlag från SKaPa i dag inte är möjligt att använda för att komplettera prisjämförelsetjänsten med kvalitetsindikatorer. För att på kort sikt

¹⁸ Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Indikatorer och underlag för bedömningar*.

¹⁹ Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit.

få fram någon form av kvalitetsmått på mottagningsnivå bör i stället en nationell patientenkät, på motsvarande sätt som inom primärvården, genomföras även i tandvården. Det skulle kunna ge ett mått på patientbedömd kvalitet per mottagning.

Frågan om en nationell patientenkät i tandvården har varit uppe till diskussion vid flera tillfällen tidigare. I rapporten om nationella indikatorer för god tandvård 2010 föreslogs att Socialstyrelsen skulle ta initiativ till att utreda förutsättningarna för en sådan enkät, men så skedde aldrig.²⁰

En nationell patientenkät i tandvården bör genomföras enligt samma modell som den nationella patientenkäten (NPE) i primärvården, vilken har beskrivits i kapitel 10. NPE genomförs av SKL vartannat år, på uppdrag av samtliga landsting och regioner. Den omfattar ca 250 000 enkäter och genererar resultat som sedan publiceras för varje vårdcentral.

Patientenkäter i tandvården görs i dag i såväl folktandvården som i den privata tandvården. Frekvenserna och inriktningen varierar. I folktandvården i vissa landsting görs samma enkät som den nationella patientenkäten i primärvården.

Utredningen föreslår att en årlig enkät enligt samma modell som i primärvården bör göras även i tandvården. Utredningen har övervägt olika lösningar och olika myndigheter som skulle kunna ges ansvar för att genomföra en patientenkät i tandvården. Socialstyrelsen är enligt utredningen den mest lämpade myndigheten för uppdraget. Socialstyrelsen gör i dag, på regeringens uppdrag, en årlig nationell brukarundersökning inom äldreomsorgen. Uppdraget genomförs i samråd med SKL, Vårdanalys, Famna och Vårdföretagarna och den ligger till grund för arbetet med Öppna jämförelser, som ytterst syftar till att främja en god vård och omsorg för den enskilde. Alla äldre med äldreomsorg tillfrågas och svarsfrekvenserna ligger på mellan 60 och 70 procent. Undersökningen genomförs av ett externt företag på Socialstyrelsens uppdrag. Resultaten publiceras på enhetsnivå i Socialstyrelsens databas Äldreguiden.

Socialstyrelsen bör mot den beskrivna bakgrunden ges i uppdrag att utforma och genomföra en nationell patientenkät i tandvården för vuxna. Vid utformningen av enkäten bör Socialstyrelsen sam-

²⁰ Socialstyrelsen (2010) *Övergripande nationella indikatorer för God tandvård*.

arbeta med SKL och tandvårdsbranschen. Enkäten i tandvården bör göras som en urvalsundersökning. Socialstyrelsen bör inom ramen för uppdraget utreda om urvalet kan hämtas ur tandhälsoregistret eller om det finns andra sätt att identifiera patienter som besökt tandvården. Urvalet måste vara tillräckligt stort för att alla mottagningar²¹ ska få statistiskt säkra resultat som sedan kan publiceras i prisjämförelsetjänsten (se nedan). Enkäten bör genomföras årligen.

Parallellt med enkäten kan Socialstyrelsen vidareutveckla andra kvalitetsmått med utgångspunkt från kvalitetsregistret SKaPa.

15.3.4 Vårdgivarnas information till patienterna om priser m.m.

I kapitel 10 har beskrivits vilken information som vårdgivarna, i samband med besök och behandling, ska ge till patienten när det gäller behandlingsförslag, prisuppgifter m.m.

Under utredningens arbete har bl.a. framkommit att både patienternas kunskap och vårdgivarnas information om referenspriser är begränsad – något som också har betydelse för framgången för prisjämförelsetjänsten, som behandlas i nästkommande avsnitt. Vidare har framkommit att det finns vissa problem kring det underlag som vårdgivaren ska lämna när det gäller tandtekniska arbeten.

Referenspriser

Både utredningens enkät till verksamma behandlare och enkäten till ett urval i befolkningen²² visar att referenspriser och fri prissättning är dåligt kända och att behandlarna inte heller informerar om detta i samma omfattning som man ger patienterna annan information. Detta är bekymmersamt eftersom patienternas kunskap om referenspriser och prissättning är en grundläggande förutsättning för en välfungerande tandvårdsmarknad.

Systemet med referenspriser är en viktig del av tandvårdsstödet. Metoden att beräkna referenspriser har beskrivits i kapitel 9. TLV bedriver ett omfattande arbete för att kunna fastställa referens-

²¹ Begreppet mottagning tas upp i nästa avsnitt.

²² Se bilaga 3 resp. 4.

priser som ska återspegla vad åtgärder och behandlingar med en godtagbar kvalitet normalt bör kosta. Referenspriserna ligger till grund för beräkningen av tandvårdsersättningen och ska också kunna ligga till grund för prisjämförelser. Även om prissättningen är fri måste patienten ha rätt att få en trovärdig förklaring till varför en vårdgivare avviker från referenspriset. Det ställer krav på vårdgivaren att kunna förklara sina eventuella avvikelser samtidigt som man visar respekt för referensprisernas innebörd och betydelse för patienten.

En väg att förstärka informationskravet rörande referenspriser vore att föreskriva en starkare informationsskyldighet för vårdgivaren. Utredningen bedömer dock inte att detta är en framkomlig väg. För att stärka patienternas kännedom om referenspriser och fri prissättning krävs flera olika åtgärder, där en är att vårdgivarnas information till patienten behöver bli bättre. Detta är en fråga som i hög grad bör drivas av branschen själv. Åtgärder som utredningen föreslår är att Försäkringskassans information ska stärkas och att prisjämförelsetjänsten ska utvecklas. Effekterna av dessa åtgärder bör följas genom enkätundersökningar.

Kostnader för tandteknik

Om tandtekniskt arbete har ingått i en behandling ska vårdgivaren till patientens kvitto foga en kopia av det underlag som det tandtekniska laboratoriet lämnat över kostnaderna för det tandtekniska arbetet.²³ Syftet är att göra kostnaden för hela behandlingen tydlig för patienten och att säkerställa transparens avseende materialkostnaden.²⁴ Det kan dock vara svårt för patienten att värdera informationen om kostnaden för de tandtekniska arbetena eftersom tandteknikens andel av referenspriset inte redovisas öppet; den ligger inbakad i referenspriset. TLV baserar referenspriskalkylen på svensktillverkad tandteknik, vilket främst motiveras av spårbarhet och patientsäkerhet. Andelen importerad tandteknik har dock ökat på senare år. Enligt Tandteknikföretagen är det i dag omkring 10 procent av tandtekniken som importeras och priserna kan ligga 20–50 procent under de priser

²³ 11 § andra stycket förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

²⁴ Prop. 2007/08:49 s. 123f.

som svenska tandteknikföretag tar ut. När det gäller kvalitet ska importerade tandtekniska arbeten, avsedda för användning i Sverige, uppfylla kraven på säkerhet enligt det svenska regelverket och det måste alltid finnas en ”legal tillverkare” i Sverige som ansvarar för detta.²⁵

Enligt Tandteknikerföretagen förekommer det att vårdgivare använder importerad tandteknik och själva tillgodogör sig mellanskillnaden mellan det lägre priset och det som finns inbyggt i referenspriset – i stället för att låta detta komma patienten tillgodo. En vårdgivare kan dessutom ha ett tandtekniskt bolag knutet till sig som köper in tandtekniken till ett lågt pris och säljer till normalpris till mottagningen – varvid det är normalpriset som kommer att redovisas på kvittot. Bolaget gör då ett överskott som patienten aldrig kan se. Denna form av prisinformation blir inte transparent och kan svåriligen uppmärksammas av patienten.

Om andelen importerad tandteknik fortsätter att öka, bör TLV kunna beakta den förändrade prisbilden i sin kalkyl för referenspriser på sådana åtgärder som innehåller tandtekniska arbeten på samma sätt som man beaktar andra förändringar av effektivitetshöjande metoder och tekniker i tandvården. Förutsättningen är självfallet att åtgärderna håller tillräcklig kvalitet ur ett patient-säkerhetsperspektiv.

15.3.5 En förstärkt prisjämförelsetjänst

Utredningens bedömning: Den nuvarande prisjämförelsetjänsten bör förstärkas och göras obligatorisk för de vårdgivare som vill ansluta sig till Försäkringskassans system för det statliga tandvårdsstödet. Den bör kompletteras med prisinformation som grundar sig på faktiska priser samt kvalitetsmått i form av patient-bedömd kvalitet för varje mottagning.

Plattformen 1177.se är den ur patientperspektiv lämpligaste placeringen av prisjämförelsetjänsten.

För att säkra långsiktigheten bör en särskild överenskommelse träffas mellan staten och landstingen/SKL om villkoren för drift

²⁵ Läkemedelsverket (2011) Tandtekniska arbeten – en vägledning till reglerna om medicintekniska produkter.

och utveckling av tjänsten. TLV bör ges uppdrag att, i samråd med berörda parter, ta fram ett förslag till sådan överenskommelse som kan godkännas av regeringen.

TLV bör, i enlighet med det särskilda uppdraget från regeringen, för statens räkning ansvara för att prisjämförelsetjänsten fungerar enligt intentionerna.

Utredningens förslag: TLV ansvarar för att det finns en prisjämförelsetjänst för tandvård som möjliggör jämförelser av priser på tandvårdsåtgärder och patientbedömd kvalitet mellan vårdgivare. TLV får meddela närmare föreskrifter om prisjämförelsetjänsten.

Försäkringskassan ska beräkna och lämna uppgifter om vårdgivarnas priser för utförda tandvårdsåtgärder avseende varje mottagning till prisjämförelsetjänsten.

Socialstyrelsen ska lämna uppgifter om patientbedömd kvalitet avseende vårdgivarnas mottagningar till prisjämförelsetjänsten.

Skäl för bedömning och förslag:

Att ta fram en prisjämförelsetjänst var en central del av tandvårdsreformen, med syfte att stärka patientens ställning och därmed också stärka konkurrensen på tandvårdsmarknaden.

Uppbyggnaden och användningen av tjänsten har varit förenade med olika problem som närmare beskrivits i kapitel 10. Inledningsvis byggdes tjänsten upp inom Försäkringskassan, under en period då Försäkringskassan redan hade en stor utmaning i att få det nya systemet för tandvårdsstödet att fungera. Efter olika initiala problem beslutades 2011 att tjänsten i stället skulle byggas upp inom ramen för tjänsten 1177.se, som då var under stark utveckling och som genom sina funktioner ansågs kunna bli mer tillgänglig för patienter i tandvården. Staten finansierade uppbyggnaden av den nya prisjämförelsetjänsten (15 mkrkr) och även driften av tjänsten genom ett årligt driftbidrag på 1,9 miljoner kronor. Dessa medel har hittills betalats ut till SKL och har inte varit förenade med några villkor. SKL har i sin tur betalat ut medlen till SLL som i dag har i uppdrag av alla landsting och regioner att förvalta och utveckla hela 1177.se.

Det allvarligaste problemet med prisjämförelsetjänsten för tandvård på 1177.se är den låga anslutningen till tjänsten, framför allt från den privata tandvården. En av orsakerna är kopplad till den s.k. HSA-katalogen, som är en viktig del i landstingens nationella plattform för 1177.se och som är en förutsättning för anslutning till tjänsten. Ett annat problem är på vilket sätt man bör presentera priserna i prisjämförelsetjänsten; något som föranlett SLL att bedriva ett förbättringsarbete kring just priserna och hur de presenteras. Detta arbete har dock ännu inte givit några konkreta resultat (juni 2015). Ett ytterligare problem är bristen på kvalitetsindikatorer.

De beskrivna problemen har nu funnits under lång tid och innebär att tandvårdspatienterna inte någon gång sedan reformen genomfördes har haft tillräcklig tillgång till relevanta prisuppgifter för tandvård. Problemen har sannolikt också skadat tandvårdsbranschens förtroende för prisjämförelsetjänsten – ett förtroende som behöver byggas upp genom konkreta förbättringsåtgärder och kommunikationsinsatser från berörda parter.

För att framhålla prisjämförelsetjänsten och dess centrala betydelse för patienterna och för tandvårdsmarknadens funktionssätt, föreslår utredningen i det följande att det ska vara ett krav för anslutning till Försäkringskassans elektroniska system för tandvårdsstöd att vårdgivaren är ansluten till prisjämförelsetjänsten.

Dagens prisjämförelsetjänst behöver emellertid utvecklas ytterligare för att fungera som ett verkligt stöd till patienterna. Den behöver bli mer känd och mer attraktiv att använda. Utredningen föreslår att tjänsten ska innehålla både en mer ändamålsenlig prisinformation och indikatorer på patientbedömd kvalitet för såväl offentliga som privata tandvårdsmottagningar.

Utvecklad prisinformation

För att prisjämförelsetjänsten ska vara av intresse för patienterna och ge underlag för jämförelser anser utredningen att alla vårdgivare/mottagningar måste publicera sina priser i tjänsten och att prisuppgifterna måste spegla de faktiska priser som tas ut. I dag lägger varje mottagning själv in sina prislistor – något som är förenat med visst administrativt arbete. Prislistor kan delvis också

bli missvisande eftersom det förekommer rabatter och paketpriser som inte kan återspeglas i prislistorna. För att en prisjämförelse ska ha legitimitet är det viktigt att den utformas så objektivt som möjligt. Utredningen har därför undersökt förutsättningarna för att i stället publicera prisuppgifter som baseras på faktiskt rapporterade priser i Försäkringskassans elektroniska system för tandvårdsstöd. I detta system registrerar vårdgivarna/mottagningarna löpande alla patienter, åtgärder och priser. Om detta underlag kan användas för att ta fram prisinformation så innebär det både en arbetsbesparing för vårdgivarna/mottagningarna och en bättre precision i prisuppgifterna.

Priserna bör presenteras som genomsnitts- eller medianpriser på åtgärdsnivå och användaren bör även få information om referenspriset för respektive åtgärd som vägledning för jämförelser. Olika patienter kan ha olika behov i samband med prisjämförelser. Prisjämförelser på åtgärdsnivå bör kompletteras med några vanligt förekommande behandlingspaket/scenarier. En uppgift om mottagningens generella prisnivå bör också finnas med. Det senare är särskilt intressant för patienter som söker en mer långvarig relation till en mottagning. Sammantaget behöver det göras ett ordentligt analysarbete som framför allt handlar om hur den befintliga prisinformationen i registret kan bearbetas för att producera de önskade prisuppgifterna i en form som sedan kan publiceras i prisjämförelsetjänsten. I detta arbete, som bör bedrivas av TLV och Försäkringskassan gemensamt, behöver förutsättningarna och metoderna preciseras närmare, både systemmässigt och innehållsmässigt, för att publicera prisuppgifter baserade på faktiska priser i prisjämförelsetjänsten. I delar av detta arbete bör också såväl tandvårdsbranschen som patientföreträdare involveras.

Utredningens förslag innebär att Försäkringskassan, utifrån de förutsättningar och metoder som tagits fram enligt ovan, ska beräkna och leverera genomsnitts/medianpriser per åtgärd för varje mottagning med jämna tidsintervall (t.ex. varje kvartal) för publicering på tjänsten. Att alla vårdgivares priser kommer att ingå i tjänsten säkras genom utredningens förslag om att en vårdgivare, genom att ansluta sig till Försäkringskassans system, också medger (för sin/sina mottagningar) att inrapporterade priser får ligga till grund för prisuppgifter som ska publiceras på tjänsten (se avsnitt 17.5.3). Det ställer bl.a. krav på en anslutning till HSA-katalogen.

För att beräkna och sedan föra över prisinformation till tjänsten behöver Försäkringskassans system kunna hantera ytterligare ett identitets-begrepp²⁶; HSA-id per mottagning, som ska kunna kopplas till en eller flera mottagnings-id i Försäkringskassans register. Denna HSA-id behöver rapporteras från vårdgivarens journalleverantör eller i Försäkringskassans portal, tillsammans med mottagnings-id, i samband med alla patientbesök. Dessa uppgifter – både Försäkringskassans mottagnings-id och HSA-id per mottagning – är uppgifter om vårdgivarens mottagning som även behöver lämnas vidare till Socialstyrelsen för att möjliggöra rapportering av patientbedömd kvalitet.²⁷

Det är ytterst vårdgivaren som avgör hur den vill klassificera sig och sina olika mottagningsenheter. En vårdgivare kan i dag registrera flera mottagningar hos Försäkringskassan men mottagningarna ska kunna höras till ett och samma HSA-mottagnings-id eller vice versa. Utgångspunkten är att HSA-id:n ska spegla mottagningen som patienten möter och där prisinformationen är relevant för patienten. Det behövs ett gemensamt arbete mellan tandvården, Inera/HSA, Försäkringskassan och journalleverantörerna för att diskutera principerna för klassificering och rapportering m.m.

En annan fråga som behöver ägnas viss uppmärksamhet är risken för att inrapporteringen av data manipuleras i syfte att framställa en mer fördelaktig bild av de faktiska priserna. Det finns mot den bakgrunden skäl att följa prisstatistiken också ur detta perspektiv.

Information om patientbedömd kvalitet

Prisjämförelsetjänsten behöver också kompletteras med underlag som ger patienten möjlighet att bedöma kvalitet i bemötande m.m. på tandvårdsmottagningarna. Den enkätundersökning som utredningen genomfört tillsammans med TLV visar att många människor tror att högt pris på tandvård också motsvaras av en hög kvalitet – något som det i dag inte finns någon grund för att påstå. Mot den bakgrunden är det av stor vikt att de som vill jämföra tandvårdsmottagningar kan jämföra både pris och kvalitet samtidigt.

²⁶ Identitet förkortas i den följande texten som "id".

²⁷ 5 § förordning 2008:194 om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

I föregående avsnitt har utredningen föreslagit att Socialstyrelsen ges i uppdrag att genomföra en nationell patientenkät inom tandvården. Ett viktigt syfte med denna enkät är att få fram mått på patientbedömd kvalitet per mottagning. Utredningen har undersökt förutsättningarna för att redovisa även kvalitetsmått per mottagning på prisjämförelsetjänsten. Referenser finns från det som redan är uppbyggt inom primärvården, där detta redovisas för alla vårdcentraler. Resultaten från Socialstyrelsens nationella patientenkät ska mot den bakgrunden årligen levereras och publiceras per mottagning på prisjämförelsetjänsten. För att detta ska vara möjligt behöver HSA-id per mottagning användas även för patientenkäten i tandvården. Som tidigare nämnts bör Socialstyrelsen få uppgifter om HSA-id per mottagning från Försäkringskassan.

Plattformen 1177.se och statens möjligheter att styra

Sammantaget innebär utredningens förslag att det skapas goda förutsättningar för en väsentlig utveckling och förbättring av prisjämförelsetjänsten så att den kan ge patienterna bättre möjligheter att jämföra pris och kvalitet hos olika tandvårdsmottagningar. Detta måste emellertid också kombineras med en ökad information och marknadsföring av tjänsten – något som bl.a. bör ingå i Försäkringskassans arbete med att förstärka informationsinsatserna kring tandvårdsstödet (se avsnitt 15.3.2).

Prisjämförelsetjänsten finns i dag på 1177.se – en webbplattform som utvecklats och finansierats av landstingen för i huvudsak landstingsfinansierad vård och där nyckeln för att ansluta vårdgivare är den s.k. HSA-katalogen (se avsnitt 10.5). Att prisjämförelsetjänsten för tandvård kan finnas på 1177.se är ett undantag från de principer som gäller för vilket utbud som ska finnas på plattformen. Motiveringen är att landstingen ändå har ett visst ansvar för vuxentandvården och tandvården som helhet, och att den tandvård som får statligt stöd därför bör finnas med. En förändring av dessa principer skulle kunna förändra förutsättningarna för prisjämförelsetjänsten framöver.

De tidigare beskrivna problemen med HSA-katalogen har diskuterats vid ett flertal tillfällen mellan utredningen, SKL, Inera och SLL. Lösningar har identifierats men har ännu inte beslutats

eller genomförts. Enligt uppgift från SLL i juni kommer dock en provisorisk lösning att kunna genomföras till hösten 2015.

Mot bakgrund av dessa problem har utredningen övervägt vilka möjligheter som finns att placera prisjämförelsetjänsten någon annanstans, men har inte funnit några bra alternativ. En möjlighet som skulle kunna vara framkomlig är att bygga en ny tjänst inom ramen för den Tandvårdsportal som Försäkringskassan ska utreda (se avsnitt 15.3.2). Det innebär emellertid nya investeringskostnader för staten och skulle även kunna leda till en sämre service till medborgarna eftersom 1177.se i grunden är en logisk plats att ha tjänsten på.

Regeringen har i maj 2015 uppdragit åt TLV att säkerställa tillgången till en prisjämförelsetjänst för tandvård.²⁸ I uppdraget sägs bl.a. följande:

Myndigheten ska säkerställa en konkurrensneutral och icke-diskriminerande webbaserad prisjämförelsetjänst som ökar möjligheten för allmänheten att få en bild av prisnivån för olika ersättningsberättigande åtgärder och som möjliggör jämförelser mellan olika vårdgivare. Informationen ska vara lättillgänglig och lättbegriplig. Vidare ska prisjämförelsetjänsten finnas tillgänglig på en webbplats där information om och jämförelser av andra hälso- och sjukvårdstjänster presenteras. Tjänsten ska vara objektiv och fri från kommersiella intressen. Prisjämförelsetjänsten ska vara utformad på ett sådant sätt att såväl offentliga som privata tandvårdsgivare kan ansluta sig till tjänsten.

TLV har på grund av den korta tiden ännu inte kunnat verkställa uppdraget. I uppdraget sägs ingenting explicit om plattformen 1177.se, men det som sägs kan ändå kan tolkas som att det är denna som avses. Det är oklart hur uppdraget förhåller sig till de avtal som finns mellan SKL, Inera och SLL. I regeringsbeslutet om TLV:s uppdrag sägs bl.a. att TLV ska beakta utredningens arbete inom detta område.

Utredningens uppfattning är att 1177.se ur patientperspektiv är den lämpligaste plattformen för prisjämförelsetjänsten för tandvård. En förutsättning för detta är självfallet att dess kvalitet och tillgänglighet kan säkras och att villkoren är rimliga bl.a. ur ett finansieringsperspektiv. Det finns sannolikt olika tekniska möjlig-

²⁸ Regeringsbeslut 2015-05-21, *Uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård*.

heter när det gäller tjänstens utformning och koppling till plattformen – vilket också kan ge en flexibilitet i hur och av vem olika delar i tjänsten kan levereras. En utvecklad tjänst enligt utredningens förslag i det föregående, förutsätter dock att styrningen, utformningen och finansieringen av tjänsten blir tydligare från statens sida. Detta måste självfallet ske under beaktande av att tjänsten utgör en del i en större plattform som ägs av landstingen och regionerna.

Mot den beskrivna bakgrunden är det enligt utredningens mening också angeläget att säkra långsiktigheten i statens satsning på prisjämförelsetjänsten innan några större förändringar görs. Utredningen förordar därför att en överenskommelse träffas mellan staten och landstingen/SKL om förutsättningar och villkor för prisjämförelsetjänstens placering på 1177.se och ramarna för tjänstens utformning, förvaltning, utveckling, innehåll och tillgänglighet m.m. samt finansieringen. Inom ramen för det uppdrag som regeringen givit kan TLV bjuda in berörda parter och i samarbete med dem ta fram ett förslag till sådan överenskommelse som kan godkännas av regeringen. Om en sådan överenskommelse kommer till stånd kan TLV därefter, för statens räkning, ansvara för att prisjämförelsetjänsten fungerar enligt intentionerna. TLV bör i detta också samråda med Försäkringskassan utifrån deras uppdrag rörande information m.m. och att bidra med prisdata till tjänsten. TLV bör också samråda med Socialstyrelsen utifrån deras uppdrag att bidra med data om patientbedömd kvalitet.

15.3.6 Förbättrat stöd till patienter som inte är nöjda

Utredningens bedömning: Alla patienter i vuxentandvården har i dag inte samma möjligheter att få stöd vid frågor och reklamationer som gäller utförd tandvård. Gemensamma bestämmelser saknas och klagomål och reklamationer hanteras olika för privat och offentlig tandvård. Tandvårdspatienterna behöver en förstärkt och mer enhetlig funktion för klagomål i tandvården och ett förbättrat konsumentskydd.

Utredningens förslag: En utredning tillsätts som får i uppdrag att göra en översyn av möjligheterna att utforma ett bättre och mer enhetligt konsumentskydd för patienter i vuxentandvården.

Skäl för bedömning och förslag:

Såsom konstaterats i kaptitel 10 har tandvårdskonsumenter inte givits några bra förutsättningar att vara varken pris- och kvalitetsmedvetna. En anledning till detta är att tandvårdskonsumenten i första hand känner sig som patient och inte konsument. Patienterna ser tandvård som vård och känner trygghet i att samhället har regler som skyddar patienten. Samtidigt är tandvården i verkligheten en marknad som förutsätter prismedvetna och kritiska kunder. En stor del av kostnaden för tandvården betalas av patienten själv, vilket innebär att patienten även till viss del är konsument. Tandvårdskonsumenten har dock väldigt svårt att själv bedöma innehållet och kvaliteten i den erhållna eller erbjudna tandvården. Det kan vara svårt att veta vad det är tandläkaren har gjort och om behandlingen ens var nödvändig. Det finns, som tidigare nämnts, en undersökning som indikerar att det finns vissa risker för överbehandling av friska patienter inom tandvården.²⁹

En tandvårdskonsument har även sämre möjligheter än andra konsumenter när det gäller att reklamera en utförd behandling eller undersökning som man är missnöjd med då tandvården inte omfattas av konsumenttjänstlagen. Det finns därmed inga bestämmelser som reglerar när ett fel kan anses ha uppstått eller hur ett fel ska reklameras och det finns heller ingen myndighet eller organisation som har det samlade ansvaret för reklamation och klagomålshantering. Vart patienten kan vända sig och vilken typ av hjälp man kan få varierar också beroende på om vårdgivaren är privat eller landstingsägd.

Utredningen har föreslagit att Försäkringskassan ska få en utökad roll när det gäller att informera och stödja allmänheten i frågor som har samband med det statliga tandvårdsstödet. Det är emellertid inte tillräckligt. Utredningen anser att tandvårdspatienterna även behöver ett förbättrat konsumentskydd.

²⁹ Se t.ex. Leisnert (2014) *Self-directed learning, teamwork, holistic view and oral health*.

Ett bättre och mer enhetligt konsumentskydd för vuxna tandvårdspatienter

Såsom konstaterats ovan och närmare redogjorts för i avsnitt 10.6 har tandvårdspatienter ett dåligt konsumentskydd. Det gäller i synnerhet patienter hos privata vårdgivare som varken är medlemmar i Privattandläkarna eller har avtal om vuxentandvård med landsting/patientnämnd. Dessa patienter har ingenstans att vända sig med frågor, klagomål och reklamationer. Även tandvårdspatienter hos offentliga vårdgivare saknar möjlighet att reklamera en behandling eller få hjälp med en tvist som rör betalning och kostnader för utförd tandvård. Utredningen anser därför att tandvårdspatienterna behöver en mer samlad och förstärkt funktion för klagomål i tandvården.

Klagomålsutredningen³⁰ har fått i uppdrag att se över den nuvarande hanteringen av klagomål mot hälso- och sjukvården. Utredningen ska bl.a. se över hur ansvarsfördelningen mellan de olika instanser som hanterar klagomål kan förtydligas och bl.a. utreda vilket ansvar patientnämnderna bör ha för att i högre grad utgöra ett stöd för patienterna i klagomålshanteringen. Detta ska ses mot bakgrund av att IVO, i en skrivelse till regeringen, har föreslagit att vårdgivarna ska få ta ett större ansvar för klagomålshanteringen och att IVO:s skyldighet att utreda ärenden ska begränsas.³¹ Patientnämnderna tar emellertid bara emot ärenden från patienter i offentligt finansierad vård eller vård där det finns avtal med landstinget. Som nämnts ovan prövar patientnämnderna inte heller frågor av ekonomisk art.

Mot den bakgrunden bör därför övervägas om ett nytt, oberoende organ skulle kunna bildas, vilket skulle kunna bistå alla patienter i tandvården med råd och stöd vid klagomål mot vårdgivare. Hur organisationen kring detta organ ska se ut och hur finansieringen ska lösas har inte kunnat hanteras inom ramen för utredningens uppdrag. Utredningen föreslår därför att en ny utredning bör tillsättas som ska utreda möjligheterna att inrätta ett sådant organ.

Den föreslagna utredningen bör särskilt undersöka om organet endast ska ta emot klagomål rörande privata vårdgivare, eftersom offentliga vårdgivare har sina patientnämnder. I sådana fall bör

³⁰ Kommittédirektiv (2014:88) *En mer ändamålsenlig hantering av klagomål mot hälso- och sjukvården*.

³¹ IVO (2013) *Promemoria om hanteringen av klagomål enligt patientsäkerhetslagen* (2010:659).

anslutningen vara obligatorisk för alla privata vårdgivare i vuxentandvården som inte har avtal med landsting/patientnämnd. Privattandläkarna har uttryckt sin ambition att medverka i bildandet av ett sådant organ. Ett alternativ är att organet tar emot klagomål rörande såväl privata som offentliga vårdgivare.

Organet bör i stort sett ha samma funktion som patientnämnderna, nämligen att utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i vården. En viktig del är dock att komplettera patientnämnderna i det att organet också ska kunna hantera ärenden som gäller ekonomiska mellanhavanden mellan patienten och vårdgivaren.

Privattandläkarnas förtroendenämnder ger i dag ett starkare konsumentskydd än patientnämnderna. Den nya utredningen bör därför utreda möjligheten för det nya organet att fungera mer som förtroendenämnderna vad gäller att bistå med lösning av tvister mellan vårdgivare och patient, även tvister av ekonomisk art. Även möjligheten för det nya organet att ha en överenskommelse med sina anslutna som liknar Privattandläkarnas överenskommelse med Konsumentverket bör utredas. Utredningen bör vidare överväga det förslag som presenterades i promemorian "Bör konsumenttjänstlagen utvidgas?" (Ds 2008:55) innebärande att tandvården och även sjukvården skulle omfattas av konsumenttjänstlagen. Det var med viss tvekan förslaget i denna del lades fram eftersom det skulle innebära vissa problem. Dels för att det finns annan lagstiftning på området som gäller vårdens kvalitet och som skulle ha företräde framför konsumenttjänstlagen, dels ansågs det problematiskt att konsumenttjänstlagen skulle omfatta sådana kvalificerade tjänster där särskilda etiska synpunkter framträder. Man ansåg även att det speciella ansvarssystemet med nämndprövning inom vården inte borde ändras.³² Det kan dock finnas anledning att på nytt överväga detta förslag för just tandvården, vilket skulle kunna vara en väg till ett starkare konsumentskydd för tandvårdspatienter. Finansieringen av det nya organet behöver också övervägas. Ett alternativ är en avgift som alla vårdgivaren måste erlagga. För privata vårdgivare som är medlemmar i Privattandläkarna bör detta inte innebära någon

³² Departementsserie (2008:55) *Bör konsumenttjänstlagen utvidgas? En diskussionspromemoria* s. 14.

förändring, under förutsättning att det nya organet kan ersätta de nuvarande förtroendenämnderna. De privata vårdgivare som inte är med i Privattandläkarna samt de offentliga vårdgivarna kommer dock att få en ökad kostnad. Frågan om konkurrensneutralitet behöver beaktas. Vårdgivare inom den offentliga tandvården betalar ingenting för patientnämnderna i dag utan dessa finansieras med landstingsskattemedel. Det kan också övervägas om det nya organet bör finansieras med statliga medel, som eventuellt skulle kunna tas från anslaget för tandvårdsstödet.

Andra frågor som blir aktuellt för den tillsatta utredningen att titta på är vilken juridisk form det nya organet ska ha och hur styrelsen ska se ut.

16 Ett mer träffsäkert tandvårdsstöd

16.1 Inledning

Tandvårdsstödet som infördes 2008 har i huvudsak fungerat väl. Som tidigare redovisats så har tandvårdsstödet i flera avseenden bidragit till en utveckling i enlighet med de mål som sattes upp för tandvårdsreformen – både i fråga om att bibehålla en god tandhälsa och att få tandvård till en rimlig kostnad vid stora tandvårdsbehov.

Fler människor får i dag del av tandvårdsstödet jämfört med när reformen genomfördes. Besöksfrekvenserna har ökat något för de grupper som prioriterades särskilt genom ett högre ATB – framför allt de unga. Fortfarande är dock tandvårdsbesöken och tandvårds-konsumtionen ojämnt fördelade i befolkningen. Högkostnadsskyddet ger ett reellt skydd för patienter som drabbas av höga tandvårds-kostnader och regelverket för ersättnings-berättigande tandvård styr tydligare mot den tandvård som prioriteras utifrån tillstånd/diagnoser.

Tandvårdsreformen har emellertid inte nått ut till så många som man beräknade. De antaganden om besöksfrekvenser och konsumtion som låg till grund för kostnadsberäkningarna inför tandvårdsreformen var delvis överskattade. Den ekonomiska ram som avsattes för reformen har därför inte använts fullt ut.

I detta kapitel redovisar utredningen sina bedömningar av vilka faktorer som påverkar behovet av tandvårdsstöd och hur ramen kan beräknas. Vidare föreslår utredningen vissa förändringar av det nuvarande tandvårdsstödet.

16.2 Den ekonomiska ramen för tandvårdsstödet

Utredningens bedömning: Den samlade ekonomiska ramen som initialt avsattes för reformen byggde på antaganden om besöksfrekvenser och tandvårdskonsumtion som visat sig vara en överskattning. Den ekonomiska ramen har inte heller anpassats till befolkningens förbättrade tandhälsa och de minskade tandvårdsbehoven, särskilt behoven av reparativ och rehabiliterande tandvård. En del av det utrymme som därigenom uppstått har använts för att bygga ut den ersättningsberättigande tandvården.

Skäl för bedömningen:

Utredningsarbetet inför tandvårdsreformen präglades starkt av alla de problem som man hade sett i den s.k. 65 plusreformen – som hade skapat en väldigt stor efterfrågan på och kanske överkonsumtion av dyrbara tandvårdsåtgärder i åldersgruppen över 64 år. De föreskrifter om ersättningsberättigande tandvård, som var en bärande del i det nya tandvårdsstödet, var därför inledningsvis ganska försiktigt utformade när det gäller vilken tandvård som skulle omfattas av stödet, för att minska riskerna för överskridande av den ekonomiska ramen. Man gjorde således en ganska restriktiv tolkning av portalparagrafen i lagen om tandvårdsstöd, enligt vilken stöd ska lämnas för ”tandvård som syftar till att åstadkomma frihet från smärta och sjukdom, förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder eller ett utseendemässigt godtagbart resultat.” Som tidigare konstaterats ger paragrafens utformning möjlighet till en flexibel tolkning.

Genom tandvårdsreformen byggdes också in en tydlig ordning för att hålla statens kostnader för tandvårdsstödet inom den av riksdagen beslutade ekonomiska ramen (anslaget Tandvårdsförmåner). Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV beslutar om föreskrifterna för statligt tandvårdsstöd och ska utforma sina beslut så att utgifterna för stödet ryms inom den beslutade ramen (se kapitel 9). Eftersom anslaget hittills aldrig har förbrukats har dock denna ordning hittills inte behövt provas. Det har hittills inte uppstått någon situation där man behövt skärpa reglerna för att klara ramen.

Ramens storlek har inte heller justerats med hänsyn tagen till den faktiska befolkningsutvecklingen, de faktiska besöksfrekvenserna eller tandhälsans utveckling. Befolkningen har ökat men besöksfrekvenserna har inte blivit de beräknade. Samtidigt har tandhälsan generellt förbättrats. Trots att riksdagen beslutat att revidera ned den ekonomiska ramen mellan 2013 och 2014 så har det i praktiken funnits ett ganska stort ekonomiskt utrymme i ramen.

Ambitionsnivån för vad som är ersättningsberättigat för högkostnadsskyddet har därigenom kunnat höjas. Det har skett genom att beloppsgränserna lämnats oförändrade samtidigt som nämnden beslutat om ett antal ändringar av föreskrifterna som inneburit en utbyggnad av hur många tandpositioner samt vilka diagnoser och åtgärder som berättigar till stöd (se kapitel 9). Den gjorda utbyggnaden anses dock av tandvården vara en anpassning till vad som får betraktas som en rimlig nivå för god tandvård och som i huvudsak omfattar det som prioriterades bort i samband med reformens införande av rädsla för att spräcka den ekonomiska ramen. Det nuvarande regelverket uppfyller nu också Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vuxentandvård.

Däremot har i stort sett inga insatser gjorts för att generellt öka besöksfrekvenserna och användningen av ATB – något som delvis kan förklaras med att Försäkringskassans informationsansvar inte gjorts tillräckligt tydligt (se kapitel 10) och som inneburit att besöksfrekvenserna är lägre än vad de skulle kunnat vara.

16.3 Fördelningen av den ekonomiska ramen för tandvårdsstödet

Utredningens bedömning: Regelverket för ersättningsberättigande tandvård överensstämmer nu i huvudsak med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vuxentandvård. I takt med en förbättrad tandhälsa bör behovet av högkostnadsskyddet successivt minska.

Utredningens förslag: Beslut om fördelningen av anslaget för tandvårdsstödet bör delas upp i en del för ATB, en del för STB och en del för skyddet mot höga kostnader. De styrs av olika

faktorer och den samlade avvägningen och fördelningen bör bli föremål för ett regeringsbeslut.

TLV:s ansvar för att följa och analysera utvecklingen inom tandvårdsområdet ska även innefatta att regelbundet följa och analysera nyttjandet och fördelningen av tandvårdsstödet.

Skäl för bedömning och förslag:

Målen för det statliga tandvårdsstödet är dels att stimulera den vuxna befolkningen till regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte, dels att möjliggöra att patienterna med de största tandvårdsbehoven får en kostnadseffektiv vård efter var och ens behov, till en rimlig kostnad.¹ Medlen för stödet finns upptagna under anslaget Tandvårdsförmåner, som är ett samlat anslag utan uppdelning på de tre delarna ATB, STB och högkostnadsskydd. Utgifterna för ATB respektive högkostnadsskyddet styrs emellertid av olika faktorer.

Utgifterna för ATB styrs dels av ATB-beloppen och dels av hur många som besöker tandvården och i vilka åldrar de är. ATB-beloppen fastställs av regeringen och har legat fast sedan 2008. Om ATB-beloppen är oförändrade så styrs kostnaderna för ATB enbart av volymfaktorn antalet personer som besöker tandvården samt av besöksfrekvenserna.

Utgifterna för högkostnadsskyddet däremot styrs dels av hur många patienter som besöker tandvården och hur mycket tandvård som dessa patienter konsumerar och dels av reglerna för vilken tandvård som berättigar till ersättning samt av beloppsgränser och referenspriser. Konsumtionen påverkas av patienternas behov och efterfrågan, som i sin tur påverkas av bl.a. tandhälsan. Reglerna för ersättningsberättigande tandvård samt beloppsgränser och referenspriser beslutas av Nämnden för tandvårdsstöd inom TLV. Vid en given volym (ett visst antal patienter och en viss konsumtion) så innebär högre referenspriser och oförändrade eller lägre beloppsgränser ett högre, totalt ersättningsgrundande belopp och därmed högre utgifter för stödet, och omvänt. På motsvarande sätt

¹ Budgetpropositionen för 2015, Prop. 2014/15:1, utgiftsområde 9, s. 39.

innebär utvidgade regler för vilken tandvård som berättigar till ersättning att utgifterna ökar – och tvärtom.

De nuvarande prognoserna som ligger till grund för fastställandet av anslaget inför kommande år tar hänsyn till vissa makrovariabler men även de bedömningar som TLV gör när det gäller utvecklingen av beloppsgränser och referenspriser, dvs. faktorer som TLV har rätt att besluta om.

Eftersom anslaget inte är uppdelat mellan de olika stödformerna så kan man säga att lägre besöksfrekvenser än beräknat, tillsammans med en tandvårdskonsumtion som sammantaget är lägre än vad som ursprungligen beräknades, har skapat ett utrymme som delvis kunnat användas för en utbyggnad av högkostnadsskyddet.

Utvecklingen av kostnaderna för de olika delarna i stödet har beskrivits i kapitel 9. Kostnaderna för ATB beräknades ursprungligen till omkring 1,1 miljarder kronor men har i stort sett legat stilla från 2010 på en nivå strax under 900 miljoner kronor. Kostnaderna för högkostnadsskyddet har ökat, särskilt mellan 2012 och 2013; sannolikt både som effekt av ökade referenspriser, oförändrade beloppsgränser och en utbyggnad av vilken tandvård som är ersättningsberättigande. Kostnaderna uppgår i dag till ca 4,2 miljarder kronor.

16.3.1 Ram för ATB

Utgifterna för ATB styrs, som tidigare nämnts, av hur många som besöker tandvården, hur ofta de besöker, vilken ålder de har och vilket belopp för ATB som regeringen fastställer. Det finns sedan olika faktorer som kan påverka hur många som besöker tandvården, bl.a. informationen om och kännedomen om stödet. Olika myndigheters insatser kan påverka kostnaderna. Utredningen har i kapitel 15 bl.a. föreslagit att framför allt Försäkringskassan bör genomföra förstärkta insatser för information m.m. i syfte att fler människor ska få kännedom om stödet. Tanken med och de förväntade effekterna av de föreslagna insatserna är att fler människor som har behov ska besöka tandvården. Detta påverkar självfallet kostnaderna för ATB. ATB-ramen bör därför årligen fastställas för sig och ramen anpassas efter den faktiska och beräknade volymutvecklingen för att intentionerna med stödet och

de vidtagna åtgärderna ska nås. Utredningen föreslår också en värdesäkring av ATB genom att det skrivs upp i takt med prisbasbeloppet (se nedan).

16.3.2 Ram för högkostnadsskyddet

Grunden för nuvarande regelverk för ersättningsberättigande tandvård utgörs av portalparagrafen i lagen om tandvårdsstöd (se kapitel 7). Paragrafen kan betraktas som ganska tänjbar och medger därigenom en anpassning till de resurser som finns till förfogande – något som också ligger i linje med det som står om kostnadskontroll i förarbetena till tandvårdsreformen. Nuvarande regelverk för ersättningsberättigande tandvård överensstämmer i stort med Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för god tandvård. Det innebär att den ersättningsberättigande tandvården stöds av befintlig forskning och kunskap och att den uppfyller kraven på lämpliga behandlingar. Riktlinjerna säger dock ingenting om t.ex. vilka tandpositioner som bör omfattas av regelverket – detta handlar snarare om prioriteringar och ambitionsnivå inom ramen för anslagna medel.

Underlag som utredningen låtit ta fram (se kapitel 7) visar att såväl den reparativa som den rehabiliterande tandvården m.m. har minskat mellan 2009 och 2014, vilket i stor utsträckning torde vara en effekt av en förbättrad tandhälsa.² Samtidigt kan man se att vissa behandlingar har ökat i omfattning till följd av beslut om utvidgning av vad som är ersättningsberättigad tandvård. Hur dessa avvägningar ska göras är självfallet inte någon enkel fråga. Det finns mot den bakgrunden ett behov av mer kunskap om innebörden i det nuvarande regelverket ur ett behovs- och kostnadsmässigt perspektiv.

Det finns goda skäl att tro på en fortsatt, successivt förbättrad tandhälsa i befolkningen. Behovet av högkostnadsskyddet kommer därför sannolikt att kunna minska framöver. Frågan uppstår då om ramen behöver och kan anpassas utifrån intentionerna med stödet (nödvändig tandvård, stora tandvårdsbehov och rimlig kostnad) och hur en sådan anpassning kan göras. En minskad belastning på

² Sjödin L. (2015) *Den vuxna befolkningens tandvårdskonsumtion och tandhälsa m.m.* (Bilaga 2).

den del av anslaget som avser högkostnadsskyddet innebär att resurser frigörs som kan användas till andra insatser.

Den nuvarande modellen med ett samlat anslag för tandvårdsförmåner kan få olika effekter. Om t.ex. färre personer än beräknat besöker tandvården så uppstår ett ekonomiskt utrymme på anslaget som i princip ger TLV möjlighet att höja ambitionsnivån i högkostnadsskyddet genom att utvidga regelverket eller sänka eller lämna beloppsgränserna oförändrade – och omvänt. Det alternativ som väljs ger olika fördelningseffekter och kan således innebära prioriteringar som snarast är av politisk karaktär. Mot den bakgrunden ser utredningen skäl för att dels sätta en särskild ram för högkostnadsskyddet och dels att styra beloppsgränserna mer än tidigare. Inom den fastställda ramen för högkostnadsskyddet bör Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV i övrigt besluta om referenspriser, ersättningsgrader och regelverk på samma sätt som nu.

För att hålla kostnaderna inom ramen är, enligt utredningen, förändringar i regelverket för ersättningsberättigande tandvård mindre lämpliga som årlig regulator. De förändringar av regelverket som görs framöver bör i huvudsak innebära en oförändrad ambitionsnivå, dvs. om man utökar i någon del så ska en minskning göras i en annan del. Det gäller t.ex. om det kommer nya, mer effektiva behandlingsmetoder som bör omfattas av regelverket. För att hantera behovet av årliga justeringar bör TLV, i stället för beloppsgränserna, primärt använda ersättningsgraderna, dvs. de nuvarande 50 och 85 procenten. Det är sannolikt både tydligare och mer pedagogiskt gripbart att använda dessa som regulator än att lägga till och dra ifrån tandvårdsåtgärder – något som kan minska systemets transparens och blir svårt för vårdgivarna att förklara för patienterna.

På motsvarande sätt som för andra förmåner bör högkostnadsskyddet få en rimlig värdesäkring, varför utredningen i avsnitt 16.4.3 föreslår att beloppsgränserna bör följa den allmänna prisutvecklingen i samhället.

16.3.3 Samlad bedömning av anslagsnivån

En närliggande fråga gäller utvecklingen av den samlade anslagsnivån för tandvårdsförmåner över tid. Tandhälsan kan komma att förbättras ytterligare framöver och därmed minska det totala behovet av högkostnadsskydd samtidigt som behovet av ATB kan öka om fler besöker tandvården. Utgångspunkten är att ramen för högkostnadsskyddet ska kunna finansiera en oförändrad ambitionsnivå. Frågan gäller hur en bedömning kan göras av vilken anpassning som är rimlig utifrån de förändrade behoven och hur de sålunda frigjorda medlen ska satsas – t.ex. på en höjd ambitionsnivå i högkostnadsskyddet eller på olika insatser för andra grupper som nu har låg eller ingen kontakt med tandvården. Den motsatta utvecklingen kan också uppstå om antalet tandvårdspatienter, som har rätt till högkostnadsskydd, ökar kraftigt. Utredningen har i många sammanhang under arbetet gjorts uppmärksam på att gruppen nysvenskar, inte sällan med omfattande tandvårdsbehov, framöver kan komma att påverka anslaget utgifter när de får en förankring i samhället och kan börja prioritera dyrare tandvård. En sådan utveckling kan påverka både ATB och högkostnadsskyddet och kan därför ställa krav på överväganden kring anslagsnivån, eftersom finansieringen av en sådan kostnadsökning kan vara svår att hantera t.ex. med en sänkt ersättningsgrad. I sådana fall behöver frågan aktualiseras för beslut av regering och riksdag om eventuella resurstillskott. Frågan skulle kunna bli svår att hantera för Nämnden för statligt tandvårdsstöd hos TLV.

Behovet av anpassning av anslagsnivån förutsätter både att denna utveckling följs noga och även en bättre uppföljning av effekterna av tandvårdsstödet i relation bl.a. till behoven och tandhälsans utveckling.

16.3.4 Uppföljning av fördelningseffekter m.m.

TLV har redan nu i uppdrag att följa och analysera utvecklingen på tandvårdsområdet. Uppdraget bör förtydligas till att avse vilka som utnyttjar de olika delarna av stödet, vilken tandvård som utförs inom stödets ram osv. Utgångspunkten för analyserna bör vara tandvårdsstödet syften när det gäller ”stora behov” och ”rimlig kostnad”. För att verka för största möjliga effektivitet och träff-

säkerhet i det statliga stödet behöver det bl.a. följas upp vilken tandvård som görs inom ramen för högkostnadsskyddet. Det vore t.ex. varken lämpligt eller fördelningsmässigt acceptabelt om bara de som har höga inkomster gör de dyraste tandvårdsåtgärderna – det kan då finnas skäl att vidta åtgärder.

Analyserna kan bl.a. ligga till grund för beslut om ramarna för högkostnadsskyddet respektive ATB. Analysen bör även innehålla känslighetsanalyser som visar förväntat utfall i de fall TLV valt att agera på annat sätt. Till exempel kan ett utvidgat regelverk antas påverka färre individer än ändrade ersättningsgrader. Därför kan det vara lämpligt att redovisa hur eventuella förändringar skulle ha kunnat hanteras på annat sätt.

TLV bör också samarbeta med Socialstyrelsen när det gäller analyser av hur regelverkets omfattning, beloppsgränserna och konsumtionen kan förstås i relation till utvecklingen av tandhälsan.

TLV bör mot denna bakgrund årligen redovisa en fördelnings- och träffsäkerhetsanalys för tandvårdsstödet till regeringen. Den tidigare beskrivna Nulägesanalysen är ett bra första steg och bör utvecklas och tas fram regelbundet. TLV bör inom ramen för analysarbetet ges möjlighet att använda den s.k. tandvårdsmodulen i FASIT hos SCB.

16.4 Förändringar i stödet

16.4.1 Allmänt tandvårdsbidrag

Utredningens bedömning: ATB är ett viktigt grundstöd som även fortsättningsvis bör ges till alla som besöker tandvården. Det högre ATB för unga har bidragit till en positiv effekt på besöksfrekvenserna och bör därför finnas kvar. Det är också viktigt att ATB bidrar till att sänka patienters tandvårdskostnader, särskilt för de med återkommande behov av tandvård.

När det gäller den fördelningsmässiga profilen för ATB är det i dag personer mellan 65 och 74 år som får det relativt sett lägsta ATB bland alla åldersgrupper, uttryckt som andel av deras totala tandvårdskostnader.

Utredningens förslag: Även personer mellan 65 och 74 år ska ha rätt till ett högre allmänt tandvårdsbidrag.

Skäl för bedömning och förslag:

När tandvårdsreformen genomfördes framhölls att en del av stödet måste utformas så att det ger incitament till de regelbundna besök och den förebyggande vård som är av stor vikt för att minska de framtida tandvårdsbehoven och begränsa kostnaderna för individ och samhälle. Regeringen ansåg därför att det även ska finnas ett stöd som omfattar alla vuxna oavsett ålder och som syftar till att minska patientens kostnader för regelbundna tandvårdsbesök – allmänt tandvårdsbidrag. ”Det viktigaste motivet för att införa det allmänna tandvårdsbidraget är att en underkonsumtion av förebyggande tandvård riskerar att leda till att de stora grupper som i dag har en god tandhälsa inte bibehåller denna, vilket skulle leda till ökade tandvårdsbehov och ökade tandvårdskostnader för individen och för det offentliga.”³

I den enkätundersökning som utredningen genomfört bland verksamma behandlare i tandvården⁴ ställdes vissa frågor om inställningen till ATB, bl.a. om det bidrar till att fler besöker tandvården, om det bidrar till större kontinuitet, om det bidrar till mer förebyggande vård och om det bidrar till en bättre tandhälsa. Mer än hälften av de svarande instämde inte i dessa påståenden. Tandhygienister var dock mer positiva till ATB än tandläkare.

ATB:s betydelse för besöksfrekvensernas utveckling

Besöksfrekvensernas utveckling efter reformens genomförande har beskrivits i kapitel 6. Andelen unga mellan 20–29 år som besöker tandvården har utvecklats i en positiv riktning mellan 2009 och 2014. Besöksbenägenheten bland unga har ökat med 2 procentenheter både mätt över en tvåårsperiod och över en treårsperiod.

Ett förhöjt ATB, tillsammans med abonnemangstandvården, har sannolikt haft en positiv effekt på besöksfrekvenserna för personer i åldrarna 20–29 år.

Besöksfrekvenserna i åldersgruppen 30–64 har snarast minskat sedan reformen trädde i kraft. Andelen som besökt tandvården över en två- respektive treårsperiod har minskat för gruppen; med -

³ Prop. 2007/08:49 s. 68f.

⁴ Se bilaga 3.

2,5 respektive -1,9 procentenheter till 72 respektive 77 procent. ATB har sannolikt inte haft önskad effekt på besöksfrekvenserna, som dock redan är höga för personer i dessa åldersgrupper. Att tandvårdsstödet i form av ATB når nästan 80 procent av befolkningen i denna åldersgrupp bidrar dock till systemets legitimitet och att dessa får tandvård till reducerad kostnad.

För gruppen 65 år och äldre är besöksfrekvensernas utveckling inte lika entydig. För personer mellan 65 och 75 år är besöksbenägenheten i princip oförändrad. För personer som är 75 år och äldre är dock besöksbenägenheten klart högre i dag än den var i början av reformen. Besöksfrekvenserna för denna åldersgrupp har mellan 2009 och 2014 ökat med fyra procentenheter mätt över en tvåårsperiod och med tre procentenheter mätt över en treårsperiod. Övergångsreglerna har sannolikt också bidragit till detta.

Att enbart studera besöksfrekvensernas nivå och utveckling ger dock inte hela bilden av effektiviteten i tandvårdsstödet. Besöksfrekvenserna i olika åldersgrupper behöver förhållas till tandvårdsbehovet och tandhälsan för att det bättre ska kunna förstås hur det allmänna tandvårdsbidraget påverkar patienternas besöksbeteende. I kapitel 6 har bl.a. redovisats att skillnaderna i besöksfrekvenser mellan olika åldersgrupper till stor del kan förklaras utifrån skillnader i tandhälsa och behov.

ATB:s betydelse för de sammantagna tandvårdskostnaderna

Det har blivit ett stort fokus på ATB:s betydelse för att påverka besöksfrekvenserna. Enligt utredningen är det emellertid också viktigt att också framhålla dess roll, utifrån intentionerna, att gynna förebyggande insatser och att bidra till att minska vuxna patienters tandvårdskostnader. Försäkringskassan har visat att 2008-års tandvårdsreform har inneburit att en stor del av befolkningen har fått lägre tandvårdskostnader⁵, vilket motverkar underkonsumtion och därmed bidrar till en bättre tandhälsa. Efter reformen har utvecklingen varit delvis olika för olika åldersgrupper.

⁵ Försäkringskassan (2009) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet*.

För patienter i åldrarna 20–29 år har tandvårdskostnaderna ökat med några procent i genomsnitt sedan reformens början, om man tar hänsyn till prisökningen på tandvård. Den 29-åriga medianpatienten köper i dag tandvård för ca 1 100 kronor per år och får 300 kronor i ATB. Grundstödet bidrar därmed till en ansevärd del, 27 procent, av kostnaden. Den 29-åriga medianpatienten har 30 tänder kvar, varav 26 är intakta, vilket indikerar en god tandhälsa.

Patienter mellan 30 och 64 år konsumerar något mer tandvård i dag, men beaktas prisförändringarna är ökningen sedan 2009 försumbar. Den 50-åriga medianpatienten köper i dag tandvård för ca 1 600 kronor per år. Samma patient har 28 egna tänder kvar, varav 17 är intakta. Det innebär att 11 tänder inte är intakta vilka med jämna mellanrum genererar ett tandvårdsbehov i form av underhåll. ATB på 150 kronor bidrar till mindre än 10 procent av kostnaden och gör sannolikt varken till eller från för konsumtions- eller besöksbenägenhet. En 60-årig medianpatient, som har 12 intakta och 15 ej intakta tänder, köper i dag tandvård för ca 2 300 kronor per år. ATB bidrar med knappt 7 procent av den totala tandvårdskostnaden och är därmed sannolikt inte tillräckligt stort för att påverka nyttjandet av tandvård.

Med stigande ålder ökar tandvårdskostnaderna i genomsnitt och ATB:s tillskott som andel av kostnaderna minskar. När ATB utgör en större del av den förväntade kostnaden är det rimligt att anta att den kan påverka både besöksbenägenheten och konsumtionsmönster. När dess betydelse för den förväntade kostnaden är liten är det rimligt att anta att effekten på besöksbenägenheten och konsumtionen också blir liten - om någon alls.

Patienter som är 65 år och äldre har i genomsnitt ökat sin tandvårdskonsumtion inom ramen för dagens tandvårdsstöd sedan 2009. Det kan delvis förklaras med de övergångsregler som gällde i flera år efter att det nya tandvårdsstödet infördes. Övergångsreglerna innebar att påbörjad eller förhandsprövad men ej påbörjad behandling kunde ersättas enligt de tidigare reglerna, som hade generösa villkor för statligt stöd vid protetiska behandlingar för personer äldre än 64 år. Att personer 65 år och äldre konsumerade mindre tandvård i det nya systemet i början av reformen är alltså en effekt av övergångsreglerna. I takt med att behandlingar enligt det tidigare regelverket avslutas har konsumtionen i genomsnitt ökat successivt för åldersgruppen.

En 65-årig medianpatient köper tandvård för 2 400 kronor; mer än dubbelt så mycket som en 29 åring. 65-åringen har 27 egna tänder kvar men av dessa är 17 ej intakta, dvs. risken för tandskador är stor. Statistiken visar att tandvårdskonsumtionen i genomsnitt (median) är som störst kring 65 års ålder. Samtidigt är ATB hälften så stort för en 65-åring som den är för en 29-åring och bidrar med bara ca 6 procent av tandvårdskostnaden.

Gruppen 75 år och äldre har också haft en ökad benägenhet att besöka tandvården sedan reformen trädde i kraft. I genomsnitt finansierar ett ATB ca 14 procent av åldersgruppens tandvårdskostnader.

Förekomsten av fyllningar och protetiska konstruktioner ökar också med stigande ålder. Patienterna och staten har således gjort betydande investeringar för att restaurera tänderna. För att investeringen inte ska gå förlorad är det viktigt att tänderna underhålls, vilket bl.a. kräver regelbundna tandvårdskontakter och därmed högre tandvårdskostnader. Konsumtionen, tandstatusen samt tidigare investeringar i munnen innebär att gruppen äldre generellt har ett större tandvårdsbehov som motiverar ett högre grundskydd. Idag inträder rätten till ett förhöjt ATB först vid 75 års ålder trots att tandvårdskonsumtionen är som störst kring 65 års ålder. Enligt utredningen skulle ett förhöjt ATB till personer mellan 65 och 74 år, mot denna bakgrund, göra ATB mer träffsäkert sett till såväl tandvårdsbehov som tandvårdskostnader.

Alternativa konstruktioner av ATB

Utredningen har övervägt flera tänkbara alternativ till och förändringar av vissa regler kopplade till dagens ATB. Tanken var att ATB bättre skulle kunna främja regelbundna tandvårdskontakter med optimala intervall, i högre grad bidra till att fler besöker tandvården i förebyggande syfte (inte bara vid akuta besvär) och bättre underlätta för grupper med låg besöksfrekvens att komma till tandvården.

Utredningen har bl.a. övervägt möjligheterna att begränsa användningsområdet för ATB till att enbart gälla undersökningar samt förebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder. Ungefär 80 procent av ATB används emellertid redan i dag för dessa åtgärder; en andel som har legat relativt fast sedan 2009. Utredningen har

tidigare visat att det är betydligt vanligare att enbart göra akuta besök i tandvården i de socioekonomiska grupper där besöksfrekvenserna redan i dag är relativt låga. Att begränsa användningsområdet för ATB skulle därför ge negativa effekter för dessa grupper som skulle få ännu svårare att finansiera sina tandvårds-kostnader. Begränsningar i hur ATB får användas riskerar också att komplicera ett stöd som ska vara enkelt och generellt.

Utredningen har även övervägt möjligheten att förena ATB med villkor om ett två- eller treårigt avtal mellan vårdgivare och patient; en form av *förebyggande tandvård till fast pris*. Innehållet i avtalet skulle då begränsas till förebyggande tandvård som innehåller få inslag av risk för både patient och vårdgivare eftersom förebyggande vård i regel är mer planerings- och förutsägbar. Fördelen med en sådan modell skulle kunna vara att främja förebyggande tandvård och kontinuitet i tandvårdskontakterna. För att ett sådant system ska fungera krävs sannolikt en enhetlig nationell modell för premieklassificering, en gemensam prissättningsmodell, enhetligt avtalsinnehåll och enhetlig information till befolkningen. Systemet skulle innebära att ATB (eller något annat stöd i motsvarande storleksordning) inte längre skulle betalas till alla som besöker tandvården, utan enbart till de som väljer att teckna ett sådant avtal med sin vårdgivare. Det finns därmed även i detta fall en uppenbar risk för att patienter som har svårt att finansiera sin tandvård och saknar en fast tandvårdskontakt inte kommer att tilltalas av modellen. Dessa kommer därmed att missgynnas av en sådan konstruktion. När de väl kommer till tandvården skulle de inte få ta del av det generella grundstödet som i dag omfattar alla som besöker tandvården. Utredningen bedömer dock att idén om tandvård till fast pris har tilltalande inslag för att främja förebyggande och hälsofrämjande tandvård (se vidare kapitel 18). En liknande modell behöver dock övervägas och utvecklas ytterligare innan den skulle kunna få en mer avgörande roll i det statliga tandvårdsstödet.

Utredningen har också övervägt ett tandvårdsstöd som skulle erbjuda patienter en undersökning till en låg och fast kostnad som motsvarar kostnaden för ett patientbesök i specialistvården (ca 300–350 kronor). Undersökning till en sådan kostnad skulle erbjudas med ett visst intervall, t.ex. vartannat år. På så sätt skulle färre uppleva kostnaden som ett hinder för att regelbundet genom-

föra en undersökning hos en tandläkare eller tandhygienist. Det skulle kunna leda till att sjukdomar och skador i munhålan kan upptäckas på ett tidigt stadium och till en ökad kontinuitet i tandvårdskontakterna främst för de som i dag sällan eller aldrig besöker tandvården. Tanken är tilltalande och en liknande tanke föreslogs redan 2006 i betänkandet SOU (2006:27) *Stöd till hälsobefrämjande tandvård*. Förslaget är dock förknippat med en grundläggande svårighet, nämligen hur bidraget ska fastställas. Om patientkostnaden ska vara fixerad till en viss nivå (t.ex. 300 kronor) och det råder fri prissättning på tandvårdsåtgärder, måste subventionen variera beroende på vilket pris vårdgivaren tar för undersökningen. Det skulle därmed uppstå två principiella problem. Det första är att bidragets storlek inte skulle bestämmas på grundval av patientens behov utan snarare av vårdgivarens pris. Det andra är att vårdgivaren inte skulle få några incitament att pris-konkurrera på undersökningsåtgärder eftersom patientens kostnad är fixerad till ett fast belopp, oavsett vilket pris vårdgivaren tar. Förslaget skulle därför försämra marknadens funktionssätt och samtidigt bli kostnadsdrivande. En ytterligare komplikation med förslaget är att patientavgiften för specialistvårdsbesök i hälso- och sjukvården varierar mellan olika landsting. Förslaget skulle av dessa skäl bli svårt att genomföra.

Sammanfattande bedömning av ATB

Sammanfattningsvis kan utredningen konstatera att alternativa konstruktioner av ATB skulle medföra fler problem än potentiella förbättringar när det gäller stödets mål och syften. Den nuvarande konstruktionen är enligt utredningen enkel och ändamålsenlig. Det allmänna tandvårdsbidraget bör förbli ett generellt ekonomiskt stöd som ges till alla som besöker tandvården. För de yngre fungerar det bra som en brygga mellan den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården och vuxentandvården, och för de äldsta bidrar den till deras generellt sett höga tandvårdskostnader samt till att de behåller kontakten med tandvården.

Att besöksfrekvenserna inte har förändrats mer på befolknings-nivå beror sannolikt både på att behoven av tandvård har förändrats till följd av tandhälsans förbättring men också på att det inte har

bedrivits ett aktivt arbete för att öka kännedomen om ATB bland de grupper som har lägre besöksfrekvenser (se kapitel 15).

Genom att ATB ges till alla som besöker tandvården bidrar det till stödets legitimitet. Det har också ett signalvärde att alla får en viss del av sin tandvård subventionerad. Det ger även möjlighet att följa tandhälsan i hela befolkningen eftersom vårdgivarens rekvisirering av ATB är förenat med villkor om inrapportering av tandhälso-uppgifter.

Motiven för att ha ett förhöjt ATB är delvis olika för olika grupper. För de unga handlar det framför allt om att ATB kan främja etableringen av en regelbunden kontakt med tandvården, vilket får betydelse för tandhälsan och tandvårdskostnaderna under hela livet. För de äldre har ATB kanske snarare syftet att stödja de grupper som har störst behov och konsumtion av tandvård, vilket är de i åldrarna 65 år och uppåt. Gruppen 75 år och uppåt har redan i dag rätt till ett förhöjt ATB. Utredningen förslår därför mot den här beskrivna bakgrunden att även gruppen mellan 65 och 74 år bör ges samma rätt.

16.4.2 Högkostnadsskyddet

Utredningens bedömning: Högkostnadsskyddet fungerar i huvudsak väl utifrån syftet att ge ett skydd mot höga tandvårdskostnader för de som har stora tandvårdsbehov. Stödet är effektivt i den meningen att det i störst utsträckning går till de åldersgrupper där tandvårdsbehoven är störst. Högkostnadsskyddet bör därför finnas kvar i nuvarande form.

Skäl för bedömningen:

Andelen av befolkningen som får del av högkostnadsskyddet varje år har sedan 2009 ökat successivt fram till 2012 där den stabiliserats kring 18 procent. Utvecklingen har varit olika för olika åldersgrupper och har beskrivits mer i detalj i kapitel 8.

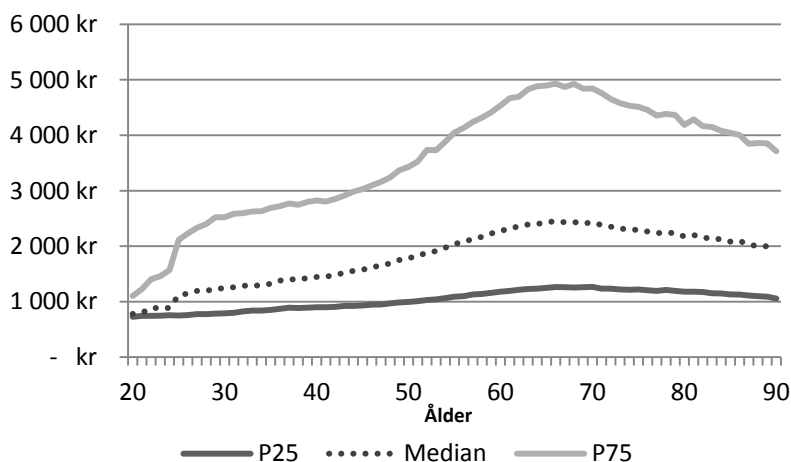
Bland personer i åldrarna 20–29 år är det knappt någon förändring mellan 2009 och 2014. Ungefär 4 procent av den åldersgruppen får del av högkostnadsskyddet. Andelen personer som i åldrarna 30 till 59 år

får del av högkostnadsskyddet har ökat från 13 till 15 procent av befolkningen. Ökningen sker trots minskad besöksbenägenhet och en förbättrad tandhälsa för personer i dessa åldrar. En del av ökningen förklaras av oförändrade beloppsgränser och höjda referenspriser, vilket medfört att fler patienter kommer över karensbeloppet på 3 000 kronor.

Bland personer 60 år och äldre har andelen som får del av högkostnadsskyddet ökat väsentligt sedan 2009, särskilt för gruppen äldre än 64 år. Andelen har ökat från 20 till 28 procent under sedan 2009. Att andelen patienter som får del av högkostnadsskyddet har ökat bland de som är äldre än 64 år beror till stor del på de övergångsregler som gällde det föregående tandvårdsstödet. Att personer mellan 60 och 64 år i större utsträckning får del av högkostnadsskyddet indikerar att det fanns ett uppdämt tandvårdsbehov för personer yngre än 65 år som bättre täcks genom dagens högkostnadsskydd än genom det tidigare tandvårdsstödet.

I följande figur visas hur patienternas tandvårdskostnader varierar mellan åldersgrupper.

Figur 16.1 Tandvårdskostnader för personer som besökte tandvården 2014, nedre kvartil (P25), median och övre kvartil (P75)



Källa: TLV. Vårdgivarpriser.

Tandvårdskostnaderna är högst vid omkring 65 års ålder. Användningen av högkostnadsskyddet är också störst bland personer mellan 65 och 74 år; var tredje person i denna åldersgrupp hade 2014 så pass höga tandvårdskostnader att tandvårdsersättning betalades ut. Bland de som besökte tandvården 2014 i åldrarna 65–74 år hade hälften tandvårdskostnader över 2 400 kronor och en fjärdedel över 4 800 kronor. Så även om personer i de övre åldrarna i större utsträckning får del av högkostnadsskyddet så är egenfinansieringen fortfarande påtaglig, både i absoluta (kronor) och relativa termer (andel patientkostnad). Det är därför rimligt att en stor del av högkostnadsskyddet går till gruppen 65–74 år eftersom de generellt har höga tandvårdskostnader.

Sammanfattande bedömning av högkostnadsskyddet

Utredningen bedömer att skyddet mot höga kostnader är ändamålsenligt då det i stor utsträckning går till de åldersgrupper där tandvårdsbehovet är störst. Som utredningen tidigare anfört finns det därför inga starka argument för att göra skyddet mer generöst, t.ex. genom sänkta beloppsgränser. Skyddet mot höga kostnader bör därför finnas kvar i nuvarande form.

16.4.3 Värdesäkring av tandvårdsstödet

Utredningens bedömning: Såväl beloppsgränserna i högkostnadsskyddet som ATB-beloppen har legat på samma nominella nivå sedan tandvårdsreformen infördes. Att beloppsgränserna i högkostnadsskyddet inte har värdesäkrats har medfört att gränsen för vad som ska anses vara stora tandvårdsbehov i realiteten har sänkts. Nominellt oförändrat ATB har inneburit att det inte längre bidrar reellt lika mycket till att sänka patienternas tandvårdskostnader.

Utredningens förslag: Beloppsgränserna i högkostnadsskyddet och ATB justeras till de nivåer som gällde vid reformens införande. Nivån på beloppsgränserna värdesäkras genom att kopplas till prisbasbeloppet.

I förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd ska anges följande.

Allmänt tandvårdsbidrag lämnas med 175 kronor om året. För patienter som fyller lägst 20 år och högst 29 år eller lägst 65 år under det år som tandvårdsbidraget tidigast kan användas, lämnas bidrag med 350 kronor om året.

Tandvårdsersättning lämnas med viss andel av patientens sammanlagda kostnader för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder i den mån dessa överstiger 0,0732 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat till närmaste hundratal kronor. Om patientens sammanlagda kostnader för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder överstiger 0,3660 gånger prisbasbeloppet, avrundat till närmaste hundratal kronor, lämnas tandvårdsersättning med en högre andel.

För en påbörjad ersättningsperiod gäller de beloppsgränser i högkostnadsskyddet som var fastställda vid ersättningsperiodens början.

Skäl för bedömning och förslag:

Högekostnadsskyddet har blivit generösare genom oförändrade beloppsgränser och utbyggt regelverk. Detta har främst gynnat den äldre delen av befolkningen som i större utsträckning har omfattande tandvårdsbehov. Om beloppsgränserna hade värdesäkrats skulle utgifterna för och antalet patienter som får del av högekostnadsskyddet ha varit ett par procentenheter lägre 2014. Nominellt oförändrade beloppsgränser (3 000 kr respektive 15 000 kr) har inneburit att den gräns som sattes upp för vad som ska anses vara *stora tandvårdsbehov* i dag ligger på en lägre real nivå. Dagens patienter behöver därmed konsumera mindre tandvård innan skyddet mot höga kostnader träder in än när reformen infördes.

Det är viktigt att tandvårdsstödet olika delar värdesäkras så att begreppet stora tandvårdsbehov i reala termer är förhållandevis konstant över tid. Statens subvention hålls då på samma ambitionsnivå över tid så länge inget annat beslutas. En löpande värdesäkring ger också bättre förutsättningar för regering och riksdag att bedöma kostnaderna för de behov som stödet avser att täcka. En värdesäkring av beloppsgränserna i högekostnadsskyddet kan även

motverka överkonsumtion och omotiverade prisökningar. Det är också viktigt att det som patienten själv får betala i reala termer hålls konstant över tid för att incitamenten till egenvård och hälsosamma levnadsmönster ska kunna bibehållas.

Nivån på ATB har inte heller förändrats på sju år. ATB:s bidrag till att sänka patienters tandvårdskostnader har därför urholkats.

En värdesäkring av beloppsgränserna, som påverkar knappt 30 procent av patienterna, kan frigöra medel för att värdesäkra ATB och för att utvidga det förhöjda bidraget till grupper som i dag får en mycket liten del av sina tandvårdskostnader täckta genom ATB.

För att återställa nivåerna till de som gällde vid reformens införande föreslår utredningen en engångsvis justering och därefter en kontinuerlig värdesäkring av beloppsgränserna. Därmed får begreppet omfattande tandvårdsbehov samma reala innebörd över tid. Vilken metod för justering och värdesäkring som väljs beror på vilket syfte man har utifrån begreppet *omfattande tandvårdsbehov*. Är syftet att patienter i dag ska kunna konsumera lika mycket tandvård som vid reformens början, eller att de ska konsumera lika stor andel av inkomsten, innan skyddet mot höga kostnader träder in?

Om man vill knyta begreppet stora tandvårdsbehov till kostnadsutvecklingen på tandvård skulle justeringen och värdesäkringen av beloppsgränserna kunna ske med utgångspunkt i referensprisutvecklingen, som speglar produktionskostnaderna för tandvård. På så sätt blir den mängd tandvård, som en patient behöver konsumera innan skyddet mot höga tandvårdskostnader träder in, konstant i förhållande till 2008-års tandvårdspriser. Referenspriserna har ökat med ungefär 12 procent sedan reformen och ökar i regel snabbare än priserna generellt i samhället, bl.a. på grund av att tandvården är mer personalintensiv än ekonomin i helhet.

En nackdel med att justera och värdesäkra beloppsgränserna utifrån kostnaderna i tandvården är emellertid att dessa har utvecklats i snabbare takt än den allmänna prisnivån i samhället. Många bidrag och ersättningar från välfärdssystemet är kopplade till den allmänna prisutvecklingen genom prisbasbeloppet⁶. Som redovisats i det föregående är det personer i ekonomiskt svagare

⁶ Prisbasbeloppet beräknas med utgångspunkt i förändringar i det allmänna prisläget (konsumtprisindex) enligt bestämmelserna i socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110). Prisbasbeloppet fastställs av regeringen för helt kalenderår och avrundas till närmaste hundratal kronor.

grupper som i större utsträckning avstår tandvård av ekonomiska skäl och som är mer benägna att enbart göra akuta besök. Om beloppsgränserna justeras uppåt i en snabbare takt än prisutvecklingen i samhället innebär det att dessa grupper, som har inkomster genom olika transfereringssystem, successivt kommer att behöva betala en allt större del av sina inkomster för sin tandvård innan de får ta del av högkostnadsskyddet. Ekonomiskt svagare grupper är mer känsliga för höga kostnader och det finns då risk för att de avstår tandvård i ännu större utsträckning. Utredningen föreslår därför att beloppsgränserna i högkostnadsskyddet ska kopplas till prisbasbeloppet. Det gäller både för att återställa dem till de reala nivåer som gällde vid reformens införande och för att därefter justera dem löpande. Det innebär att värdesäkring kommer att harmonisera med det som gäller för många andra socialförsäkringsförmåner.⁷

Utredningen har också övervägt att koppla värdesäkring till andra tänkbara index, bland annat tjänsteprisindex, löneprisindex och landstingsprisindex. Dessa har historiskt ökat i snabbare takt än prisnivåerna generellt i samhället och skulle därför ge samma negativa effekter för ekonomiskt svagare grupper som förslaget att värdesäkra subventionssystemet med referensprisutvecklingen.

För att återställa nivån till den som gällde vid reformens införande föreslås en engångsvis justering av beloppsgränserna till 3 300 respektive 16 400 kronor i 2017 års prisnivå, baserat på prognoser för prisbasbeloppets utveckling (se tabell nedan). Det innebär också att den lägsta beloppsgränsen kan fastställas till 0,0732 gånger av prisbasbeloppet och den övre beloppsgränsen till 0,3660 av prisbasbeloppet.

En justering och värdesäkring av ATB utifrån kostnadsutvecklingen på tandvård skulle i visst hänseende vara mest lämplig eftersom ATB därigenom skulle bidra med samma andel av kostnaden för samma behandling över tid. Samtidigt är det angeläget att systemet hänger samman och är enkelt att förstå vilket talar för att värdesäkring av det allmänna tandvårdsbidraget och beloppsgränserna i högkostnadsskyddet bör göras utifrån samma principer. Det finns dessutom några grundläggande skillnader mellan ATB och beloppsgränserna. För det första är de nominella beloppen för

⁷ Se t.ex. ISF (2014) *Utvecklingen av socialförsäkringsförmåner sedan 1990-talet*.

ATB förhållandevis små jämfört med beloppsgränserna vilket innebär att val av metod/index blir mindre avgörande för ATB. För det andra kommer förslaget om värdesäkrat ATB att kunna genomföras tidigast 2017. Vid den tidpunkten spelar valet av metod mindre roll med utredningens förslag. Med den princip för avrundning till närmaste 25-tal kronor som utredningen i det följande redogör för skulle ATB fastställas till 175 kronor år 2017 oavsett princip för värdesäkringen. Framöver kommer dock justeringen uppåt inte att gå lika snabbt med prisbasbeloppet som det skulle ha gjort om andra index används för värdesäkringen.

TLV har i dag ett bemyndigande att besluta om beloppsgränserna. Utredningens förslag innebär att detta bemyndigande upphör och att värdesäkringen av beloppsgränserna framöver sker automatiskt genom att de kopplas till prisbasbeloppets utveckling. De löpande justeringarna av beloppsgränserna bör ske så att de alltid hamnar på hela 100-tal kronor. Utredningen har övervägt att genomföra den initiala justeringen av beloppsgränserna stegvis för att minska dess eventuella påverkan på efterfrågan av tandvård. Eftersom beloppen för berörda patienter vid en engångsvis justering är förhållandevis små förväntas det inte påverka efterfrågan på omfattande tandvård.⁸ Det finns därmed inget starkt argument för att fasa in beloppsjusteringarna successivt.

Utredningen anser att det även fortsättningsvis ska vara regeringen som fastställer beloppet för ATB med utgångspunkt från prisbasbeloppets utveckling. I dag fastställer regeringen två belopp för ATB; ett för personer mellan 30 och 74 år och ett annat högre belopp för övriga. Utredningen anser att regeringen framöver bara behöver värdesäkra det lägre beloppet. När det lägre beloppet är fastställt följer att det högre blir dubbelt så stort. Att värdesäkra två belopp parallellt skulle innebära att de justeras i olika takt, vilket skulle bli både orimligt och svårt att förklara.

ATB är nominellt betydligt lägre än beloppsgränserna i högkostnadsskyddet och därför är det rimligt att göra justeringen och avrundningen med lägre belopp, lämpligen 25 kronor åt gången. Om ATB en gång har höjts med 25 kronor bör det enligt

⁸ För patienter som får del av högkostnadsskyddet på 50%-nivån innebär värdesäkringen minskad tandvårdsersättning med upp till 150 kronor under en ersättningsperiod. $((3000 - 3300) * 0,5 = -150)$.

utredningen inte justeras ned därefter, även om prisbasbeloppet skulle motivera en minskning.

I tabellen nedan redovisas hur en successiv och ej avrundad värdesäkring av beloppsgränserna och ATB skulle ha sett ut fram till i dag och hur det beräknas blir fram till 2018 med utredningens förslag till uppräknings- och avrundningsprinciper.

Tabell 16.1 Beloppsgränser i högkostnadsskyddet och ATB vid värdesäkring med prisbasbeloppet och vid avrundning

ÅR	PBB	HKS nedre gräns		HKS övre gräns		ATB	
		Ej avrundad	Avrundad	Ej avrundad	Avrundad	Ej Avrundad	Avrundad
2008	41 000	3 000 kr	3 000 kr	15 000 kr	15 000 kr	150 kr	150 kr
2009	42 800	3 133 kr	3 100 kr	15 665 kr	15 700 kr	157 kr	150 kr
2010	42 400	3 104 kr	3 100 kr	15 518 kr	15 500 kr	155 kr	150 kr
2011	42 800	3 133 kr	3 100 kr	15 665 kr	15 700 kr	157 kr	150 kr
2012	44 000	3 221 kr	3 200 kr	16 104 kr	16 100 kr	161 kr	150 kr
2013	44 500	3 257 kr	3 300 kr	16 287 kr	16 300 kr	163 kr	175 kr
2014	44 400	3 250 kr	3 300 kr	16 250 kr	16 300 kr	162 kr	175 kr
2015	44 500	3 257 kr	3 300 kr	16 287 kr	16 300 kr	163 kr	175 kr
2016*	44 400	3 250 kr	3 300 kr	16 250 kr	16 300 kr	162 kr	175 kr
2017*	44 800	3 279 kr	3 300 kr	16 397 kr	16 400 kr	164 kr	175 kr
2018*	45 500	3 331 kr	3 300 kr	16 653 kr	16 700 kr	166 kr	175 kr

*Prognos till vårandringsbudget för 2015.

Som framgår av tabellen skulle ATB på 150 kronor i 2008-års prisnivå ha motsvarat 163 kronor år 2013. Det skulle ha motiverat en höjning av ATB med 25 kronor till 175 kronor. Följande år (2014) minskade prisbasbeloppet nominellt med 100 kronor och sänkte därmed värdet av ATB till 162 kronor före avrundningen. Enligt utredningens föreslagna princip bör emellertid ATB inte justeras nedåt och skulle därför uppgått till 175 kronor även år 2014 och framåt.

Beloppsgränserna i högkostnadsskyddet bör ändras vid årskiften. Patienter som påbörjat en ersättningsperiod under ett visst år ska dock inte påverkas under löpande ersättningsperiod av ändrade beloppsgränser eftersom det inte är rimligt att ändra förutsättningarna under en pågående period. Det är alltså startpunkten för ersätt-

ningsperioden som avgör vilka beloppsgränser i högkostnadsskyddet som gäller för patienten.

När det gäller ATB är förutsättningarna något annorlunda. Storleken på ATB bestäms och blir känt över ett halvår innan det kan användas. Ett ATB kan sparas upp till två år. Om regeringen beslutar att det nominella beloppet för ATB ska höjas mellan två år ska det sparade ATB:t utbetalas på den ursprungliga nivån. Det kan alltså uppstå situationer där en patient får två nominellt olika ATB-belopp (t.ex. 150 och 175 kr) i samband med ett besök i tandvården.

16.4.4 Vissa övriga frågor gällande högkostnadsskyddet

Under utredningsarbetet har vissa förslag om förändringar i högkostnadsskyddet aktualiserats från olika aktörer. Utredningen har övervägt dessa men inte funnit skäl att föreslå några förändringar, och redovisar i det följande sina principiella ställningstaganden.

Ersättning beräknas enbart på referenspriset, oavsett vårdgivarpris

Beräkningen av högkostnadsskyddet baseras i dag på det lägsta av vårdgivarpriset och referenspriset. Till utredningen har framförts synpunkten att detta kan ge oönskade effekter på prisbildningen på tandvård. Några vårdgivare anser att nuvarande regler ger dem få incitament att fastställa ett pris för åtgärder som ligger under referenspriset. Patienten får visserligen ett lägre pris, men också en lägre subvention - eftersom inte hela mellanskillnaden kommer patienten till del. Samtidigt minskar vårdgivarens intäkt. De som är kritiska till dagens regler anser att samma åtgärd borde ge samma statliga subvention oavsett vårdgivarpris och att det skulle främja priskonkurrensen på tandvårdsmarknaden.

I likhet med Konkurrensverket kan utredningen konstatera att förslaget med en likformig ersättning vid en första anblick kan verka rimligt.⁹ Det finns dock principiella invändningar mot förslaget som riskerar reformens långsiktiga hållbarhet. Vid en

⁹ Konkurrensverket (2013) *Ökad konkurrens för bättre tandhälsa* s. 151.

enhetlig ersättning per utförd åtgärd kan det uppstå situationer där både vårdgivare och patient i princip får betalt av staten för all utförd tandvård som subventioneras med 85-procentig subvention. Det skulle inträffa om vårdgivaren kan tillhandahålla tandvård till en kostnad som ligger under den enhetliga ersättningen – då skulle patienten på marginalen kunna erbjudas fri tandvård. Detta skulle medföra betydande risker för överkonsumtion som också kan bli väldigt kostnadsdrivande. Utredningen anser att patienten även fortsättningsvis alltid ska bära en viss del av kostnaden för varje ytterligare tandvårdsåtgärd som konsumeras.

Det finns också en annan risk med att basera subventionen på referenspriset oavsett vårdgivarpris. En mindre seriös vårdgivare, som genom dålig kvalitet kan sätta väldigt låga priser på sin tandvård och som inte låter patienten ta del av mellanskillnaden, skulle därigenom på kort sikt kunna göra oskäligen vinster.

Mot den beskrivna bakgrunden anser utredningen att dagens ordning är ändamålsenlig och därför inte bör ändras.

Ersättningsperiodens längd

Utredningen har i flera sammanhang fått synpunkter på att ersättningsperiodens längd – ett år – i vissa fall är för kort och att lagen inte innehåller några undantag, en ventil, vid särskilda omständigheter som gör att ettårsgränsen blir oskälig. Det kan t.ex. handla om särskilt komplicerade behandlingar som inte går att genomföra inom ett år eller situationer som står utanför patientens kontroll, t.ex. att behandlaren eller patienten själv blir sjuk och inte kan slutföra behandlingen inom ettårsgränsen.

Utredningen har analyserat hur många patienter som har högstkostnadsskydd flera år i rad, hur stor ersättning de får och vilka diagnoser som är vanligast (se kap. 8). Utredningen konstaterar att det är betydligt fler personer som har stora tandvårdskostnader flera år i rad än vad man beräknade inför reformen. Under perioden 2013–2014 var det drygt 280 000 personer, de flesta äldre än 50 år, som hade tandvårdskostnader som motiverade en utbetalning av tandvårdsersättning minst två år i rad. Nästan en fjärdedel av dessa patienter hade under minst ett av åren så pass höga tandvårdskostnader att de fick ta del av stödet på 85-procentnivån.

Detta kan vara ett uttryck för behov som var svåra att förutse innan reformen, eftersom möjligheterna till analys och uppföljning på individnivå då var högst begränsade. Vi vet således inte om detta är en utveckling som eskalerat på senare tid. Den aktuella patientgruppen behöver därför analyseras vidare – t.ex. vilken typ av patienter och vilken typ av diagnoser och åtgärder som det handlar om. Utvecklingen av gruppen bör också följas över tid. Därefter kan övervägas om det krävs särskilda åtgärder.

Utredningen ser inte skäl att i nuläget föreslå någon förändring av ersättningsperiodens längd. En generell förlängning skulle sannolikt bli väldigt kostnadsdrivande i och med att betydligt fler patienter då skulle kunna komma upp i kostnader som berättigar till högkostnadsskydd; särskilt till den högsta ersättningsnivån. Att införa särskilda skäl för vissa situationer skulle också vara problematiskt. De skapar ofta gränsdragnings- och tröskelproblem som kan påverka vårdgivarnas och patienternas beteende på ett icke ändamålsenligt sätt.

Högekostnadsskydd och abonnemangstandvård

I juni 2014 lämnade Folktandvårdsföreningen ett förslag till TLV om hur det statliga tandvårdsstödet kunde anpassas för att bättre stödja patienter som tecknat abonnemangsavtal. TLV har överlämnat förslaget till utredningen.

Folktandvårdsföreningens förslag bestod av två delar:

1. Abonnemangstandvårdspatienter borde få tillgodoräkna årspremien som karensgrundande för högekostnadsskyddet.
2. Patienter som får rehabiliterande vård (protetik) utförd borde få tillgodoräkna sig årspremien som karensgrundande belopp och få högekostnadsskydd för den rehabiliterande vård som utförs, dock inte singelkronor eftersom det ingår i abonnemanget.

Enligt Folktandvårdsföreningens beräkningar skulle det första delförslaget medföra ökade kostnader för staten med ca 50 miljoner kronor och det andra med ca 6,5 miljoner kronor.

Även om det i Folktandvårdsföreningens kalkyl handlar om förhållandevis små belopp så finns det, enligt utredningen, framför allt vissa principiella invändningar mot förslaget. För det första är

det viktigt att hålla isär de olika formerna. Ett fastprissystem, som abonnemangstandvården är, innebär att patienten, utifrån en riskbedömning, betalar en fast premie oavsett konsumtion. Ett styckesprissystem, som högkostnadsskyddet är baserat på, innebär att patienten, även efter subvention, alltid betalar en viss del av varje tillkommande åtgärd. Att sammanblanda systemen kan försvåra för patienter att förstå hur priset för tandvården är fastställt och hur mycket deras tandvård i slutändan kommer att kosta.

Enligt utredningen är det också centralt att patienten alltid betalar – hela eller delar av – kostnaden för varje ny tandvårdsåtgärd som denne konsumerar. Tredjepartsfinansierade system, där patienten inte möter några marginalkostnader för tillkommande konsumtion, riskerar att bli väldigt kostnadsdrivande och hotar stödets långsiktiga hållbarhet.

Av detta följer att patientens abonnemangspremie inte bör tillgodoräknas vid beräkningen av karensbeloppet inom högkostnadsskyddet. Av betydelse är framför allt att årspremien är just en premie som är satt utifrån en riskbedömning – inte en kostnad per utförd tandvårdsåtgärd där patienten alltid betalar en del själv. Det är en grundläggande princip som dagens högkostnadsskydd bygger på. Därför bedömer utredningen att patienternas premie inte bör kunna tillgodoräknas vid beräkningen av karensbeloppet inom högkostnadsskyddet.

I avsnitt 18.3 redovisar utredningen sina tankar kring hur tandvårdsstödet kan utvecklas framöver, varvid också den här behandlade frågan delvis berörs.

17 Åtgärder för att motverka felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet

17.1 Inledning

Alla som enligt socialförsäkringsbalken anses vara bosatta i Sverige har, från och med det år man fyller 20 år, rätt till statligt tandvårdsstöd. Rätt till statligt tandvårdsstöd föreligger även för vissa andra personer som bor, studerar eller arbetar i Sverige. Det är patienten som har rätt till tandvårdsstödet, även om det betalas ut till vårdgivaren. Tandvårdsstödet får därmed anses vara en del av välfärdssystemet.

För att bevara tilltron till välfärdssystemet och bibehålla legitimiteten för det statliga tandvårdsstödet är det viktigt att minimera felaktiga utbetalningar.

Handläggningen av tandvårdsstödet är i huvudsak automatiserad. För att säkerställa att rätt ersättning har betalats ut genomför Försäkringskassan efterhandskontroller. Detta system, med automatiserad handläggning och utbetalning samt efterhandskontroller, fungerar i huvudsak bra eftersom de flesta vårdgivare vill göra rätt för sig. Alla välfärdssystem, särskilt sådana där handläggningen i princip görs av den som ersättningen ska betalas ut till, förutsätter emellertid effektiva kontroller.

I detta kapitel presenterar utredningen förslag som syftar till att motverka de felaktiga utbetalningarna av tandvårdsstödet. Det handlar sammanfattningsvis om ett utvecklat preventivt arbete, att efterhandskontrollerna behöver bli mer träffsäkra, att Försäkringskassan behöver ett utökat samarbete och informationsutbyte med andra myndigheter samt om en förstärkning av Försäkringskassans

sanktionsmöjligheter. Avslutningsvis behandlas Försäkringskassans möjlighet att kvitta en fordran på återbetalning av tandvårdsstöd.

Med begreppet felaktiga utbetalningar avses avsiktliga fel, oavsiktliga fel och s.k. "systemproblem" som orsakas av regel- och stödsystemens utformning (se avsnitt 12.7).

17.2 Försäkringskassans arbete med att motverka felaktiga utbetalningar

Utredningens bedömning: Det är svårt att värdera hur Försäkringskassans arbete med att motverka felaktiga utbetalningar från tandvårdsstödet har utvecklats sedan reformen trädde i kraft eftersom en basmätning av omfattningen av de felaktiga utbetalningarna gjorts först 2014. Utredningens uppfattning är ändå att arbetet har utvecklats i positiv riktning. Arbetet behöver dock bli mer målinriktat och vidtagna åtgärder behöver följas upp systematiskt.

Utredningens förslag: Omfattningen av och orsakerna till de felaktiga utbetalningarna inom tandvårdsstödet ska kontinuerligt följas upp och rapporteras till regeringen. Rapporteringen ska innehålla en redovisning dels av de åtgärder som vidtagits för att minska de felaktiga utbetalningarna och dels av det resultat som de slumpmässiga och riktade efterhandskontrollerna visat.

Skäl för bedömning och förslag:

Arbetet med att motverka felaktiga utbetalningar innefattar både insatser som minimerar risken för att de felaktiga utbetalningarna uppstår och efterhandskontroller för att hitta de fel som ändå går igenom det högautomatiserade IT-systemet. Det handlar också om att vidta nödvändiga åtgärder med ledning av vad efterhandskontrollerna visar. Det är viktigt att återkoppla när det gäller sådana områden där vårdgivare oftare gör omedvetna fel eller där regelverket är extra krångligt samt att försöka hindra de som systematiskt använder stödet felaktigt.

Försäkringskassan har sedan en tid tillbaka antagit en strategi för tandvårdsstödet som delvis tar sikte på effektivare efterhandskontroller.¹ I Försäkringskassans rapport över felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet, som närmare redogjorts för i kapitel 12, framhåller Försäkringskassan också vikten av förebyggande insatser för att minska oavsiktliga fel och fel som beror på okunskap.² Försäkringskassan ska också i större utsträckning fokusera på att hitta och vidta nödvändiga åtgärder mot de vårdgivare som återkommande gör fel, oavsett om felen är avsiktliga eller oavsiktliga. Inslaget av förebyggande insatser, som syftar till att underlätta för vårdgivarna att göra rätt från början, är ett strategiskt viktigt arbete med stor potential. Tidigare har arbetet med att återkoppla till vårdgivare som återkommande gör fel – varför och hur felen kan undvikas – varit begränsat. Detta arbete ska nu få en mer framträdande roll.

Utredningens bild är att Försäkringskassans arbete går i rätt riktning men det är inte helt lätt att värdera. Att mäta effektiviteten i arbetet med att förhindra felaktiga utbetalningar är komplicerat. Försäkringskassan informerar nyckelpersoner hos vårdgivare som i sin tur utbildar relevant personal inom sina respektive organisationer. Information och andra förebyggande insatser får inte effekt som syns i kontrollerna förrän tidigast ett år senare eftersom Försäkringskassan i princip bara granskar avslutade ersättningsperioder. Det är alltså långt mellan en förebyggande insats och eventuellt genomslag vilket försvårar möjligheten att värdera insatsens effekt.

Resursfördelningen mellan det preventiva arbetet och efterhandskontrollerna är också strategiskt viktig. Det är därför angeläget att följa upp och vid behov omvärdera resursfördelningen med ledning av den samlade kunskap som den nya inriktningen och strategin ger. Därför föreslår utredningen att Försäkringskassan regelbundet ska redovisa till regeringen hur myndigheten arbetar med att säkerställa att felaktiga utbetalningar minimeras och även redogöra för myndighetens arbete med efterhandskontroller.

¹ Försäkringskassan (2014) *Strategi för Statligt tandvårdsstöd*.

² Försäkringskassan (2015) *Efterhandskontroller inom tandvårdsstödet*.

Regelbunden återkoppling till regeringen

Omfattningen av och orsakerna till de felaktiga utbetalningar som upptäcks vid Försäkringskassans efterhandskontroller måste kontinuerligt följas upp och analyseras. Detta bör ske regelbundet genom en rapport till regeringen. Utredningen föreslår att rapporten initialt ska göras vartannat år. Alltför täta rapporteringar innebär att Försäkringskassan tvingas göra slumpmässiga kontroller som inverkar på det reguljära arbetet. Det blir också problematiskt eftersom effekten av en förebyggande insats inte noteras i statistiken förrän ett par år senare.

Rapporten ska bl.a. innefatta

- redogörelse för vilka åtgärder som vidtagits för att minska de felaktiga utbetalningarna och vilka effekter de har fått
- en uppskattning av de felaktiga utbetalningar som gjorts under året
- orsaker till de felaktiga utbetalningarna
- uppföljning av föregående rapport
- redovisning av hur mycket som återkrävts
- samlad analys.

I den samlade analysen ska Försäkringskassan göra en bedömning av verksamhetens effektivitet genom att bedöma effektiviteten i vidtagna åtgärder samt jämföra omfattningen av de felaktiga utbetalningarna med det totala belopp som återkrävts och myndighetens kostnader för dessa kontroller.

17.3 Mer träffsäkra efterhandskontroller

Utredningens bedömning: Försäkringskassan har utvecklat arbetet med efterhandskontrollerna. Samtidigt finns det utrymme för ytterligare effektiviseringar, bl.a. vad gäller urvals- och arbetsmetoder. Genom den rapport som utredningen har föreslagit att Försäkringskassan ska göra blir det möjligt att följa både utvecklingen av och effektiviteten i efterhandskontrollerna.

Skäl för bedömningen:

I syfte att förhindra felaktiga utbetalningar genomför Försäkringskassan både slumpmässiga och riktade efterhandskontroller av utbetald tandvårdsersättning. Efterhandskontrollerna är utformade med ledning av uttalanden i förarbetena till lagen om statligt tandvårdsstöd (se kapitel 12).³

Utredningen har haft i uppdrag att överväga om kontrollarbetet kan utvecklas för att fungera mer effektivt och vid behov även lämna förslag till hur man mer effektivt kan stävja eventuellt avsiktligt överutnyttjande av tandvårdsstödet. Som grund för sina överväganden har utredningen bl.a. Försäkringskassans rapport över felaktiga utbetalningar (se avsnitt 12.7.1) som redogör för omfattning och orsaker till felaktiga utbetalningar till vårdgivare.⁴

Försäkringskassan har successivt utvecklat sina processer för efterhandskontroller men det är fortfarande ett pågående utvecklingsarbete som inte helt har funnit sin form. Det är delvis en konsekvens av den begränsade vägledning som finns i förarbetena och av den speciella ordning som gäller för tandvårdsstödet. För Försäkringskassans övriga förmåner sker den manuella utredningen normalt före utbetalning medan det är tvärtom för tandvårdsstödet. Myndigheten har därför inte hanterat tandvårdsstödet verksamhet på samma sätt som övriga förmåner.

Tandvårdsstödet baseras på ett mycket detaljerat regelverk. Det finns därför många potentiella nivåer och objekt för kontrollerna, vilket gör urvalsproblematiken i kontrollverksamheten särskilt svår (se avsnitt 12.6.3).

Efterhandskontroller är tids- och resurskrävande både för Försäkringskassan och för vårdgivarna. Många ärenden som granskas innehåller inga eller endast små fel. Det är positivt men inte oproblematiskt utifrån ett kontrollperspektiv – urvalet av kontrollärenden behöver vara träffsäkert för att kontrollerna ska uppfattas som trovärdiga och legitima och för att inte överbelasta vårdgivare som gör rätt.

³ Prop. 2007/08:49 s. 98.

⁴ Försäkringskassan (2015) *Efterhandskontroller inom tandvårdsstödet*.

17.3.1 Effektiviteten i efterhandskontrollerna

En svår fråga är när Försäkringskassans arbete med efterhandskontroller ska anses vara effektivt; i de fall man hittar många fel eller i de fall när den återkrävda summan är stor? Få fel kan tyda på en låg andel felaktiga utbetalningar men det kan även betyda att Försäkringskassan inte riktar sina kontroller med tillräcklig precision.

Förvaltningskostnaderna för det statliga tandvårdsstödet uppgick 2014 till ca 159 miljoner kronor.⁵ I sin rapport över felaktiga utbetalningar av tandvårdsstödet uppskattar Försäkringskassan, utifrån ett slumpmässigt urval av tandvårdsmottagningar, att de felaktiga utbetalningarna uppgick till 103,8–178,5 miljoner kronor under 2013. Försäkringskassan återkrävde under 2014 sammanlagt 18,6 miljoner kronor i tandvårdsstöd.⁶ Det visar att det finns en inte obetydlig potential att förbättra inriktningen på kontrollerna för att öka träffsäkerheten och för att undvika att överkontrollera de som redan gör rätt.

Försäkringskassans tidigare nämnda rapport om efterhandskontrollerna gjordes utifrån ett statistiskt säkerställt urval. Det går dock inte av rapporten att avgöra hur urvalet i detalj har gått till. Det finns många nivåer och objekt som kan ligga till grund för ett statistiskt säkerställt urval, där olika objekt kan leda till olika resultat. Det kan alltså inte uteslutas att resultatet av kontrollen hade blivit annorlunda om urvalet hade bestämts på andra grunder.

Det finns i dag ingen tydlig målsättning för efterhandskontrollerna. Det är dessutom svårt att jämföra resultaten från år till år eftersom det totala belopp som återkrävs varje år beror på vad efterhandskontrollerna har varit inriktade mot, vilket varierar mellan åren. Någon uppskattning av de totala felaktiga utbetalningarna har bara gjorts en gång (avseende 2014) varför det är svårt att uttala sig om utvecklingen över tid.

Det yttersta syftet med kontrollerna måste vara att det är rätt ersättning som utbetalas till vårdgivarna och i slutändan att patienterna bara betalar för den tandvård man fått utförd. Mot den bakgrunden skulle det kunna vara värdefullt att ge patienten

⁵ Försäkringskassan (2015) *Försäkringskassans årsredovisning 2014*.

⁶ Försäkringskassan (2015) *Försäkringskassans årsredovisning 2014*.

information om den ersättning som vårdgivaren begärt och fått ut – vilket både kan vara ett ytterligare sätt att göra tydligt för patienten vad tandvårdsstödet innebär och för att säkra att patienten har fått rätt ersättning. Det skulle t.ex. kunna ske genom att alla patienter, eller slumpvis utvalda, får en direkt återkoppling när ersättning betalats ut till en vårdgivare. Patienten ska då också kunna vända sig till Försäkringskassan om något inte stämmer. I sådana fall kan det bli en viktig signal till kontrollverksamheten. Detta har övervägts inom Försäkringskassan men inte genomförts av kostnads-skäl.

Försäkringskassan lämnar heller ingen information till patienten i de fall där en vårdgivare har blivit skyldig att betala tillbaka tandvårdsersättning. Ett beslut om återbetalning fattas för att vårdgivaren inte kan visa att den åtgärd man begärt ersättning för är utförd eller ersättningsberättigande. I vissa fall kan det bero på att åtgärden inte har utförts, men i många fall har vården faktiskt utförts, men det finns brister i journalföring eller övrig dokumentation som gör att ersättning inte kan lämnas.

Utredningen har övervägt att införa en skyldighet för Försäkringskassan att lämna information till patienter, dels vad gäller utbetalning av tandvårdsersättning, dels vad gäller korrigeringar av ersättning, som i de flesta fall handlar om återkrav. Utredningen har dock landat i att sådan information kan vara svår att tolka för patienten. Många patienter skulle komma att misstro sin behandlare och ifrågasätta om den vård man betalat för verkligen har utförts, trots att det kan ha varit en mening i journalen som saknades och som föranledde Försäkringskassan att återkräva ersättningen.

Utredningen föreslår att Försäkringskassans ansvar för information och rådgivning till patienter ska förtydligas och utökas (se kapitel 15). Inom ramen för detta ansvar kan Försäkringskassan överväga olika typer av insatser för att patienterna ska bli mer upplysta och medvetna tandvårdskonsumenter, vilket bl.a. kan vara att ge patienten bättre möjligheter att bedöma rimligheten i vårdgivarens åtgärder och priser. Att involvera patienterna mer i arbetet med efterhandskontrollerna och ta kontakt med patienterna i de fall det är motiverat ligger också i linje med vad som anges i Försäkringskassans strategi för tandvårdsstödet. I de fall då Försäkringskassan misstänker att den insända dokumentationen är förfälskad eller att vården av någon annan

anledning inte har utförts, finns det sålunda anledning att ta kontakt med patienten i högre utsträckning än vad som görs i dag.

17.3.2 Urvalsmetoder i kontrollverksamheten

På grund av den stora mängd ärenden som faller inom ramen för ett kontrolluppdrag kan Försäkringskassan av naturliga skäl inte efterhandskontrollera samtliga. Därför behöver ett urval definieras. En central fråga i arbetet är hur man gör urvalet av de ärenden som ska bli föremål för de planerade kontrollerna. Frågan om urvalstrategier för efterhandskontrollerna inom tandvårdsstödet är komplex och gäller såväl de riktade som de slumpmässiga kontrollerna. Komplexiteten i regelverket för tandvårdsstödet kräver välgrundade syftesformuleringar för kontrolluppdragen.

Utredningen bedömer att arbetet med urvalen för efterhandskontrollerna inte har varit effektivt. Detta har även framförts av ISF i två rapporter.⁷ Arbetet med att identifiera risker samt att hitta lämpliga och effektiva urvalskriterier har emellertid utvecklats i takt med att Försäkringskassan fått mer erfarenhet och kopplat andra kompetenser till arbetet, t.ex. statistiker och personer med erfarenhet från Försäkringskassans övriga kontrollarbete.

Ett bra exempel på hur Försäkringskassan utvecklar sina urvalsmetoder är s.k. riskprofilering, där riskbeteenden hos vårdgivare och behandlare kartläggs för att kunna ligga till grund för riktade kontroller. Detta har potential att effektivisera kontrollarbetet och även att ge preventiva effekter på de som systematiskt gör fel. Utredningen anser att det är viktigt att de som systematiskt gör fel hanteras med särskilda arbetsmetoder eftersom förebyggande insatser inte har effekt på de som avsiktligt vill använda systemet på ett felaktigt sätt.

Försäkringskassan har uttryckt uppfattningen att allmänpreventiva efterhandskontroller i bred bemärkelse, dvs. slumpmässiga kontroller, varken ger ett särskilt bra resultat eller har någon stor effekt på vårdgivarnas vilja att göra rätt.⁸

⁷ ISF (2011) *Kontroller av tandvårdsstödet* samt ISF (2013) *Försäkringskassans efterhandskontroller av tandvårdsstödet*.

⁸ Denna inställning är relativt ny. I yttrandet (dnr 80825-2011, s.3) till ISF:s rapport delar Försäkringskassan ISF:s slutsats att det är viktigt att bibehålla slumpmässiga kontroller.

Utredningen bedömer att alla efterhandskontroller, breda som djupa samt slumpmässiga som riktade, har mer eller mindre allmänpreventiva inslag och fyller därmed en viktig del i ett effektivt kontrollarbete. Allmänprevention kan ha många olika skepnader, där Försäkringskassans definition (att så många behandlare och mottagningar som möjligt kontrolleras) kan utgöra en av flera relevanta definitioner. Det går också att definiera slumpmässighet på andra sätt – t.ex. färre mottagningar som ingår i kontrollen men där fler objekt (ersättningsperioder, åtgärder eller dylikt) granskas. Det är viktigt att Försäkringskassan kontinuerligt utvärderar på vilken grund de slumpmässiga kontrollerna vilar och vid behov anpassar inriktningen. Ett annat viktigt inslag för att efterhandskontroller, riktade eller slumpmässiga, ska få allmänpreventiv effekt är möjligheten att utdela effektiva sanktioner.

17.3.3 Arbetsmetoder i kontrollverksamheten

Försäkringskassans arbete med efterhandskontroller har beskrivits i kapitel 12. Utöver vad som framförts om urvalsmetoder i det föregående arbetar Försäkringskassan med att utveckla sina arbetsmetoder i efterhandskontrollerna för att öka lärandet och göra kontrollerna effektivare. Det handlar bl.a. om att man ska arbeta mer teambaserat och utveckla sina granskningar av vissa vårdgivare utifrån revisionsliknande ansatser, där man går mer på djupet. Ett sådant arbete kommer att underlättas ytterligare genom ett systematiskt samarbete med Skatteverket.

Det finns också en potential för utveckling av det IT-system där behandlare rapporterar och begär ersättning för utförd tandvård. IT-systemet tillkom under starkt tidspress och kontrollaspekterna beaktades sannolikt inte fullt ut. En utveckling av IT-stödet för tandvård har inte någon hög prioritet inom Försäkringskassan i dag men skulle kunna bidra till ett effektivare kontrollarbete.

17.4 Utökat samarbete och informationsutbyte

Utredningens bedömning: Ett utökat samarbete och informationsutbyte med andra myndigheter (främst Skatteverket) skulle bidra till mer träffsäkra efterhandskontroller samt leda till att Försäkringskassan bättre kan identifiera vårdgivare som utnyttjar tandvårdsstödet på ett felaktigt sätt. Även Försäkringskassans interna samarbete bör förbättras så att tandvårdsstödet i större utsträckning inkluderas i det arbete som myndigheten bedriver för att motverka felaktiga utbetalningar när det gäller övriga förmånslag.

Utredningens förslag: Tillämpningsområdet för lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdsystemen utvidgas till att omfatta också sådana ersättningar till vårdgivare som Försäkringskassan lämnar enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Skäl för bedömning och förslag:

Försäkringskassan har i dag ett väl fungerande samarbete med TLV och Socialstyrelsen som, tillsammans med Försäkringskassan, ansvarar för olika frågor kopplade till tandvårdsstödet. Samarbetet med TLV inkluderar även ett visst informationsutbyte.

Det har framkommit att Försäkringskassan även har ett behov av att samarbeta med andra myndigheter i arbetet med efterhandskontrollerna. Ett visst samarbete finns i dag mellan Försäkringskassan och IVO. Myndigheterna har en överenskommelse som innebär att om Försäkringskassan misstänker att tandvårdspersonal utför vård som inte är förenlig med vetenskap och beprövad erfarenhet, kan en impuls om detta lämnas till IVO. Om IVO i sin tur fått uppgifter som indikerar att Försäkringskassan bör göra en kontrollutredning mot någon vårdgivare skickar IVO dessa uppgifter till Försäkringskassan.⁹

⁹ Försäkringskassan (2011) *Överlämnande av uppgifter i tandvårdsärenden mellan Försäkringskassan och Inspektionen för vård och omsorg*.

Uppgifter från Skatteverket skulle underlätta Försäkringskassans kontrollarbete

Försäkringskassan och Skatteverket har i dag ett bra samarbete. Samarbetet skulle dock kunna bli ännu bättre om det även inkluderade större möjligheter till informationsutbyte. Detta skulle i sin tur kunna underlätta arbetet med efterhandskontroller och kontrollutredningar av misstänkta vårdgivare.

Det Försäkringskassan efterfrågar är att få ta del av vissa uppgifter om vårdgivare/behandlare, främst det underlag som ligger till grund för beslut om eftertaxering. I dessa underlag kan det bl.a. finnas listor på patienter som inte betalat full patientavgift för sina besök. Både beslutet och de underlag som ligger till grund för beslutet omfattas i regel av en s.k. absolut sekretess enligt 27 kap. 1 och 2 §§ offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Försäkringskassan kan däremot begära att få ta del av omprövningsbesluten i de enskilda ärendena då dessa är offentliga. De uppgifter som ligger till grund för omprövningsbesluten, och som skulle kunna användas för att återkräva tandvårdsstöd, omfattas däremot av sekretess. Genom omprövningsbesluten kan Försäkringskassan sålunda få en impuls om att en vårdgivare bör kontrolleras, men däremot inte vilka patientbesök som kan ha gett upphov till felaktiga utbetalningar.

Skatteverket har i en kartläggning av ett urval av privatpraktiserande tandläkare jämfört de inkomster som tandläkare har rapporterat till Försäkringskassan med deklarerad omsättning i inkomstdeklarationen och kommit fram till att den vanligaste orsaken till differens mellan dessa är oredovisade patientintäkter.¹⁰ Dessa fel har i många fall bedömts som avsiktliga. Tandläkarna har uppgett olika orsaker till differenserna: kundförluster, att patienten har betalat ett lägre pris än vad som rapporterats till Försäkringskassan p.g.a. rabatt, att tandläkaren behandlar patienter som tandläkaren vet inte kommer att betala, men man nöjer sig med den ersättning man får av Försäkringskassan eller att tandläkaren behandlat anhöriga/släktingar som inte har behövt betala. I samtliga dessa fall kan tandvårdsersättning ha utgått felaktigt.

¹⁰ Skatteverket (2015) *Privatpraktiserande tandläkare – kartläggning inom insats oredovisade inkomster*.

I rapporten konstaterar Skatteverket att det inte finns något lagligt stöd för Skatteverket att informera Försäkringskassan om eventuella bedrägerier som noteras i samband med skatteutredningar och att en myndighetssamverkan mot fel och fusk skulle underlätta kontrollerna både för Skatteverket och för Försäkringskassan. Skatteverket anser därför att en översyn av gällande regelverk vore önskvärt för att förenkla samverkan när det gäller att förhindra felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen.

Lagen om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen utvidgas till att omfatta tandvårdsstödet

Såsom framgått ovan har Försäkringskassan behov av att få ta del av uppgifter från Skatteverket. Ett informationsutbyte mellan myndigheterna skulle i sin tur kunna ligga till grund för ett bredare samarbete. Utredningen anser att det lämpligaste sättet att reglera informationsutbytet mellan Försäkringskassan och Skatteverket är genom att utvidga lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen så att den även omfattar tandvårdsstödet.

Syftet med denna lag är att minska antalet felaktiga utbetalningar av bidrag och andra ekonomiska förmåner från välfärdssystemet, vilket i sin tur bidrar till att stärka tilltron till välfärdssystemet. Lagen är tillämplig på sådana bidrag, ersättningar och lån för personligt ändamål som beslutas av bl.a. Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten eller Arbetsförmedlingen. Att ersättningarna ska vara för personligt ändamål innebär att förmånerna betalas ut för enskilda individers privata bruk.¹¹ Tandvårdsstödet faller i dag utanför lagens tillämpningsområde eftersom ersättningen betalas ut till vårdgivare.

Enligt lagen är Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten, Skatteverket och Kronofogdemyndigheten m.fl. skyldiga att underrätta en annan myndighet om det finns anledning att anta att en ekonomisk förmån har beslutats eller betalats ut felaktigt eller med ett för högt belopp. Underrättelseskyldigheten gäller dock inte i Skatteverkets

¹¹ Prop. 2006/07:80 s. 94.

brottsbekämpande verksamhet och inte heller om det finns särskilda skäl.

Det finns inget formkrav som anger hur underrättelsen ska lämnas, utan detta kan ske muntligen eller skriftligen. Av underrättelsen ska det framgå vilka omständigheter som ligger till grund för antagandet att en ekonomisk förmån har beslutats eller betalats ut felaktigt eller med ett för högt belopp. I förarbetena anges att det varken är möjligt eller behövt att närmare reglera vilka uppgifter som ska lämnas över, eftersom dessa kommer att variera från fall till fall.¹²

Utredningen anser att lagen om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar av välfärdssystemen skulle lämpa sig väl att tillämpa även för tandvårdsstödet, även om Försäkringskassan i praktiken främst har ett behov av att få uppgifter från just Skatteverket. Genom denna lag bryter man den sekretess som annars råder för den typen av uppgifter som Försäkringskassan skulle behöva i sin kontrollverksamhet. Ansvaret läggs också på Skatteverket att meddela Försäkringskassan när det finns anledning att anta att tandvårdsstöd har utgått felaktigt. Även de uppgifter som ligger till grund för misstanken om att en ersättning utgått felaktigt ska lämnas ut, vilket torde innefatta de s.k. patientlistorna. Detta kommer att resultera i att det blir lättare för Försäkringskassan att hitta de vårdgivare som medvetet utnyttjar tandvårdsstödet på ett felaktigt sätt samt leda till att efterhandskontrollerna blir mer träffsäkra och effektiva.

För att tandvårdsstödet ska inrymmas i lagen behöver det anges att lagen även omfattar ”sådana ersättningar till vårdgivare som Försäkringskassan beslutar om enligt lagen om statligt tandvårdsstöd”. Denna formulering bygger på det förslag som den s.k. FUT-delegationen lämnade i sitt betänkande¹³, om att bidragsbrottslagen skulle utvidgas till att omfatta tandvårdsstödet, men har ändrats något för att bestämmelsen ska omfatta både tandvårdsersättning och ATB.

Bidragsbrottslagen har samma tillämpningsområde och syfte som lagen om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen och innehåller straffbestämmelser som är

¹² Prop. 2007/08:48 s. 25.

¹³ SOU (2008:74) *Rätt och riktigt - Åtgärder mot felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen*.

särskilt anpassade till de särskilda förutsättningar som råder vid utbetalningar av ekonomiska förmåner från välfärdssystemen. Utredningen har övervägt om även denna lag bör utvidgas så att den omfattar tandvårdsstödet, vilket skulle få till följd att även grovt oaktsamma beteenden skulle kunna bestraffas. Brott mot tandvårdsstödet lagförs i dag enligt bestämmelserna om bedrägeri enligt brottsbalken, vilket kräver ett uppsåtligt handlande. Det har emellertid visat sig att bidragsbrottslagen inte har lett till fler lagföringar och att grov oaktsamhet är minst lika svårt att bevisa som uppsåt.¹⁴ Mot denna bakgrund, samt med beaktande av att det även finns ett antal lagtekniska problem, har utredningen kommit fram till att tandvårdsstödet inte bör omfattas av bidragsbrottslagen.

Utökat och förbättrat samarbete

Utredningen har föreslagit att tandvårdsstödet ska omfattas av lagen om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen. Utredningen menar att detta bör leda till att även tandvårdsstödet inkluderas i de samarbeten som Försäkringskassan har med andra myndigheter, men framförallt att tandvårdsstödet i större utsträckning inkluderas i det arbete som Försäkringskassan bedriver internt för att motverka felaktiga utbetalningar inom andra förmånsslag.

Försäkringskassan har ett väldigt väl utvecklat arbete kring dessa frågor när det gäller andra förmåner och arbetet bedrivs på flera olika sätt. Försäkringskassan ingår t.ex. i samverkansrådet mot grov organiserad brottslighet där även bl.a. Ekobrottsmyndigheten, Rikspolisstyrelsen, Skatteverket och Åklagarmyndigheten ingår. Försäkringskassan finns även med som representant i Regionalt underrättelsecentrum (RUC).

Enligt Försäkringskassans strategi för tandvårdsstödet är arbetet med att förbättra efterhandskontrollerna ett prioriterat utvecklingsområde för år 2014–2015.¹⁵ Förbättringen ska bl.a. ske genom att utveckla samverkan med flera myndigheter och samarbetsorgan för

¹⁴ Riksrevisionen (2011) *Vad blev det av de minsstänkta bidragsbrotten?*

¹⁵ Försäkringskassan (2014) *Strategi för Statligt tandvårdsstöd.*

att motverka felaktiga utbetalningar inom det statliga tandvårdsstödet samt genom att utveckla samarbetet internt och klargöra roller och ansvar för arbetet med det statliga tandvårdsstödet. Försäkringskassan ska även verka för att också tandvårdsstödet ska ingå i samverkansarbetet (bl.a. RUC) mot brott inom socialförsäkringen. Av strategin framgår även att Försäkringskassan behöver identifiera och etablera förtroendefullt partnersamarbete med flertalet rättsvårdande myndigheter.

Utredningen anser att Försäkringskassan är på god väg att inkludera tandvårdsstödet i det övriga arbetet som bedrivs för att motverka felaktiga utbetalningar. Det är viktigt att detta arbete fortsätter att utvecklas. Genom att låta tandvårdsstödet omfattas av lagen om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen blir det mer naturligt för Försäkringskassan att få in tandvårdsstödet i det reguljära arbetet med att motverka felaktiga utbetalningar. Ett förstärkt och reglerat informationsutbyte kan ytterligare bidra till att Försäkringskassan etablerar ett väl fungerande samarbete med polis och åklagare som leder till att fler bedrägeribrott mot tandvårdsstödet kan lagföras.

Utöver det utökade samarbetet med främst Skatteverket finns det troligtvis även andra myndigheter eller organisationer som Försäkringskassan antingen skulle kunna utveckla ett samarbete med (t.ex. landstingen), eller fördjupa det samarbete som redan finns när det gäller tandvårdsstödet. I arbetet med att göra mer träffsäkra och bättre efterhandskontroller skulle ett fördjupat samarbete med TLV vara värdefullt. TLV kan genom åtgärdsstatistik i vissa fall se att användningen av en åtgärd inte är rimlig. Försäkringskassan och TLV kan även samarbeta när det gäller att följa upp förändringar i regelverket med efterhandskontroller, för att på så sätt snabbt bedöma om tandvården tillämpar regelverket på avsett sätt.

17.5 Sanktioner för att förhindra det medvetna överutnyttjandet av tandvårdsstödet

Utredningens bedömning: Försäkringskassan har tillgång till sanktioner som kan användas för att förhindra ett felaktigt utnyttjande av tandvårdsstödet. Dessa bör användas i högre utsträckning. Ytterligare sanktionsmöjligheter behövs för att komma tillrätta med oseriösa vårdgivare.

Skäl för bedömningen:

Efterhandskontrollerna syftar till att identifiera och motverka både avsiktliga och oavsiktliga fel. Oavsiktliga fel kan i många fall förhindras genom förebyggande insatser i form av information och dialog med vårdgivarna (se avsnitt 17.2). Om en vårdgivare vid upprepade tillfällen rapporterar in felaktiga uppgifter kan det dock finnas anledning att använda någon av de sanktioner som Försäkringskassan har tillgång till, även om felen är oavsiktliga.

För att stärka tilltron till systemet är det viktigt att det finns sanktioner som kan användas för att komma tillrätta med vårdgivare som utnyttjar tandvårdsstödet felaktigt, framförallt om detta görs medvetet. De sanktioner som Försäkringskassan i dag har tillgång till är föreläggande om förhandsprövning och innehållande av ersättning. Utredningen bedömer att dessa sanktioner är tillräckliga för att Försäkringskassan ska komma tillrätta med de flesta vårdgivare som gör fel eller på annat sätt missköter sig. Utredningen anser därför att Försäkringskassan måste prioritera denna del av kontrollarbetet så att sanktionerna kan användas i högre utsträckning. Utredningen föreslår också nedan (se avsnitt 17.5.1 och 17.5.2) att vissa förtydliganden görs vad avser dessa sanktioner vilket borde kunna leda till att de blir mer träffsäkra och effektiva.

Även om de flesta vårdgivare gör rätt, eller åtminstone vill göra rätt, har Försäkringskassan problem med ett fåtal oseriösa vårdgivare. Försäkringskassan måste bli bättre på att använda befintliga sanktioner mot dessa, men i vissa fall är nuvarande sanktioner inte verkningsfulla. Utredningen bedömer därför att Försäkringskassan behöver ytterligare sanktionsmöjligheter mot vårdgivare som medvetet utnyttjar systemet (se avsnitt 17.5.3).

För att öka vårdgivarnas drivkrafter att göra rätt har utredningen övervägt möjligheten att påföra vårdgivare en sanktionsavgift, antingen vid felaktig rapportering som lett till återkrav eller i de fall vårdgivaren inte inkommer med dokumentation som styrker att den tandvårdsåtgärd som vårdgivaren har begärt ersättning för är utförd. Sanktionsavgifter används ofta vid lindrigare brott eller överträdelse eller vid underlåtenhet att följa en föreskrift i lag eller förordning. Ett exempel på detta är skattetillägget som påförs den som har lämnat en oriktig uppgift i sin deklaration. Enligt svensk rätt har detta ansetts vara en förvaltningsrättslig avgift som kan påföras utan krav på vare sig uppsåt eller oaktsamhet. Europadomstolen har emellertid kommit fram till att skattetillägg är att anse som straff i Europakonventionens mening.

Den typ av misskötsamhet hos vårdgivarna som man skulle vilja komma åt genom en sanktionsavgift är kanske främst brister i dokumentationen, vilket inte är en brottslig handling. En bristfällig dokumentation innebär också att vårdgivaren riskerar att få återbetala ersättning, vilket i sig kan anses innebära en form av sanktion. Utredningen anser därför inte att en sanktionsavgift lämpar sig för tandvårdsstödet.

Utredningen har även övervägt att införa en möjlighet för Försäkringskassan att vid grov misskötsamhet avansluta en vårdgivare från Försäkringskassans elektroniska system. Detta diskuterades i förarbetena till lagen om statligt tandvårdsstöd.¹⁶ Såsom systemet för tandvårdsstödet och anslutningen till Försäkringskassans system är konstruerat, anser utredningen dock inte att detta är möjligt. Det är oftast en enskild behandlare som missköter sig och som Försäkringskassan skulle vilja avansluta, men det går inte i dag eftersom det är vårdgivaren och inte behandlaren som är ansluten. Det går endast i de fall det rör sig om en s.k. ensambehandlare, där behandlare och vårdgivare är samma person.

¹⁶ Prop. 2007/08:49 s. 107.

17.5.1 Kontroll före utbetalning

Utredningens förslag: Om en vårdgivare inte fullgör sin uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 2 och 3 §§ lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd får Försäkringskassan avvakta med att betala ut ersättning fram tills dess att rätten till ersättning har utretts.

En sådan kontroll före utbetalning får begränsas till att avse en viss mottagning, en viss behandlare eller en viss åtgärd.

Skäl för förslaget:

Försäkringskassan har enligt 4 kap. 8 § lagen om statligt tandvårdsstöd en möjlighet att hålla inne utbetalning av ersättning i avvaktan på att vårdgivaren fullgör sin skyldighet att lämna uppgifter enligt 3 kap. 3 § vad avser utförd tandvård, innehållet i ingångna avtal om abonnemangstandvård och uppgifter om patienternas tandhälsa. Detta har närmare beskrivits i avsnitt 12.8.3. Vårdgivare som blir föremål för ett innehållande ska även komma in med underlag som styrker att behandlingen är utförd och att den berättigar till tandvårdsersättning.¹⁷ Sedan granskar Försäkringskassan underlaget för att kontrollera om den inrapporterade tandvården är ersättningsberättigande. Sanktionen innebär därmed att Försäkringskassan kontrollerar ersättningsbegäran före utbetalning. Ersättningen innehålls sedan fram till dess att vårdgivaren kommit in med dokumentationen och Försäkringskassan kontrollerat underlaget.

Försäkringskassan använder sig av denna möjlighet på ett sätt som går utöver paragrafens lydelse genom att man även innehåller ersättning om vårdgivaren inte kommer in med tillräckliga uppgifter enligt 3 kap. 2 § som avser dokumentation gällande undersökning eller behandling av patient och som Försäkringskassan har begärt in i samband med en efterhandskontroll. Utredningen anser att det finns ett behov av att förtydliga när Försäkringskassan har rätt att hålla inne vårdgivarens ersättning så att tillämpningen av bestämmelsen blir mer rättsäker.

¹⁷ Försäkringskassan (2015) *Statligt tandvårdsstöd*, vägledning 2008:2, version 8. s. 91.

Utredningen föreslår därför att det i lagen ska förtydligas att en sådan kontroll kan användas om vårdgivaren, inte fullgör sin uppgiftsskyldighet enligt både 3 kap. 2 och 3 §§. Det ska även framgå av bestämmelsen att kontrollen handlar om att utreda en ersättningsbegäran före utbetalning.

Att kontrollera samtliga ansökningar från en vårdgivare som misskött sig, före utbetalning, skulle bli väldigt betungande för Försäkringskassan. Vad gäller vissa åtgärder finns det inte heller krav på annan dokumentation än att journal ska kunna uppvisas. Mot bakgrund av detta samt med beaktande av att det automatiserade systemet bör användas i så stor utsträckning som möjligt, bör det i bestämmelsen förtydligas att Försäkringskassan får begränsa sin kontroll till att avse viss mottagning, viss behandlare eller viss åtgärd.

I Försäkringskassans IT-system är det i dag möjligt att begränsa sanktionen till att avse en viss mottagning eller åtgärd men det är inte praktiskt möjligt när det gäller en viss behandlare. Genom förslaget förtydligas att Försäkringskassan även ska kunna begränsa sanktionen till att avse viss behandlare, vilket innebär att förändringar i IT-systemet kommer att behöva göras så att detta blir möjligt.

Försäkringskassan har tidigare inte haft någon möjlighet att avgränsa sina sanktioner mot en enskild behandlare, som i vissa fall kan vara orsaken till vårdgivarens misskötsamhet. Genom att kunna begränsa kontrollen före utbetalning till en behandlare, är det i vart fall möjligt att tillfälligt stoppa felrapporteringar från den behandlaren. Vårdgivaren blir genom detta även uppmärksammas på att det är en särskild behandlare som missköter sig och kan vidta åtgärder för att komma tillrätta med detta.

Utredningens förslag innebär ett förtydligande av hur sanktionen får användas och ett något utvidgat användningsområde, vilket förväntas leda till ett ökat användande.

Att kontrollera en ersättningsbegäran före utbetalning är det normala när det gäller andra ersättningar som Försäkringskassan administrerar och det innebär sålunda inte att ersättning nekas. Eftersom ärendet inte avgörs slutligt räcker det om Försäkringskassan, såsom i dag, informerar vårdgivaren om sanktionen genom ett informationsbrev. Något överklagbart beslut behöver inte fattas. Det är dock viktigt att handläggningen i dessa fall sker skyndsamt då det påverkar vårdgivarens ekonomiska flöde.

Försäkringskassan prioriterar i dag denna typ av ärenden, och tiden från ansökan fram till dess att ersättning betalas ut varierar från någon dag upp till en månad. Det handlar då om att vårdgivaren inte kommit in med det underlag som Försäkringskassan begärt. Vårdgivaren kan uppfatta detta förfarande som ingripande, men eftersom majoriteten av vårdgivarna gör rätt, är det inte särskilt många som kommer att bli föremål för sanktionen. De som däremot blir det har inte följt de krav som finns uppställda i lagen och förordningen om statligt tandvårdsstöd, och då är det befogat att Försäkringskassan ingriper på något sätt.

Utredningen är medveten om att kontroller av vissa ärenden före utbetalning kräver en del resurser. Ett sådant förfarande ger dock vårdgivaren incitament att göra rätt och så småningom kan kontrollen före utbetalning hävas. Då kan Försäkringskassan i stället tillföra vårdgivaren tätare efterhandskontroller för uppföljning av efterlevnaden.

17.5.2 En mer träffsäker förhandsprövning

Utredningens förslag: Beslut om förhandsprövning får begränsas till att avse en viss mottagning, en viss behandlare eller en viss åtgärd.

Skäl för förslaget:

Försäkringskassan har i dag en möjlighet att besluta att en vårdgivare, för att kunna få ersättning för vissa tandvårdsåtgärder, i varje enskilt fall ska begära förhandsprövning hos Försäkringskassan. Ett sådant beslut får fattas om en vårdgivare i väsentlig utsträckning har åsidosatt bestämmelserna om dennes skyldigheter eller förutsättningar för ersättning, och det finns skäl att anta att vårdgivaren kommer att fortsätta att i väsentlig utsträckning åsidosätta sina skyldigheter. Denna sanktion har beskrivits närmare i avsnitt 12.8.2.

Förhandsprövningen syftar till att kontrollera vårdgivarna på ett mer omfattande sätt än normalt och sanktionen bör därmed få en

preventiv verkan och ge incitament till vårdgivarna att följa bestämmelserna om det statliga tandvårdsstödet.

Problemet med denna sanktion är bl.a. att den är väldigt resurskrävande. Först måste det göras en förhandsprövning, därefter måste Försäkringskassan göra en efterhandskontroll för att se om den utförda behandlingen utförts enligt tidigare prövning. Till följd av detta har Försäkringskassan ytterst sällan använt denna sanktion mot någon vårdgivare.

Utredningen föreslår därför att det även för denna sanktion, ska tydliggöras att den kan begränsas till att avse en viss mottagning, en viss behandlare eller en viss åtgärd. Även detta förslag innebär att Försäkringskassans IT-system behöver anpassas så att det blir tekniskt möjligt att begränsa sanktionen till att avse viss behandlare.

Problemet med misskötsamhet hos vårdgivare ligger ibland på behandlarnivå. Genom utredningens förslag tydliggörs att sanktionen kan användas för att nå just dessa behandlare och sanktionen blir därigenom mer träffsäker och flexibel. Utredningen bedömer att detta kommer att leda till att den därmed kommer att kunna användas oftare och bli mer effektiv.

Eftersom sanktionen tar sikte på sådana vårdgivare som allvarligt missköter sin administration kan den även användas i de fall Försäkringskassan misstänker att den dokumentation som vårdgivaren kommit in med är förfalskad (av röntgenplåtar kan det t.ex. framgå att de kommer från ett annat land). Den kan även användas om en vårdgivare fått ersättning för ett patientbesök och det sedan kommer fram att patienten aldrig varit där. Sådana förhållanden ska dock alltid polisanmälas, men sanktionen förhindrar att vårdgivaren kan fortsätta med detta beteende under tiden ärendet utreds hos polisen.

Utredningen har tidigare poängterat (se avsnitt 17.5.1) att Försäkringskassan borde prioritera att använda de sanktioner som finns, för att på så sätt komma tillrätta med vårdgivare som missköter sig. På längre sikt kommer detta förhoppningsvis leda till att färre vårdgivare missköter sig.

17.5.3 Ökade krav på vårdgivare för anslutning

Utredningens förslag: Utöver de krav som nu gäller för anslutning till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd ska vårdgivaren,

- vara ansluten till en prisjämförelsetjänst
- i ansökan lämna uppgift om de personer som, genom en ledande ställning eller på annat sätt, har ett väsentligt inflytande över verksamheten. Vårdgivaren ska även ange om någon av dessa personer tidigare har varit vårdgivare eller verksamma hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

Genom ansökan godkänner vårdgivaren att uppgifter om mottagningarnas priser för utförda tandvårdsåtgärder publiceras på prisjämförelsetjänsten.

Försäkringskassan får neka en vårdgivare anslutning till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd om vårdgivaren inte uppfyller kraven.

Anslutning får även nekas på den grunden att någon av de personer som vårdgivaren lämnat uppgift om tidigare har varit vårdgivare eller verksamma hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd och den vårdgivaren vid upprepade tillfällen åsidosatt bestämmelserna i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd eller i föreskrifter som meddelats med stöd av lagen om vårdgivarens skyldigheter eller förutsättningarna för ersättning.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om prisjämförelsetjänsten.

Skäl för förslaget:

Tandvårdsstödet nuvarande utformning bygger på ett stort förtroende för vårdgivarna. Det är vårdgivarna själva som bedömer om förutsättningarna för ersättningsberättigande vård är uppfyllda. För att systemet ska behålla sin legitimitet är det dock viktigt att det även ställs vissa krav på vårdgivarna. Det krav som nu ställs för

att få ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system och ta del av det statliga tandvårdsstödet är att det finns minst en legitimerad tandläkare eller tandhygienist hos vårdgivaren. Om vårdgivaren är privat krävs även godkännande för F-skatt. Den prövning som Skatteverket gör vid ansökan om F-skatt innefattar ett fåtal kontroller och har beskrivits i avsnitt 12.2.

Ägarprövningsutredningen har i sitt betänkande Krav på privata aktörer i välfärden (SOU 2015:7) föreslagit att insikt, erfarenhet och lämplighet samt ekonomiska förutsättningar för en långsiktig verksamhet ska krävas av huvudmän för fristående skolor och förskolor samt av privata utförare av hemtjänst. Ägarprövningsutredningens uppdrag och förslag omfattar inte tandvården utan endast ett urval av verksamheter inom välfärdssektorn. Förslaget innebär att det ska göras en form av vandelsprövning avseende vissa huvudmän.

Det kan finnas anledning att överväga om även tandvården bör omfattas av liknande krav; dvs. att en mer ingående ekonomisk prövning borde göras av vårdgivaren för att denne ska få ta del av det statliga tandvårdsstödet. I vart fall bör det ställas högre krav än i dag på en vårdgivare för att denne ska få ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system. Försäkringskassan bör också ha ett större utrymme att neka en vårdgivare anslutning, vilket kan ses som en ytterligare sanktionsmöjlighet.

Utredningens förslag innebär att vårdgivare ska uppfylla fler krav än vad som i normala fall ställs på en näringsidkare. Dessa ökade krav samt möjligheten att neka en vårdgivare anslutning är ingripande åtgärder som kan begränsa konkurrensen på marknaden. Utredningen har tidigare konstaterat att de flesta vårdgivare gör rätt och att det är få vårdgivare som medvetet utnyttjar systemet på ett felaktigt sätt. Utredningens förslag kommer därmed endast att få genomslagskraft för ett fåtal vårdgivare. Förslaget är ändå motiverat för att systemet ska behålla sin trovärdighet.

Krav på vårdgivare att lämna uppgift om personer som har ett väsentligt inflytande över verksamheten

De sanktionsmöjligheter som Försäkringskassan i dag förfogar över är inte verkningsfulla mot oseriösa vårdgivare som medvetet utnyttjar tandvårdssystemet på ett felaktigt sätt.

Det finns exempel på oseriösa vårdgivare som begär ersättning för en stor volym åtgärder där det inte krävs dokumentation och där patienterna är målvakter, dvs. personer som låter vårdgivaren använda deras personuppgifter trots att inga åtgärder utförs.¹⁸ Försäkringskassan har ingen möjlighet att förhindra utbetalning av ersättning i dessa fall. Det kan även handla om vårdgivare som struntar i att lämna dokumentation, trots att detta krävs.

Om Försäkringskassan fattar beslut om återkrav som sedan kvittas mot kommande ersättning eller använder sig av möjligheten att hålla inne ersättning, finns det, enligt Försäkringskassan, exempel på att vårdgivaren slutar att rapportera i sitt befintliga bolag och i stället startar ett nytt bolag, där kvittning av gamla skulder inte kan ske.

Utredningen föreslår därför att vårdgivaren i ansökan ska lämna uppgift om de personer som, genom en ledande ställning eller på annat sätt, har ett väsentligt inflytande över verksamheten. Vårdgivaren ska även ange om någon av dessa personer tidigare har varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

Försäkringskassan inhämtar redan i dag uppgifter om vilka som är ansvariga och kan agera i företagets namn, bl.a. genom utdrag från Bolagsregistret. Kravet innebär att kretsen av personer som Försäkringskassan ska inhämta uppgifter om utvidgas till att även omfatta personer som, på annat sätt än genom en ledande ställning, har ett väsentligt inflytande över verksamheten. Genom att utvidga kretsen till att omfatta även dessa personer blir det svårare för en person, som tidigare har misskött sig, att kringgå de krav som ställs genom att sätta en annan person som ansvarig.

Med *ledande ställning* avses bl.a. verkställande direktör, styrelseledamot eller annan person som verkar i en motsvarande ställning, t.ex. den som har en generalfullmakt att sköta bolaget. Även den som är odontologisk ansvarig eller på annat sätt har ansvaret för verksamheten har, genom sin ställning, ett väsentligt inflytande över verksamheten.

Personer som *på annat sätt har ett väsentligt inflytande över verksamheten* skulle kunna vara någon som äger bolaget men som

¹⁸ Enligt uppgift från medarbetare på Försäkringskassans kontrollenheter.

inte sitter med i styrelsen. Om det handlar om flera ägare i ett mindre bolag får samtliga anses ha ett väsentligt inflytande över verksamheten. Det är emellertid svårt att närmare ange vilka personer som kan anses utöva ett väsentligt inflytande över bolaget. Detta måste avgöras i varje enskilt fall. Hos ett mindre bolag med endast ett fåtal anställda torde samtliga inom bolaget ha ett väsentligt inflytande, även anställda behandlare. Hos stora vårdgivare torde det däremot vara mer ovanligt att en anställd behandlare har ett väsentligt inflytande över bolaget. Anledningen till att vårdgivaren ska lämna uppgift om de personer som har ett väsentligt inflytande över verksamheten är för att utredningen även föreslår att Försäkringskassan ska få neka en vårdgivare anslutning. Dels om kraven för anslutning inte är uppfyllda, men även om någon av de personer som genom en ledande ställning eller på annat sätt har ett väsentligt inflytande över verksamheten, tidigare har varit vårdgivare eller verksamma hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassans elektroniska system, och om den vårdgivaren vid upprepade tillfällen har åsidosatt bestämmelserna i lagen om statligt tandvårdsstöd eller i föreskrifter som meddelats med stöd av lagen om vårdgivarens skyldigheter eller förutsättningarna för ersättning.

Möjligheten att neka en vårdgivare att ansluta sig för att denne inte uppfyller kraven för anslutning har funnits tidigare, men det har inte funnits någon uttrycklig bestämmelse om det. Genom utredningens förslag klagörs detta, samtidigt som man utvidgar denna möjlighet. Det kommer att innebära att Försäkringskassan får en möjlighet att förhindra att oseriösa vårdgivare överhuvudtaget kommer in i systemet och får ersättning på felaktiga grunder.

Förslaget innebär att Försäkringskassan får stort utrymme att göra egna bedömningar i fråga om när anslutning ska nekas. Om en vårdgivare har en person i ledande ställning som tidigare har arbetat hos en vårdgivare som misskött sig ska vårdgivaren inte automatiskt nekas anslutning. Personen har kanske ingenting att göra med misskötsamheten och i vissa fall kan det vara just misskötsamheten som är anledningen till att personen har valt att arbeta hos en annan vårdgivare. Försäkringskassan måste därmed, på ett trovärdigt sätt, kunna visa att det finns skäl att neka anslutning i varje enskilt fall.

Utredningen är medveten om att det endast är ett fåtal vårdgivare som missbrukar systemet och försöker undkomma återkrav. I vissa fall kan det vara en enskild behandlare som först drivit en enskild firma och sedan startar ett aktiebolag, där vederbörande inte själv är ansvarig utan endast anställd behandlare. För att Försäkringskassan ska kunna komma åt dessa personer skulle vårdgivaren behöva ange samtliga behandlare i samband med anslutningen vilket skulle öka arbetsbördan för både vårdgivare och Försäkringskassan på ett sätt som inte är motiverat. Man skulle kunna överväga att ansluta behandlare i stället för vårdgivare, men hela systemet för statligt tandvårdsstöd bygger på en relation mellan Försäkringskassan och vårdgivaren, där vårdgivaren är den som ansvarar för sina behandlare.

Utredningens bedömning är att det presenterade förslaget borde kunna bidra till att minska problemen med oseriösa vårdgivare. Det är dock angeläget att följa upp utvecklingen och se vilken genomslagskraft förslaget får och utifrån det kan man vid behov överväga andra lösningar.

Krav på att vårdgivare ansluter sig till prisjämförelsetjänsten

Utredningens ambition är att prisjämförelsetjänsten ska innehålla prisinformation och indikatorer på patientbedömd kvalitet för huvuddelen av alla tandvårdsmottagningar (se avsnitt 15.3.5). För att detta ska kunna uppnås måste anslutningen till tjänsten göras obligatorisk. Utredningen föreslår därför att anslutning till prisjämförelsetjänsten ska ställas upp som krav för att vårdgivaren ska få ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system och ta del av tandvårdsstödet. Då detta krav kan uppfattas som ingripande av vissa vårdgivare, bör kravet regleras i lag.

Detta förslag innebär att Försäkringskassan kommer att behöva kontrollera att vårdgivaren är ansluten till prisjämförelsetjänsten i samband med ansökan, men det kommer även krävas en löpande kontroll på samma sätt som görs av en vårdgivare som är godkänd för F-skatt. Denna kontroll får göras i samarbete med TLV eller den myndighet som i framtiden ansvarar för prisjämförelsetjänsten. Myndigheterna får i uppdrag att själva finna lämpliga former för

hur detta samarbete ska gå till och reglera detta närmare i föreskrifter.

För att prisjämförelsetjänsten ska vara av intresse för patienterna och ge underlag för jämförelser är det viktigt att prisjämförelsetjänsten innehåller prisuppgifter om de faktiska priser som vårdgivaren debiterar sina patienter. Utredningen föreslår därför att dessa prisuppgifter ska baseras på underlag från Försäkringskassans system och sedan publiceras på prisjämförelsetjänsten (se avsnitt 15.3.3). Genom att underteckna ansökan om anslutning till Försäkringskassans elektroniska system, kommer vårdgivaren att godkänna en sådan publicering av prisuppgifter.

Övergångsbestämmelser m.m.

De nya krav för anslutning som utredningen föreslår, samt möjligheten för Försäkringskassan att neka en vårdgivare anslutning, förändrar förutsättningarna för anslutning till Försäkringskassans elektroniska system. Det behövs därför övergångsbestämmelser som reglerar vilka krav som ska gälla de vårdgivare som redan är anslutna till Försäkringskassans elektroniska system. I kapitel 19 återfinns utredningens förslag till övergångsbestämmelser.

Information om de krav som Försäkringskassan har rätt att ställa på den som utför och debiterar vården lämnas i dag i samband med beslut om anslutning. Utredningen anser att sådan information bör lämnas redan i samband med ansökan.

17.6 Återkrav och kvittning av fordran m.m.

Utredningens bedömning: Försäkringskassan kan kvitta en fordran i samband med att ett beslut om återkrav och kvittning fattas. Beslutet behöver inte vinna laga kraft.

Utredningens förslag: Beslut enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska gälla omedelbart, om inte något annat anges i beslutet.

Skäl för bedömning och förslag:

Om det vid en efterhandskontroll framkommer att ersättning har lämnats felaktigt får Försäkringskassan kräva tillbaka ersättningen. Rätten att återkräva ersättning är rent principiellt inte en sanktion. Återkravet är dock förknippat med en kostnad för vårdgivaren och det är mycket möjligt att vetskapen om att ersättningen kan krävas åter vid felrapportering eller bristande dokumentation kan ha en viss avskräckande effekt för vårdgivaren. Ett återkrav kvittas i regel mot en kommande utbetalning av tandvårdsstöd (se avsnitt 12.9). Kvittningen beslutas i samband med beslutet om återkrav.

Försäkringskassans kvittningsrätt regleras i 4 kap. 2 § lagen om statligt tandvårdsstöd.¹⁹ Lagen innehåller dock ingen bestämmelse om när kvittning kan ske och inte heller när beslut enligt lagen börjar gälla och kan verkställas. JO har uppmärksammat regeringen på detta, och utredningen har därför fått i uppdrag att bl.a. klargöra när i tiden Försäkringskassan kan kvitta en fordran på återbetalning av tandvårdsersättning som Försäkringskassan fastslagit i beslut om återbetalning mot andra fordringar som vårdgivaren har på tandvårdsersättning.²⁰

Allmänt om kvittning och besluts verkställbarhet

Att kvitta innebär att man räknar av en fordran mot en motfordran. För att en myndighet ska ha rätt att kvitta en fordran krävs det först och främst att myndigheten har ett uttryckligt stöd för detta i en författningsbestämmelse. Därutöver krävs det bl.a. att det föreligger ett verkställbart beslut om återbetalning.

Frågan om besluts verkställbarhet tillhör de mera oklara inom den allmänna förvaltningsrätten. Grovt sett kan problemet sägas gälla huruvida ett beslut får verkställas redan då det fått sin slutliga form och de berörda fått del av det, eller om man måste avvakta till dess att överklagandetiden utgått och beslutet sålunda – enligt gängse juridisk terminologi – vunnit laga kraft.²¹

¹⁹ En kvittningsbestämmelse finns även i 4 kap. 3 §.

²⁰ JO:s beslut 935-2011.

²¹ SOU (2010:29) *En ny förvaltningslag* s. 533.

Ett beslut vinner laga kraft när man inte längre kan klaga på beslutet genom vanliga rättsmedel. Har ett beslut inte överklagats vinner det sålunda laga kraft efter det att överklagandefristen har löpt ut. När beslutet har vunnit laga kraft kan det verkställas.

Ett beslut kan dock i vissa fall verkställas innan det vunnit laga kraft. När detta får ske är emellertid svårt att svara på då det inte finns några generella bestämmelser om besluts verkställbarhet i förvaltningslagen. Huvudregeln har ändå ansetts vara att ett beslut får verkställas först sedan det vunnit laga kraft, detta för att inte överklagandeinstitutet ska göras meningslöst genom att ett överklagbart beslut verkställs innan den klagoberättigade har getts en möjlighet att få beslutet överprövat i högre instans. En sådan huvudregel måste emellertid medge att undantag görs. Ibland finns det uttryckliga bestämmelser i specialförfattningar om att vissa beslut inte gäller förrän de vunnit laga kraft eller att vissa beslut gäller omedelbart men det är inte ovanligt att verkställbarhetsfrågan har lämnats oreglerad av lagstiftaren. När man ska avgöra om ett beslut ska gälla omedelbart eller först när det vunnit laga kraft bör man beakta två motstående intressen. Det ena är intresset av effektivitet i förvaltningen, vilket talar för att besluten bör få genomslag så snart som möjligt. Det andra är intresset av rättsäkerhet, vilket kräver att möjligheten att överklaga ett beslut inte blir illusorisk genom att beslutet verkställs innan denna möjlighet har hunnit anlitas.²²

Kvittning enligt lagen om statligt tandvårdsstöd kan ske innan beslutet vunnit laga kraft

Lagen om tandvårdsstöd innehöll tidigare en hänvisning till reglerna om överklagande i lagen om allmän försäkring.²³ Där angavs att Försäkringskassans beslut gäller omedelbart. I samband med att lagen om allmän försäkring ersattes av socialförsäkringsbalken togs hänvisningen emellertid bort och verkställbarhetsfrågan lämnades därmed oreglerad.

²² SOU (2010:29) *En ny förvaltningslag* s. 533.

²³ 20 kap. 13 § lag (1962:381) om allmän försäkring samt 4 kap. 9 § lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Tandvårdsstödet betalas ut automatiskt till vårdgivarna inom två veckor. Det framstår därför som naturligt och ganska självklart att ersättning som utgått felaktigt och som upptäcks vid en manuell efterhandskontroll på motsvarande sätt också ska kunna återföras genom kvittning tämligen omgående. Att invänta att beslutet vinner laga kraft fördröjer överföringen med allt ifrån två månader till något år, om beslutet skulle överklagas.

Även den omständigheten att Försäkringskassan inte har rätt att kräva ränta vid återbetalningskrav mot en vårdgivare talar för att kvittning förutsätts ske relativt omgående och att det statliga tandvårdsstödet sålunda bygger på förutsättningen att laga kraft inte behöver inväntas innan ett återkrav verkställs²⁴.

Det som skulle kunna tala mot att ett beslut om återkrav och kvittning verkställs innan det vunnit laga kraft är att Försäkringskassans beslut om återkrav inte är direkt verkställbara enligt utsökningsbalken. Om den vårdgivare som är återbetalningsskyldig inte frivilligt betalar sin skuld, är Försäkringskassan hänvisad till att skaffa sig en exekutionstitel²⁵. Det kan ske genom en ansökan om betalningsföreläggande hos Kronofogdemyndigheten eller genom att talan väcks vid allmän domstol. Om vårdgivaren begär omprövning av beslutet finns det en möjlighet att beslutet ändras, vilket sker i ca 50 procent av alla omprövningar. Mot den bakgrunden skulle det kunna framstå som mindre lämpligt att Försäkringskassan redan återtagit ersättningen genom att fatta ett omedelbart gällande beslut om kvittning. Detta måste ändå ses i perspektivet av att tandvårdsstödet betalas ut ganska omgående och att det endast är en relativt liten del av tandvårdsstödet som återkrävs. Rättelse kan ske i efterhand om det skulle visa sig att beslutet var fel och vårdgivaren riskerar därmed inte att lida någon rättsförlust. Det bör även beaktas att det inte är en ekonomiskt utsatt individ som blir drabbad av den felaktiga avräkningen, utan en näringsidkare som torde ha bättre möjligheter att hantera detta. Jämfört med verkställighet via Kronofogdemyndigheten är kvittning dessutom en indrivningsform som har fördelar för den återbetalningsskyldige

²⁴ Prop. 2007/08:49 s. 117.

²⁵ Underlag som krävs för att Kronofogdemyndigheten ska kunna verkställa ett krav, t.ex. genom utmätning.

eftersom inga extra kostnader läggs på kravet och ingen betalningsanmärkning uppstår.

Utredningen anser därför att kvittning enligt lagen om statligt tandvårdsstöd ska kunna ske i samband med att ett beslut om återkrav fattas och sålunda innan beslutet vunnit laga kraft.

Försäkringskassans beslut enligt lagen om statligt tandvårdsstöd ska gälla omedelbart

Utredningen ska se över Försäkringskassans möjlighet att kvitta fordringar innan beslut om återbetalning vinner laga kraft och klargöra när i tiden detta kan ske.

Om en författning innehåller verkställbarhetsregler gällande vissa preciserade beslutstyper, men inte säger något om vad som gäller beträffande andra beslut enligt författningen, kan tillämpningsproblem uppkomma. Utredningen anser därför att det vore lämpligt att reglera verkställbarheten av samtliga beslut som kan fattas enligt lagen om statligt tandvårdsstöd.

Det föreligger inget hinder att de gynnande beslut som fattas enligt lagen om statligt tandvårdsstöd, som handlar om beviljande av ersättning, verkställs omedelbart. I dessa fall behöver vårdgivaren inte ens delges beslutet först. Däremot kan Försäkringskassan, utöver beslut om återkrav och kvittning, fatta andra beslut som är betungande för vårdgivaren, t.ex. föreläggande om förhandsprövning. Att ett beslut är betungande för vårdgivaren talar för att sådana beslut inte borde få verkställas förrän de vunnit laga kraft. Utredningen anser dock att syftet med bestämmelsen då skulle äventyras och att en sådan sanktionsmöjlighet som det här är fråga om, bygger på att den kan användas omedelbart.

Utredningens uppfattning är därför att samtliga beslut enligt lagen om statligt tandvårdsstöd ska gälla omedelbart och att detta ska framgå av lagen. Om det finns anledning ska dock Försäkringskassan ha en möjlighet att låta ett beslut gälla först när det vunnit laga kraft. Detta ska då anges i beslutet. Utredningen vill dock poängtera att en förutsättning för att få verkställa ett beslut omedelbart är att vårdgivaren först underrättats om beslutet för det fall beslutet går vårdgivaren emot eller på något sätt är betungande.

18 Vägar till en bättre mun- och tandhälsa och en mer hälsofrämjande tandvård

18.1 Inledning

Detta kapitel handlar om hur utredningen vill se utvecklingen framåt för att uppnå en bättre mun- och tandhälsa i olika avseenden, vilket också bidrar till en bättre allmän hälsa. Det handlar om att få en bättre samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, att integrera munhälsan i folkhälsoarbetet och att utveckla tandvårdsstödet i en riktning som bidrar till en sådan utveckling.

18.2 Munnen är en del av kroppen

I olika sammanhang har kommit förslag om att ”munnen borde bli en del av kroppen”.¹ Det kan handla om att tandvården borde föras in i hälso- och sjukvårdslagen, vilket bl.a. skulle få konsekvenser för styrning, patientinflytande och kraven på klinisk forskning. Det handlar ofta om finansieringen av tandvården.

I utredningens uppdrag ingår inte att överväga en förändring av tandvårdens ställning i den samlade hälso- och sjukvården eller någon förändring när det gäller tandvårdens finansiering. Utredningen vill ändå peka på vissa möjliga åtgärder som skulle kunna vidtas för att öka kunskapen och betoningen av munhälsa och tandvård såväl inom hälso- och sjukvården som i folkhälsoarbetet.

¹ Se t.ex. artikel i Tandläkartidningen nr 6 2014, *Ta in tandvården i hälso- och sjukvårdslagen*.

18.2.1 Förbättrat samarbete mellan tandvården och hälso- och sjukvården

Utredningens förslag: Ett arbete initieras med syfte att kartlägga och ta fram förslag till mål och åtgärder för hur en bättre samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård kan åstadkommas för att lösa problem för patienter som finns i gränslandet mellan dessa. Socialstyrelsen ges i uppdrag att leda detta arbete och att samla berörda aktörer att medverka i arbetet.

Skäl för förslaget:

Tänderna och munnen är en del av kroppen. I dag regleras hälso- och sjukvård respektive tandvård inom olika formella ramverk, vilket bl.a. innebär att de inte planeras eller styrs på samma sätt eller samarbetar i den utsträckning som skulle behövas. Hälso- och sjukvården finansieras i huvudsak av landstingen och i mindre utsträckning genom patientavgifter medan tandvården i hög utsträckning finansieras av patienterna själva och av staten med ca en tredjedel.

Sjukdomar i munnen kan påverka övriga delar av kroppen och vice versa. Vissa sjukdomar kan yttra sig genom problem i munnen. Om tandläkarna i högre utsträckning skulle skicka dessa patienter vidare till hälso- och sjukvården skulle det kunna lösa vissa problem. För patienten innebär det dock att man bryter en vårdkedja. Tandläkaren mister patienter. Om tandläkaren själv skulle vidta sjukvårdsåtgärder som inte definieras som tandvård så skulle ingen tandvårdsersättning utgå. Följden av detta blir att patienten riskerar att komma i kläm när tandvården i vissa fall är mest lämpad att utföra en åtgärd men är tvungen att debitera patienten fullt pris medan hälso- och sjukvården kan utföra den till hälso- och sjukvårdsavgift. På motsvarande sätt kan läkare tveka att konsultera tandvården i en utredning eftersom patienten då får ta en stor del av kostnaden själv.

Det finns sannolikt också brister i kontakterna mellan tandvård och hälso- och sjukvård, och i kunskaperna på ömse håll om den andra delen. Det finns säkerligen situationer då läkare skulle behöva skicka patienter till tandläkare men att det inte sker p.g.a. okunskap eller andra skäl.

Det finns en tydlig ömsesidig nytta med en ökad samordning eftersom dagens uppdelning inte främjar den helhetssyn som gynnar patienterna och ett effektivt hälsofrämjande arbete. Det finns flera områden inom kirurgi, oral medicin, bettfysiologi och radiologi där det sker ett samarbete i dag men där detta skulle behöva utvecklas. Det handlar både om processer, vårdkedjor och ekonomi.

Det beskrivna problemet kan spjälkas upp i två delar:

1. Hur kan tandvårdens och sjukvårdens processer knytas samman där det finns beröringspunkter, för att patienterna ska ges ett ändamålsenligt och effektivt omhändertagande.
2. Hur kan hälso- och sjukvårdens kunskaper om munhälsa öka och hur kan tandvården bidra till utredning och omhändertagande.

Utredningen bedömer mot denna bakgrund att det finns behov av att se över hur tandvårdens processer i högre grad skulle kunna samordnas med hälso- och sjukvårdens processer. Hela frågan behöver belysas närmare för att tydligare definiera både problemen och deras omfattning samt möjliga vinster. En hälsoekonomisk analys är en viktig del i ett sådant arbete. En bättre ömsesidig kunskap enligt punkten 2 ovan kommer nog inte till stånd med mindre än att samarbetet blir bättre mellan tandvården och hälso- och sjukvården. Utredningen förslår därför att ett arbete initieras, med syfte att göra en kartläggning samt ta fram förslag till mål och åtgärder som ska underlätta för patienter med problem som ligger i gränslandet mellan tandvård och hälso- och sjukvård att få ett adekvat och effektivt omhändertagande. En utgångspunkt för arbetet är att den nuvarande finansieringen ligger fast. De förbättringsmöjligheter som identifieras bör kunna ske inom nuvarande formella ramar. Arbetet bör i första hand ta sikte på vuxentandvården eftersom det är där som de största skillnaderna/problemen finns - som en effekt av det delade huvudmannaskapet.

Inom ramen för arbetet bör bl.a. göras en analys av hur tandvården kan integreras i de e-tjänster som utvecklats inom hälso- och sjukvården. Det handlar t.ex. om journalsystem och receptförskrivning. Flera initiativ pågår för att tillgodose behovet av att effektivisera vården och stärka patientens ställning. Det skulle

kunna innebära stora förbättringar om dessa tjänster också omfattade tandvården, vilket inte är fallet i dag.

Inom ramen för arbetet bör även belysas vilka förbättringar för olika patienter som skulle kunna åstadkommas genom en utveckling av riskbedömningarna avseende munhälsa inom kommunernas äldreomsorg.

Utredningen anser att Socialstyrelsen, med sitt ansvar för god vård och patientsäkerhet, bör leda detta arbete. Berörda aktörer bör bjudas in att delta i arbetet; främst sjukvårdshuvudmännen genom SKL, Privattandläkarna och Folk tandvårdsföreningen samt TLV men också andra aktörer som kan bidra i frågan.

Resultatet av arbetet kan ligga till grund för konkreta åtgärder som kan främjas t.ex. genom en överenskommelse mellan företrädare för Socialdepartementet, hälso- och sjukvården och tandvården om hur en bättre samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård kan åstadkommas för att lösa problem för patienter som finns i gränslandet mellan dessa.

Behovet av en bredare översyn av tandvårdsstöden m.m.

Vårdanalys har bl.a. pekat på att samverkan mellan hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst inte heller alltid fungerar, vilket innebär risker för att erbjudande om tandvårdsstöd uteblir.² För att stärka tandvården inom kommunernas äldreomsorg samt hälso- och sjukvården föreslår myndigheten att regeringen tillsätter en utredning av vissa nyckelfrågor ur ett patient och medborgarperspektiv. Den föreslagna utredningen skulle omfatta tre huvudsakliga frågeställningar:

Hur kan tandvårdsstöden förenklas ur ett patient- och medborgarperspektiv?

1. Hur kan mun- och tandvård förstärkas inom äldreomsorgen?
2. Hur kan en närmare integrering mellan tandvården och hälso- och sjukvården uppnås?

² Myndigheten för vårdanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd*.

Det analysarbete som utredningen föreslår ovan samt en eventuell kommande överenskommelse om samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård,, tillsammans med utredningens övriga förslag i det föregående, bör kunna leda till väsentliga förbättringar i tandvården inom några år. Det bör i första hand prövas vad som kan göras inom nuvarande formella ramar. Det kan därutöver t.ex. finnas skäl att närmare analysera eventuella problem i de delar där det statliga stödet, som omfattar många äldre, gränsar mot övriga tandvårdsstöd. En viktig aspekt i sammanhanget är att kommunernas roll i tandvården inte alls finns reglerad i dag trots att man har ansvar för omsorgen om äldre.

I syfte att leda till ökad tydlighet och trygghet för vårdgivarna uttryckte regeringen i propositionen Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar, att Socialstyrelsen, förutom att ta fram forskrifter i anslutning till det nya stödet, även borde utfärda föreskrifter avseende samtliga former av tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.³ Regeringen hade tidigare konstaterat att tillämpningen skiljer sig åt mellan landstingen. Socialstyrelsen avser därför att, under 2015, publicera ett meddelandeblad där bakgrunden till och intentionerna med bestämmelserna i tandvårdsförordningen (1998:1338) beskrivs, som ett stöd för landstingens tillämpning av regelverket.

Regeringen lyfte i propositionen⁴ också fram behovet av en utvärdering av såväl de tandvårdsstöd som trädde i kraft den 1 januari 2013 (det särskilda tandvårdsbidraget och tandvård till personer med vissa långvariga sjukdomar eller funktionsnedsättningar) som övriga särskilda stöd för vuxentandvård. I propositionen sägs att de nya tandvårdsstöden bör utvärderas tre år efter ikraftträdandet och att de särskilda stöden, tillsammans med övriga stöd för vuxentandvård, bör utvärderas i ett samlat utvärderingsprogram. Oavsett i vilken form detta sker bör enligt propositionen de myndigheter och huvudmän som ansvarar för de olika stöden regelbundet följa upp sina respektive stöd. Vidare angavs att regeringen avsåg att ge Socialstyrelsen i uppdrag att följa upp tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift på nationell nivå och att löpande bevaka utvecklingen av patient-

³ Prop. 2011/12:7 s. 65 f

⁴ Prop. 2011/12:7 s. 65 f.

grupperna inom de särskilda tandvårdsstöden samt se över behoven av förändringar inom dessa med hänsyn till utveckling och ny kunskap.

Utredningen anser mot den här bakgrunden att resultatet av de pågående och föreslagna förändringarna bör avvaktas innan beslut fattas om en mer övergripande utredning av samtliga tandvårdsstöd.

18.2.2 Munhälsa som en del i folkhälsoarbetet

Utredningens bedömning: En generell förbättring av tand- och munhälsan skulle kunna åstadkommas utifrån en samlad strategi. En sådan strategi måste bygga på kunskap om mun- och tandhälsans bestämningsfaktorer och om situationer och sammanhang där det finns goda förutsättningar att verka för förändringar som främjar en förbättrad tand- och munhälsa

Utredningens förslag: Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ta fram ett underlag som redogör för kunskapsläget när det gäller mun- och tandhälsans bestämningsfaktorer, som en grund för hur arbetet med att främja munhälsan kan integreras i det bredare folkhälsoarbetet.

Skäl för bedömning och förslag:

Tandhälsan hos Sveriges befolkning har förbättrats under många år. Samtidigt finns det tecken på att skillnaderna i tandhälsa mellan vissa grupper i samhället kvarstår eller förstärks. Liksom för övrig hälsostatus speglar mun- och tandhälsa ofta den socioekonomiska statusen och utbildningsnivån. En förklaring är att en sämre socioekonomisk situation, vilken ofta är kopplad till utbildningsnivå, i många fall innebär mindre inflytande över livssituationen och därmed sämre möjligheter att förändra levnadsvanor i positiv riktning.

Så som vi i dag mäter tandhälsa så mäts den bara hos den del av befolkningen som besöker tandvården. Inom vården och omsorgen om äldre görs också i allt större utsträckning s.k. munhälso-bedömningar. För befolkningen som helhet finns därutöver vissa

undersökningar som ska spegla självskattad tandhälsa i befolkningen – men hur den förhåller sig till den objektivt mätta tandhälsan vet vi för litet om.

Munnen har en betydande roll både medicinskt, socialt och psykologiskt. En frisk mun betyder mycket för välbefinnande och livskvalitet. Förmågan att kunna tugga, svälja och uppleva smak är viktig för välmåendet. Välskötta tänder tillhör i dag den sociala normen och en frisk munhåla utgör basen för en god nutrition. Munnens hälsa påverkar också allmänhälsan. Samtidigt kan en nedsatt allmänhälsa och vissa typer av mediciner eller behandlingar påverka munnens hälsa negativt.⁵

WHO har visat att det finns många faktorer som påverkar tandhälsan. Den allra viktigaste faktorn är självfallet ”den personliga tandvården”, dvs. daglig tandborstning, användning av tandtråd, fluortandkräm och fluorsköljning, kostvanor etc. Tandvården är en viktig aktör för att förebygga och tidigt upptäcka sjukdomar och skador i tänder och munhåla. Möjligheterna är däremot begränsade när det gäller personer som endast besöker tandvården akut eller inte alls. Det kan emellertid göras mycket redan utanför tandvården som kan förhindra uppkomst av sjukdomar i tänder och munhåla. Utredningen redovisar i kapitel 15 sina förslag som syftar till att fler ska komma till tandvården regelbundet.

Folkhälsoarbete innebär långsiktiga, strategiska och övergripande insatser riktade mot hela samhället eller mot enskilda grupper i befolkningen. Arbetet kan vara hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande, och bedrivs på olika nivåer och av olika aktörer i samhället. På central nivå är Folkhälsomyndigheten ansvarig för att verka för en god folkhälsa. Myndigheten följer upp befolkningens hälsa och utveckling av hälsans bestämningsfaktorer. Myndigheten förmedlar också kunskap till kommuner, landsting och andra berörda samhällssektorer samt rapporterar regelbundet till regeringen om utvecklingen.

Utredningens bedömning är att en generell förbättring av mun- och tandhälsan skulle kunna åstadkommas utifrån en samlad strategi som bygger på kunskap om tandhälsans bestämningsfaktorer och om situationer och sammanhang där det finns goda förutsättningar att verka för förändringar som främjar en god tand-

⁵ Ur Vårdhandboken. www.vardhandboken.se

och munhälsa. Det finns sannolikt en stor potential i att föra in tand/munhälsoperspektivet i fler sammanhang och som en del i folkhälsoarbetet. Genom att interвенера tidigt i olika processer, t.ex. i barn- och mödrhälsovården och i skolan, och genom att förstärka den förebyggande tandvården kan tandhälsan förbättras och utjämnas, vilket på sikt kan leda till en bättre tand- och munhälsa och mindre behov av omfattande tandvård och därmed också av högkostnadsskydd.

Det behövs mer kunskap om sambanden mellan munhälsa och olika faktorer, och det borde forskas mer – det finns oändligt mycket data som t.ex. kan användas för att ta fram bättre evidens för olika behandlingar. Interventioner för att främja en förbättrad tand- och munhälsa kan göras på olika nivåer och olika arenor i samhället. Arbetet med munhälsa behöver bedrivas på bred front och olika instanser behöver samarbeta.

Ett intressant exempel på handlingsplan för en förbättrad munhälsa finns från delstaten Victoria i Australien.⁶ I planen, som avser perioden 2013 – 2017, sätts upp ett mål att den orala hälsostatusen ska förbättras för alla medborgare i Victoria. För att nå dit pekas fem olika områden ut där arbete ska bedrivas:

1. Bygg partnerskap och sammanhang/miljöer som främjar en god munhälsa.
2. Förbättra människors kunskap om hur munhälsan kan förbättras genom olika program/aktiviteter som är anpassade till ålder, kultur osv.
3. Förstärk de förebyggande insatserna.
4. Utbilda olika yrkesgrupper inom välfärden, som har mycket kontakt med människor, om munhälsa.
5. Förbättra uppföljningen av munhälsans utveckling.

Med planen som grund vidtas inom varje område ett antal konkreta aktiviteter där man involverar olika aktörer, och där man beskriver eftersträfvade utfall som kan bidra till målfyllelsen.

⁶ State Government of Victoria (2013) *Action plan for oral health promotion 2013–2017*.

Folkhälsomyndigheten bör mot den beskrivna bakgrunden ges ett uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag om mun- och tandhälsans bestämningsskildorer, som en grund för hur arbetet med att främja munhälsan kan integreras i folkhälsoarbetet.

18.3 Hur kan tandvårdsstödet bidra till en önskvärd utveckling av tandvården?

Utredningens bedömning: En successivt förbättrad tandhälsa innebär minskande behov av reparativa insatser vilket medför att tandvården på sikt kan bli allt mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Tandvårdsstödet behöver anpassas och utvecklas för att främja denna utveckling.

Skäl för bedömningen:

Det finns många faktorer som påverkar utvecklingen av tandhälsan och munhälsan – där tandvården och tandvårdsstödet är mindre men likväl viktiga delar. Tandvården måste utvecklas i takt med olika förändringar i samhället och tandvårdsstödet måste stödja den utvecklingen på ett sätt som gagnar en god tandhälsa och en effektiv tandvård. Viktiga faktorer är t.ex. befolkningsutveckling, segregation, individualisering och livsstil, strävan mot hållbar utveckling och teknisk utveckling som också möjliggör nya lösningar. Mer specifika faktorer av betydelse för tandhälsa och tandvård är den förbättrade tandhälsan, hälso- och sjukvårdsutmaningarna, kravställande konsumenter och ny teknik. Tandvårdens utmaningar måste också ses i perspektivet av att systemet har olika huvudmän och finansieringsmodeller, vilket kan ge upphov till gränsdragningsproblem och risk för övervältringar.

För att möta morgondagens utmaningar bedömer utredningen att tandvårdsstödet s inriktning successivt bör förändras. En sådan utveckling kan ses i ett 10–15-årigt perspektiv.

Dagens tandvårdsstöd utgörs till största delen av ett högkostnadsskydd, vilket är rimligt med tanke på att en stor del av patienterna (i dag omkring 30 procent) behöver omfattande tandvård. Högkostnadsskyddet är utformat som ett styckeprisbaserat system. Ett sådant system är fördelaktigt i en marknadsstruktur

med många små vårdgivare och det ger patienten stor valmöjlighet och flexibilitet. Styckeprissystemet leder dock inte automatiskt till en långsiktigt hälsofrämjande inriktning – det kan snarare skapa vissa incitament till ”stapling” och överbehandling.⁷ Patienten har inte alltid själv möjlighet att bedöma vilka åtgärder som verkligen behöver göras. Hur stort detta problem är i verkligheten är mycket svårt att utvärdera, och det är inte heller självklart vilket alternativet skulle vara. Ett högkostnadsskydd i form av ett styckeprissystem bedöms därför vara ett nödvändigt inslag i tandvården under en överskådlig tid.

I takt med att befolkningens tandhälsa förbättras är det rimligt att anta att den andel av befolkningen som har behov av omfattande tandvård (reparativ och rehabiliterande tandvård) successivt kommer att minska. Ett ekonomiskt utrymme kan då uppstå som i stället kan användas för förstärkta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Dagens stödsystem ger både ett grundläggande stöd till alla som besöker tandvården och det skyddar människor med omfattande behov av tandvård. Det är emellertid inte optimalt för den växande del av befolkningen som har små eller inga tandvårdsbehov. För dessa bör systemet mer aktivt främja en bibehållen tandhälsa. Systemet bör ge både vårdgivaren och patienten tydliga incitament att arbeta mer hälsofrämjande.

Utredningens bedömning är att den modell för abonnemangstandvård som folktandvården i dag erbjuder, i kombination med att man kan använda sitt förhöjda ATB, har bidragit till att många unga givits möjlighet till en smidig övergång från den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården till en regelbunden tandvård till en relativt låg kostnad. En abonnemangsmodell ger också ömsesidiga incitament för både vårdgivare och patient att hålla tänderna friska. Det finns emellertid få vetenskapliga studier om abonnemangstandvården.⁸ Forskning som gjorts visar t.ex. att abonnemangstandvården i högre utsträckning tilltalar hälsomedvetna personer.⁹

⁷ Se t.ex. Leisnert L, (2014) *Self-directed learning teamwork, holistic view an oral health*.

⁸ Tandläkartidningen(2015) *Effekterna av abonnemangstandvård på patienternas hälsa och ekonomi*.

⁹ Andås C, och Hakeberg, M (2014) *Who chooses prepaid dental care? A baseline report of a prospective observational study*. Kvinnor, högutbildade, icke-rökare, personer som tränar regelbundet, personer som anser sig ha en god allmän hälsa och anser att munhälsa är viktigt för den allmänna hälsan är mer benägna att ansluta sig till ett abonnemang.

Det finns även en studie om de ekonomiska aspekterna av abonnemangstandvård för patient och vårdgivare.¹⁰ Den visade också att patienter anslutna till ett abonnemang undersöktes i större utsträckning av en tandhygienist och fick fler förebyggande och färre restaurerande åtgärder än patienter som betalade per åtgärd. De hälsorelaterade effekterna av abonnemangstandvården behöver dock utvärderas ytterligare.¹¹ Det finns också en kritisk inställning till abonnemangstandvården från den privata tandvårdens sida. Den kräver bl.a. storskalighet, dels för att hantera risk mellan olika patienter och dels för att administrera betalningsmodellen, vilket anses missgynna små vårdgivare. Det har även framförts synpunkter innebärande att patienter kan göra en förlust genom att de får betala mer under avtalsperioden än om de betalade per åtgärd. Synpunkter har också framförts på att folktandvården, genom att ha en dominerande ställning inom barn- och ungdomstandvården, har större möjligheter än privata vårdgivare att binda upp unga patienter på långa avtal när de övergår till vuxentandvården.

Som tidigare diskuterats bygger dagens högkostnadsskydd och abonnemangstandvården på helt olika finansieringsprinciper, som delvis går på tvärs. Premier i abonnemangstandvård kan av principiella skäl inte ligga till grund för ersättning i högkostnadsskyddet (se avsnitt 16.4.4.). Åtgärder som ligger utanför abonnemangsavtalet omfattas dock av skyddet mot höga kostnader. Det är viktigt att patienter i abonnemangstandvården, när avtal tecknas, görs uppmärksamma på detta och att de därmed får stå för en stor del av risken för höga tandvårdskostnader själva. Abonnemangstandvård och högkostnadsskydd kan övergångsvis samexistera. ATB bör även framöver kunna användas för såväl abonnemang som för styckebetald tandvård och blir således en länk mellan formerna.

Utredningen anser att utgångspunkterna för utvecklingen av en framtida nationell modell för tandvården och det statliga tandvårdsstödet kan vara just behovsanpassad och regelbunden, förebyggande tandvård till låg kostnad för patienten samt ömsesidiga incitament för vårdgivare och patient att hålla tänderna friska. Det

¹⁰ Andås, C m.fl. (2014) *A new dental insurance scheme – effects on the treatment provided and costs.*

¹¹ Tandläkartidningen (2015) *Effekterna av abonnemangstandvård på patienternas tandhälsa och ekonomi.*

finns självfallet ett antal frågor av principiell karaktär som måste utredas – det handlar bl.a. om styrningsfrågor, konkurrensfrågor och riskvärdering. Vidare kopplar denna fråga till hur tandvårdens och hälso- och sjukvårdens processer bättre kan samordnas i syfte att främja en bättre hälsa.

19 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

Utredningens förslag: De föreslagna ändringarna i lagen (2008:1452) om statligt tandvårdsstöd och lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdsystemen, förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket och förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan ska träda i kraft den 1 januari 2017.

I lagen om statligt tandvårdsstöd införs en övergångsbestämmelse som innebär att samtliga vårdgivare som redan är anslutna till Försäkringskassan elektroniska system för statligt tandvårdsstöd ska uppfylla kravet på anslutning till prisjämförelsetjänsten senast den 1 juli 2017.

I förordningen om statligt tandvårdsstöd införs en övergångsbestämmelse som innebär att kravet på att en vårdgivare ska lämna uppgift om de personer som, genom en ledande ställning eller på annat sätt, har ett väsentligt inflytande över verksamheten samt att vårdgivaren även ska ange om någon av dessa personer tidigare har varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd, gäller endast ansökningar som kommer in till Försäkringskassan efter det att förordningen trätt i kraft.

Skäl för förslaget

Utredningen anser att de förslag som läggs fram i betänkandet ska införas så snart som möjligt. Utredningen föreslår därför att ändringarna ska träda i kraft senast den 1 juli 2017.

I lagen om statligt tandvårdsstöd föreslås att det ska införas en bestämmelse om att vårdgivaren måste vara ansluten till en prisjämförelsetjänst för tandvård för att vårdgivaren ska få ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd. Detta krav ska inte bara gälla vid nyansökningar utan även för vårdgivare som redan är anslutna till Försäkringskassans elektroniska system. Dessa måste dock få en rimlig tid att ansluta sig, då detta bl.a. kräver anslutning till den HSA-katalog som är en förutsättning för anslutning till tjänsten. Utredningen föreslår därför att det ska införas en övergångsbestämmelse som anger att samtliga vårdgivare som redan är anslutna till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd, måste uppfylla detta krav senast den 1 juli 2017. Om en vårdgivare inte har anslutit sig till prisjämförelsen vid denna tidpunkt finns det skäl för avanslutning.

I förordningen om statligt tandvårdsstöd föreslås nya krav som en vårdgivare ska uppfylla för att få ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd. Kravet om att vårdgivaren ska vara ansluten till prisjämförelsetjänsten nämns i förordningen men regleras i lagen om statligt tandvårdsstöd. Utredningen har ovan föreslagit att en övergångsbestämmelse införs som reglerar när samtliga vårdgivare ska uppfylla detta krav. Kravet om att vårdgivaren ska ange uppgifter om vissa ytterligare personer med ett väsentligt inflytande över verksamheten ska endast gälla för nyansökningar, dvs. för ansökningar som kommer in efter det att förordningen träder i kraft. Utredningen föreslår därför att det ska införas en övergångsbestämmelse som reglerar detta.

20 Kostnadsberäkningar och andra konsekvensanalyser

20.1 Inledning

Enligt kommittéförordningen (1998:1474) och förordningen (2007:1244) om konsekvensanalys vid regelgivning ska konsekvenser av de förslag som presenteras av en utredning belysas utifrån en rad olika aspekter. Om förslagen påverkar kostnaderna eller intäkterna för staten, kommuner, landsting, företag eller andra enskilda ska en beräkning av dessa konsekvenser redovisas i betänkandet.

Utredningen presenterar flera förslag. I detta kapitel redovisas konsekvenserna av dessa förslag.

Utredningens förslag bedöms inte medföra några konsekvenser för:

- den kommunala självstyrelsen
- för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet
- jämställdheten mellan kvinnor och män
- möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

Utredningen föreslår flera åtgärder för att stävja felaktig användning av det statliga tandvårdsstödet. I många fall beror felaktiga utbetalningar på oavsiktliga fel. Men det förekommer också situationer där tandvårdsstödet i dag används felaktigt – till och med på ett sätt som är brottsligt. Vissa av utredningens förslag (se avsnitt 19.7) syftar till att försvåra för vårdgivare att begå brott.

20.2 Förbättrad analys och uppföljning av tandvårdsstödet

Utredningen föreslår ett utökat samarbete och ett mer samlat grepp när det gäller analys, statistik och uppföljning inom tandvårdsområdet. De myndigheter som berörs av förslaget är Socialstyrelsen, Försäkringskassan, TLV och delvis SCB. Förbättrad analys och uppföljning medför ökade kostnader men ger också ökad kunskap inte minst till regering och riksdag om effekterna på tandvårdskonsumtion och tandhälsa vilket kan ligga till grund för eventuella framtida förändringar som syftar till effektiviseringar på området.

Förslaget innebär att regeringen ger Försäkringskassan, TLV och Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram en samlad analys av om vuxentandvården och tandvårdsstödet bidrar till en önskvärd utveckling av tandvårdskonsumtionen och tandhälsan. Inom ramen för detta arbete ska myndigheterna ta fram adekvata indikatorer för utvärdering av tandvårdsstödet som ska användas för att följa måluppfyllelsen över tid. Utredningen förordar att Försäkringskassan blir sammanhållande i arbetet.

I uppdraget till de tre myndigheterna bör också ingå att samarbeta om register och statistik m.m. Att följa upp och analysera de sakområden och anslag som en myndighet ansvarar för ingår redan i myndigheternas befintliga uppdrag. När det gäller tandvårdsstödet så har uppföljning skett i begränsad utsträckning hos de berörda myndigheterna, och endast utifrån respektive myndighets eget perspektiv. Myndigheterna har dock haft ett gott samarbete inom andra delar av tandvården och tandvårdsstödet, t.ex. när det gäller information till vårdgivare och behandlare.

Den typ av analys och uppföljning som utredningen förordar sträcker sig över hela vuxentandvården (utom de delar som faller inom landstingens ansvar) och kräver därmed ett utökat samarbete mellan myndigheterna. Det särskilda uppdraget kan övergångsvis kräva utökade resurser i förhållande till vad som i dag avsätts. Därför är det rimligt att ett sådant uppdrag som utredningen föreslår delvis finansieras med extra medel.

När 2008 års tandvårdsreform infördes fick Försäkringskassan i uppdrag att samordna ett utvärderingsprogram för det nya tandvårdsstödet. Regeringen tilldelade 3 miljoner kronor per år under

perioden 2008–2010. Det uppdrag som utredningen nu föreslår bör bli mer begränsat än det nämnda utvärderingsprogrammet. I dag finns också tillgång till mer omfattande dataunderlag, bättre metoder och högre kompetens än vad som då var fallet. Uppdraget handlar i första hand om att kraftsamla och använda samt kombinera den information och statistik som finns. Med ledning av detta beräknas utredningens föreslagna uppdrag innebära att myndigheterna under två år behöver tillskjutas sammanlagt 4 miljoner kronor för extra utrednings- och analysarbete och framtagande av relevanta indikatorer på området. Kostnaden för att administrera indikatorerna beräknas sedan årligen uppgå till 0,25 miljoner kronor.¹

20.3 Uppgifter om barns och ungdomars tandhälsa

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att, i samverkan med SKL, bedriva ett arbete att ta fram ett underlag för beslut om hur barn- och ungdomstandvården kan omfattas av tandhälsoregistret.

Socialstyrelsen har redan initierat ett visst arbete i denna fråga och delar av behovsinventeringen är klar. Arbetet behöver fördjupas och förankras med både utförare och beställare av barn- och ungdomstandvård. Socialstyrelsen bedömer att kostnaden för detta arbete uppgår till totalt 0,65 miljoner kronor.

20.4 Förstärkt information till allmänhet och patienter

Förslagen medför både engångsvisa och löpande kostnader för staten. Att informera om tandvårdstödet ingår till viss del redan i Försäkringskassans uppgifter och anslag. Stora kampanjer, men även riktade insatser, är resurskrävande och medel behöver därför skjutas till.

¹ SCB fick 0,5 mkr första året, därefter 0,25 mkr per år, för de s.k. Tandvårdsindikatorerna.

20.4.1 Tydligare informationsuppdrag

Utredningen föreslår att Försäkringskassan ges ett tydligare informationsuppdrag när det gäller tandvårdsstödet som innebär att ge råd och stöd till allmänheten i fråga om det statliga tandvårdsstödet och andra tandvårdsfrågor. Bl.a. bör Försäkringskassan arbeta med målgruppsanpassad information till de grupper som i dag har låga besöksfrekvenser i tandvården, t.ex. unga, äldre och nysvenskar.

Konsekvenser för patienter och allmänheten

Ett utökat informationsuppdrag, särskilt när det riktas till grupper som sällan besöker tandvården, förväntas ge patienter bättre kännedom om stödet och bättre möjligheter att få hjälp och råd om tandvårdsfrågor av olika slag. Bland de som sällan besöker tandvården kan förstärkta informationsinsatser sänka vissa av trösklarna som i dag gör att de avstår att besöka tandvården. Att fler besöker tandvården har i längden en positiv effekt för tandhälsan.

Konsekvenser för staten

För Försäkringskassan

Försäkringskassan har erfarenhet av målstyrd information, främst inom föräldraförsäkringen. Exempel på insatser är att Försäkringskassan skickar ut skriftlig information till blivande föräldrar, informerar på andra språk och bedriver informationskampanjer. Man har också tagit fram ett planeringsverktyg på webben.

Även inom tandvårdsstödet har Försäkringskassan viss erfarenhet av aktiva informationsinsatser och kampanjarbete.

Baserat på de kostnader som Försäkringskassan haft för informationsinsatser inom bl.a. föräldraförsäkringen bedöms förslagen innebära ökade kostnader med upp till 2 miljoner kronor per år.

För utgifterna för tandvårdsstödet

En ökad medvetenhet om tandvårdsstödet i befolkningen, särskilt de som i dag inte besöker tandvården, kan genom en ökad besöksfrekvens påverka tandvårdsanslaget. Det kan dock ta tid innan en ökad aktivitet ger effekt och därför är det rimligt att förvänta små effekter på anslaget till en början, vilka sedan tilltar över tid.

Alla nytillkomna tandvårdsbesökare kommer att få ATB. En ökning av besöksfrekvensen med en procentenhet medför att utgifterna för ATB ökar med ca 16 miljoner kronor per år. Beräkningen är baserad på dagens volymer, ålderstruktur och bidragsbelopp för respektive åldersgrupp. I beräkningen ingår att dessa personer inte besökt tandvården på länge och därför tar ut två ATB.

En del av de nytillkomna tandvårdsbesökarna kan också behöva ett skydd mot höga kostnader. Den andelen är sannolikt större bland de nytillkomna än bland de som i dag besöker tandvården (ca 30 procent).

Om hälften av de nya besökare som tillkommer till följd av ökad kännedom om stödet också konsumerar så mycket tandvård att det kvalificerar till högkostnadsskydd, kan effekten beräknas till omkring 44 miljoner kronor per år vid en genomsnittlig ersättning på 2 000 kronor. Detta scenario bedöms vara det mest sannolika. Om i stället 75 procent av de som tillkommer i genomsnitt får 2 000 kronor i ersättning skulle det motsvara drygt 66 miljoner kronor.

En sådan ökning av besöksfrekvenserna måste ses i perspektivet av att dessa hittills varit betydligt lägre än det som beräknades vid tandvårdsreformens genomförande, och som varit en av flera orsaker till att anslaget för tandvårdsstöd inte har utnyttjats fullt ut någon gång sedan 2008. En ökning av besöksfrekvenserna bedöms därmed leda till en större måluppfyllelse för stödet i enlighet med de ursprungliga intentionerna.

20.4.2 Förstärkt kundtjänst

Försäkringskassans nuvarande kundtjänst för tandvård vänder sig främst till vårdgivare och behandlare. I dag är det få privatpersoner som ringer till Försäkringskassan för att fråga om tandvård och tandvårdsstöd. Den kundtjänst som utredningen föreslår ska kunna besvara frågor både om det statliga stödet och om andra tandvårdsfrågor och hjälpa frågeställarna vidare till lämplig instans. En utvidgad och förstärkt kundtjänst behöver därför bli känd hos allmänheten. Den förutsätter också att personalen som arbetar där har en bred kompetens också när det gäller angränsande tandvårdsfrågor såsom klagomål på utförd behandling, frågor om pris- och kvalitetsjämförelser inför behandling och landstingens tandvårdsstöd.

Marknadsföring och kompetensförstärkning innebär vissa initiala kostnader men det behöver också tillföras medel löpande för att säkerställa hög kännedom och kvalitet.

Försäkringskassans kundtjänst för partners (KCP) hanterar ca 900 ärenden per vecka som rör det statliga tandvårdsstödet.² KCP är huvudsakligen en kanal för vårdgivare och andra partners. Kundcenter för privatpersoner (KC) hanterar ytterligare ca 150 ärenden från privatpersoner varje vecka. Frågor om det statliga tandvårdsstödet sysselsätter ca 10–15 årsarbetare enligt Försäkringskassan. Om de privata samtalen, som i dag utgör en mindre del, skulle fördubblas med anledning av utredningens förslag skulle det innebära att Försäkringskassan behöver förstärka verksamheten med ca en till två årsarbetare för att behålla dagens ambitionsnivå när det gäller svarstider, vilket motsvarar en total kostnad mellan en halv och en miljon kronor per år.

20.4.3 Tandvårdsportal

Utredningen förordar att Försäkringskassan, inom ramen för det utvidgade informationsuppdraget, tillsammans med ett antal andra aktörer överväger behovet och utformningen av en tandvårdsportal. Portalen skulle vara ett nav för all information och tjänster rörande

² Majoriteten av ärendena hanteras via telefon (besvarade samtal eller callback) och en mindre del via e-post.

tandvårdsstödet som finns på webben. Om det finns goda skäl för en sådan portal bör Försäkringskassan till regeringen presentera ett konkret förslag med konsekvensbedömningar. Utredningen bedömer att Försäkringskassans arbete bör kunna ske inom myndighetens befintliga förvaltningsanslag. Utifrån det underlag och de eventuella förslag som Försäkringskassan presenterar bör regeringen överväga hur mycket medel som behöver skjutas till för att finansiera utveckling och drift av en tandvårdsportal.

20.5 Förslag som syftar till att stärka patientens ställning och som främjar marknadens funktionssätt

Förslagen som presenterats i detta avsnitt syftar till att jämma ut villkoren mellan patient och vårdgivare, där den senare fortfarande har en marknadsmakt som försämrar marknadens funktionssätt.

20.5.1 Nationell patientenkät för vuxentandvården

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ges i uppdrag att genomföra en årlig nationell patientenkät i tandvården i syfte att mäta patientbedömd kvalitet på mottagningsnivå i tandvården och att ge patienterna information om densamma.

Konsekvenser för patienter

Genom utredningens förslag kan alla patienter ges möjlighet att få en strukturerad bild av den patientbedömda kvaliteten på olika tandvårdsmottagningar – något som helt saknas i dag.

Konsekvenser för staten

Att införa en nationell patientenkät i tandvården innebär att framför allt Socialstyrelsen, som ansvarig myndighet, behöver resurser för att utveckla och genomföra enkäten. Det finns en hel del erfarenhet och kunskap inom myndigheten att bygga på.

Socialstyrelsen behöver också samverka och samråda med andra i utvecklingsarbetet och genomförandet; framför allt med Försäkringskassan, SKL, tandvårdsbranschen och eventuellt patientorganisationer, vilka också behöver avsätta vissa resurser för arbetet.

Socialstyrelsen genomför årligen en brukarundersökning inom äldreomsorgen som omfattar ca 216 000 personer. Den totala kostnaden uppgår till 10–12 miljoner kronor, varav ca 4 miljoner kronor avser portokostnader.³ Det blir en kostnad om drygt 50 kronor per enkät.

Primärvårdsenkäten, som görs av SKL på landstingens uppdrag kostar enligt uppgift ca 45 kronor per enkät med två påminnelser. Man arbetar för att öka användningen av nya tekniker för att få ned kostnaden ytterligare.

En enklare och billigare variant än postal pappersenkät skulle kunna vara att skicka ut ett vykort med länk till en webbenkät – en modell som prövats med framgång bl.a. i Stockholms stads förskoleverksamhet.

Kostnaden för att genomföra en nationell patientenkät i tandvården, med ett beräknat antal enkäter på ca 106 000, kan sannolikt bli något lägre än de båda tidigare nämnda eftersom processen att identifiera och hitta urvalspersoner m.m. blir enklare genom att uppgifter om patientbesök redan finns i befintliga register. Kostnaden skulle utifrån detta kunna uppskattas till mellan 2,5 och 4 miljoner kronor per år. Det första året kan dock kostnaden bli något högre eftersom det krävs visst utvecklingsarbete.

Konsekvenser för vårdgivarna/företagen

Förslaget innebär inga ökade administrativa kostnader för företagen.

En nationell patientenkät stärker patienternas ställning, främst genom förbättrad information om patientupplevd kvalitet hos olika vårdgivare. Konkurrensen på marknaden förväntas bli bättre eftersom vårdgivarna måste bli än mer uppmärksamma på patienternas upplevelser av kvalitet i tandvården.

För vissa vårdgivare, som i dag genomför egna patientenkäter, kan Socialstyrelsens enkät innebära att den egna enkäten inte längre

³ Ett utskick av pappersenkät samt två påminnelser, inklusive svarsporto.

behöver genomföras. För dessa vårdgivare innebär utredningens förslag minskade kostnader.

20.5.2 En förstärkt prisjämförelsetjänst

Utöver en nationell patientenkät inom tandvården föreslår utredningen en förstärkt prisjämförelsetjänst som ger allmänheten möjlighet att jämföra priser och patientbedömd kvalitet innan besök och behandling. Detta skapar förutsättningar för patienterna att värdera en mottagnings pris och kvalitet parallellt, vilket stärker patientens ställning och förbättrar konkurrensen på tandvårdsmarknaden. Förslaget innebär att alla vårdgivare som vill kunna ta del av det statliga tandvårdsstödet måste identifiera sina mottagningar för presentation på prisjämförelsetjänsten och därmed även vara kopplade till HSA-katalogen.

I dag är det frivilligt för vårdgivare att redovisa sina priser på prisjämförelsetjänsten och anslutningen från privata vårdgivare är låg. Priserna läggs in manuellt och behöver med jämna mellanrum uppdateras för att de ska vara aktuella. Dagens prisjämförelsetjänst kräver därmed manuell hantering och en vårdgivare bestämmer själv vilka priser som ska visas. Hanteringen har kritiserats för att inte alltid ge patienten en rättvis bild av vårdgivarens pris. Därmed är värdet av prisjämförelsen för patienten i dag begränsat. Prisuppgifterna till den av utredningen föreslagna prisjämförelsetjänsten ska baseras på Försäkringskassans tandvårdsregister och därmed på faktiskt debiterade priser.

Konsekvenser för patienten

Utredningens förslag innebär att patienten ges betydligt bättre möjligheter att jämföra pris och patientbedömd kvalitet, samt en mer rättvisande bild av mottagningars priser eftersom uppgifterna som redovisas är beräknade på vad vårdgivaren debiterat andra patienter.

Konsekvenser för staten

Dagens prisjämförelsetjänst förvaltas av SLL och finansieras med 1,9 miljoner kronor årligen av staten. Initialt kan det uppstå ökade kostnader till följd av de förslag som utredningen lägger om prisjämförelsetjänsten. På sikt bedöms de löpande förvaltningskostnaderna ligga i paritet med dagens nivå.

Konsekvenser för Försäkringskassan

Försäkringskassan blir ansvarig för att bearbeta inrapporterade priser i tandvårdssystemet och med jämna mellanrum skicka över framtagna prisuppgifter per tandvårdsmottagning till förvaltaren av prisjämförelsetjänsten. För att det ska vara möjligt att beräkna priserna för de mottagningar som patienterna upplever är en mottagning behöver Försäkringskassans system för tandvårdsstödet utvecklas för att kunna hantera ytterligare ett id-begrepp, HSA-id per mottagning. Denna HSA-id behöver rapporteras in till Försäkringskassans system i samband med den rapportering av patientbesöken som alla vårdgivare är skyldiga att göra i dag. Försäkringskassan måste alltså kunna ta emot HSA-id och använda detta id-begrepp för tandvårdsmottagningarna när de beräknar priserna för respektive mottagning. Det är prisuppgifter per mottagning, som identifieras med hjälp av HSA-id, som ska visas på prisjämförelsetjänsten. Detta id-begrepp ska också användas av Socialstyrelsen för att koppla uppgifter om patientbedömd kvalitet med rätt mottagning. Den utveckling som förslaget kräver av Försäkringskassans IT-system beräknas kosta 5–10 miljoner kronor.⁴

Försäkringskassan ska också inledningsvis samordna ett utvecklingsarbete för hur genomsnittspriser på mottagningsnivå bäst ska beräknas och presenteras – ett arbete som behöver förankras med vårdgivare och företrädare för patienter. Dessa organisationer behöver därmed också avsätta vissa resurser. Försäkringskassan kan behöva bedriva visst utvecklings- och förvaltningsarbete kopplat till beräkningarna av genomsnittspriser vilket beräknas kosta 0,25 miljoner kronor per år.

⁴ Kostnad för verksamheten och testmiljöer ingår i beräkningen.

Försäkringskassan ska sedan löpande producera och leverera dessa genomsnittspriser, något som förväntas ske högst automatiserat och därmed till en låg kostnad. Att kontinuerligt leverera relevanta genomsnittspriser som speglar de faktiska priserna kan kräva viss förvaltning och ett visst utvecklingsarbete, t.ex. till följd av förändringar i regelverket. Detta bör kunna ske inom befintlig resursram.

Övrigt

Utredningen föreslår att TLV ska ansvara för att det finns en prisjämförelsetjänst för tandvård. Detta ligger i linje med det uppdrag TLV fått av regeringen som finansieras med 0,6 miljoner kronor per år (motsvarande summa som TLV fått i regeringsuppdraget om prisjämförelsetjänsten i juni 2015).

Kostnaderna för Socialstyrelsen att ta fram uppgifter om patientbedömd kvalitet har behandlats ovan.

Ökad priskonkurrens kan medföra att fler vårdgivare sätter sina priser under referenspriserna. Det skulle i så fall innebära en minskad belastning på tandvårdsanslaget.

Konsekvenser för vårdgivarna/företagen

Redovisning av priser baserade på registeruppgifter, som vårdgivarna redan rapporterat till Försäkringskassan i anslutning till den utförda tandvården, medför minskad administration för företagen jämfört med dagens hantering.

Den föreslagna prisjämförelsetjänsten kräver anslutning till HSA-katalogen. Alla offentliga vårdgivare och ca 40 procent av de privata vårdgivarna är redan i dag anslutna till HSA. HSA-anslutning via ett kommersiellt HSA-ombud beräknas kosta från 5 000 kronor per år och vårdgivare. Eftersom alla folktandvårdsenheter och de flesta större privata vårdgivare redan är anslutna, men av andra skäl än att visa sina priser, så innebär det dock en viss marginalkostnad för övriga vårdgivare att gå med.

Om vårdgivare ska lämna uppgift om HSA-id i samband med rapportering av utförd tandvård kommer det att krävas IT-utveckling av de journalssystem som i dag inte kan hantera HSA-id-begreppet. Försäkringskassans IT-system stödjer i dag kommunikation med

journalsystem från åtta leverantörer; endast två av dessa kan för närvarande hantera ett HSA-id. Utvecklingskostnaden av journalsystemen har inte kunnat beräknas och kommer sannolikt att tas ut genom höjda avgifter för vårdgivarna. Eftersom kostnaden sprids på alla mottagningar förväntas kostnaden bli mindre omfattande.

Det är ytterst vårdgivaren som avgör hur den vill klassificera sig och sina olika mottagningsenheter. Som tidigare nämnts i kapitel 15 behövs det ett gemensamt arbete mellan tandvården, Inera/HSA, Försäkringskassan och journalsystemsleverantörerna för att diskutera principerna för klassificering och rapportering m.m. Detta är en kostnad som i huvudsak belastar tandvårdens centrala organisationer, t.ex. Privattandläkarna och representanter för folktandvården.

20.5.3 Utredning av ett förbättrat stöd till patienter som inte är nöjda

Utredningen föreslår att en utredning tillsätts som får i uppdrag att göra en översyn av möjligheterna att utforma ett bättre och mer enhetligt konsumentskydd för patienter i vuxentandvården. Kostnaderna för en sådan utredning beräknas till ca 2 miljoner kronor.

20.6 Förändringar i tandvårdsstödet

20.6.1 Fördelning av den ekonomiska ramen för tandvårdsstödet m.m.

Utredningen föreslår att anslaget för tandvårdsförmåner bör delas upp i en del för ATB, en del för STB och en del för skyddet mot höga kostnader – eftersom de styrs av olika faktorer och den samlade avvägningen och fördelningen bör bli föremål för ett regeringsbeslut. TLV föreslås följa och analysera utvecklingen inom tandvårdsområdet vilket enligt förslaget också ska innefatta att regelbundet följa och analysera nyttjandet och fördelningen av tandvårdsstödet.

TLV:s utökade analysansvar innebär behov av ytterligare en årsanställd med kvalificerad bakgrund; en beräknad kostnad på ca 1 miljon kronor per år.

20.6.2 Höjt ATB för personer mellan 65 och 74 år

Utredningen föreslår att den grupp som får förhöjt ATB ska utvidgas till att också omfatta personer mellan 65 och 74 år.

Ett förhöjt ATB till personer mellan 65 och 74 år är ett kostnadseffektivt sätt för staten att finansiera en större andel av tandvårdskostnaderna för denna grupp, vilket enligt utredningens bedömning är lika viktigt som att öka gruppens besöksfrekvenser. För att inte tidigare investeringar i tänderna ska gå förlorade för denna grupp är det viktigt att tänderna underhålls vilket kräver regelbundna tandvårdskontakter och därmed högre tandvårdskostnader.

Konsekvenser för patienterna

Förslaget skulle innebära att ytterligare ca 1,1 miljoner personer, eller drygt 14 procent av den vuxna befolkningen, får ett förhöjt ATB för sina tandvårdskostnader. En 65-årig medianpatient köper tandvård för 2 400 kronor och har ett omfattande tandvårdsbehov då 17 av de 27 egna tänderna är skadade.

Med dagens ATB på 150 kronor för personer mellan 65 och 74 år finansierar bidraget drygt 6 procent av tandvårdskostnaden för gruppen. Det är den lägsta nivån jämfört med alla andra åldersgrupper. Med ett högre ATB ökar bidragets finansieringsandel till drygt 12 procent.

Konsekvenser för staten

Beräkningarna i det följande är utförda i SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT från 2013, version 1. Förändringarna antas träda i kraft 2017 och modellen är därför framskriven med prognoser för ekonomin och befolkningen. Beräkningen grundas på det s.k. STAR-urvalet som innehåller ett urval på drygt 1,6 miljoner individer.

Den statistiska förändringen till följd av förslaget beräknas medföra en utgiftsökning med ca 100 miljoner kronor i 2017 års prisnivå.

De dynamiska effekterna, det vill säga effekter till följd av beteendeförändringar för personer mellan 65 och 74 år, bedöms bli

relativt små på kort sikt. I dag besöker drygt 83 procent av befolkningen i den aktuella åldersgruppen tandvården inom en tvåårsperiod, vilket är den högsta andelen bland alla åldersgrupper. Ett förhöjt ATB kan få något fler av dem som i dag inte besöker tandvården att göra ett besök. Förslaget bedöms medföra att besöksbenägenheten som mest ökar med en procentenhet. Baserat på befolkningens storlek i den aktuella åldersgruppen, knappt 1,1 miljoner personer, innebär det en ytterligare utgiftsökning med som mest 5,5 miljoner kronor (150 kronor för det sparade ATB från år 2016 och 350 kronor för ATB för 2017).

Den sammanlagda utgiftsökningen för ATB till följd av förslaget, dvs. statisk och dynamisk effekt sammantaget, beräknas därmed till ca 106 miljoner kronor per år.

De dynamiska effekterna av förslaget kan också påverka utgifterna för högkostnadsskyddet, men de bedöms bli små. Bland dem som kan antas börja besöka tandvården på grund av ett förhöjt ATB kommer en del att konsumera tandvård över karensbeloppet.

- Om var fjärde person som tillkommer, på grund av höjningen av ATB, också får en genomsnittlig tandvårdsersättning på 1 000 kronor innebär det en ökning av statens utgifter med knappt 3 miljoner kronor. Skulle tandvårdsersättningen i stället bli 2 000 kronor i genomsnitt innebär det en utgiftsökning med drygt 5 miljoner kronor.
- Om i stället varannan person, som tillkommer till följd av förhöjt ATB, också får del av högkostnadsskyddet så medför det en ökning av utgifterna med 5,5 och 11 miljoner kronor vid 1 000 respektive 2 000 kronor i genomsnittlig tandvårdsersättning. Den senare genomsnittsansättningen är mer trolig givet åldersgruppens allmänna tandstatus och bedöms vara det mest troliga scenariot.
- På motsvarande sätt skulle utgifterna öka med 8 miljoner kronor om 75 procent av de som tillkommer på grund av höjningen av ATB också får 1 000 kronor i tandvårdsersättning och 16 miljoner kronor vid i genomsnitt 2 000 konorr i tandvårdsersättning per person.

Det mest troliga scenariot bedöms vara att varannan person av de som tillkommer också får tandvårdsersättning med i genomsnitt ca 1 000 kronor.

Det innebär i så fall att förslaget som helhet och på kort sikt beräknas komma att medföra en utgiftsökning med knappt 116 miljoner kronor (100 + 5 mkr för ATB och 11 mkr för högkostnadsskyddet).

20.6.3 Beloppsgränserna i högkostnadsskyddet och ATB värdesäkras

Utredningen föreslår att beloppsgränserna och ATB återställs till de reala nivåer som gällde vid reformens införande. Förslaget innebär att beloppsgränserna höjs till 3 300 respektive 16 400 kronor och att ATB höjs till 175 respektive 350 kronor vid ingången av 2017.

Konsekvenser för patienterna

För patienterna har förslaget lite olika konsekvenser beroende på hur stora tandvårdskostnader man har. För majoriteten av patienterna som besöker tandvården varje år, ca 70 procent, innebär den engångsvisa justeringen av beloppsgränserna i högkostnadsskyddet ingen förändring eftersom de inte konsumerar tillräckligt med tandvård för att påverkas av förslaget. För övriga 30 procent av patienterna innebär den initiala höjningen av beloppsgränserna att tandvårdsersättningen blir lägre. För de som konsumerar ersättningsberättigande tandvård för mellan 3 000 och 3 300 kronor minskar ersättningen med som mest 150 kronor jämfört med dagens beloppsgränser. För de som konsumerar mellan 3 300 och 15 000 kronor innebär förändringen att högkostnadsskyddet minskas med 150 kronor per ersättningsperiod. Det är förhållandevis små belopp i sammanhanget.

För patienter som konsumerar över 15 000 kronor blir den initiala minskningen av ersättningen något större, som mest 640 kronor per mottagare och ersättningsperiod. En patient som konsumerar tandvård för 20 000 kronor finansierar själv i dag ca 49 procent av sin

tandvård, resten står staten för.⁵ Vid en justering av beloppsgränserna skulle samma patient behöva finansiera 52 procent av sin tandvård. Vid 40 000 kronor ökar finansieringsgraden för patienten från 32 till 33,5 procent. Som andel av kostnaden innebär utredningens förslag relativt lite. Även nominellt är det svårt att se någon risk för större beteendeförändringar för de som konsumerar över 15 000 kronor eftersom effekten maximalt kan bli 640 kronor per person och ersättningsperiod. Trots att det handlar om relativt små belopp i sammanhanget är det viktigt att denna förändring kommuniceras tidigt och tydligt.

När det gäller ATB innebär värdesäkring att alla patienter från och med 2017 får 25 kronor mer per år och de grupper som har rätt till ett förhöjt ATB får 50 kronor mer per år. Deras patientavgift kommer således att minska i motsvarande mån.

En kontinuerlig värdesäkring av beloppsgränserna kommer knappast att bli märkbar för patienterna.

Konsekvenser för statens utgifter

De statistiska effekterna av justerade beloppsgränser förväntas bli minskade statliga utgifter med 257 miljoner kronor. På kort sikt kan det också få effekter framför allt när det gäller patienter med väldigt kostsamma behandlingar (dvs. över 15 000 kr). Dessa patienter kan komma att vara något mer benägna att tidigare lägga sin behandling till en tidpunkt innan beloppsgränserna justeras. Effekten kan bli att statens utgifter blir något högre strax innan bestämmelserna träder i kraft, men en motsvarande minskning kan förväntas efter ikraftträdandet.

När det gäller värdejustering av ATB innebär det att utgifterna ökar med 127 miljoner kronor årligen. Inga dynamiska effekter förväntas av att det årliga bidraget höjs med 25 respektive 50 kronor årligen.

Förslaget påverkar inte de administrativa kostnaderna för Försäkringskassan.

⁵ Beräkningarna i denna del bygger på att vårdgivarpriset är samma som referenspriset. Om vårdgivarpriset överstiger referenspriset finansierar patienten även mellanskillnaden.

Konsekvenser för vårdgivarna/företagen

Konsekvenserna för vårdgivarna beror på hur mycket och på vilket sätt konsumtionen påverkas vid justeringen av högkostnads-skyddets beloppsgränser. Vid oförändrat patientbeteende blir intäkterna för vårdgivarna konstanta, med skillnaden att en något större del kommer via patientavgifter än genom statlig subvention.

Ungefär 70 procent av patienterna kommer inte att påverkas av förslaget om värdejusterade beloppsgränser och övriga kommer att påverkas marginellt, upp till 150 respektive 640 kronor. Därför förväntas inga beteendeeffekter som påverkar omsättningen eller lönsamheten på tandvårdsmarknaden.

Sammantaget förväntas inte efterfrågan på tandvård förändras varken på kort eller på lång sikt till följd av justeringen av beloppsgränserna.

En effekt som förslaget kan få för vårdgivarna är att det initialt kan kräva marginellt mer tid att informera och förklara för patienterna vad förändringen innebär. Förslaget bedöms påverka små och stora vårdgivare/företag i proportion till deras patientantal.

20.7 Åtgärder för att motverka felaktiga utbetalningar

De av utredningens förslag som syftar till att motverka felaktiga utbetalningar kan komma att innebära vissa ökade kostnader för berörda myndigheter och för vårdgivare. Om de felaktiga utbetalningarna kan minskas innebär det en minskad belastning på anslaget för tandvårdsförmåner och för vårdgivare en ökad konkurrens på lika villkor.

20.7.1 Uppföljning och rapportering av arbetet med att motverka felaktiga utbetalningar av tandvårdsstöd

Omfattningen av och orsakerna till de felaktiga utbetalningarna inom tandvårdsstödet ska enligt förslaget kontinuerligt följas upp och rapporteras till regeringen. Ett snarlikt uppföljningsarbete bedrivs redan i dag av Försäkringskassan men redovisningen och analysen hanteras i huvudsak internt. En regelbunden rapportering till regeringen, med krav på en statistiskt säkerställd bedömning av

de felaktiga utbetalningarna, skulle ställa något ändrade krav på urvalet och omfattningen av de slumpmässiga kontrollerna. Det skulle i så fall handla om en omfördelning av resurser, från riktade till slumpmässiga kontroller. Förslaget bedöms därmed inte medföra några ökade kostnader för Försäkringskassan. Utredningen föreslår att rapporteringen till regeringen inledningsvis görs vartannat år. Därefter bör regeringen överväga ett lämpligt intervall med ledning av resultatet.

20.7.2 Utökat samarbete och informationsutbyte

Tillämpningsområdet för lagen om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdsystemen utvidgas till att omfatta sådana ersättningar till vårdgivare som Försäkringskassan beslutar om enligt lagen om statligt tandvårdsstöd. Förslaget innebär att vissa myndigheter blir skyldiga att underrätta Försäkringskassan om det finns anledning att anta att tandvårdsstöd har beslutats eller betalats ut felaktigt eller med ett för högt belopp. Försäkringskassan har redan i dag en sådan skyldighet gentemot andra myndigheter i fråga om de övriga förmåner som myndigheten administrerar. Inga ökade kostnader för Försäkringskassan förväntas därför. Informationsskyldigheten kommer främst att påverka Skatteverket som blir skyldig att vid behov till Försäkringskassan lämna underlag som t.ex. legat till grund för beslut om eftertaxering. Eftersom det redan finns etablerade samarbetsformer mellan myndigheterna innebär förslaget således en liten ökad arbetsbörda jämfört med i dag och kan därmed hanteras inom befintligt förvaltningsanslag.

Förslaget innebär ett utökat uppgiftslämnande mellan Försäkringskassan och andra myndigheter. Detta innebär vissa konsekvenser för den enskildes personliga integritet. Att överlämna uppgifter om en enskild individ från en myndighet till en annan innebär, även om uppgifterna omfattas av sekretess även hos den mottagande myndigheter, att en större mängd information om den enskilde riskerar att samlas hos den mottagande myndigheten. Informationen kan också komma att läggas till grund för helt lagenliga åtgärder som har negativa konsekvenser för den enskilde. Information om ett känsligt förhållande kan vidare bli tillgängligt för ett större antal

tjänstemän. Ingreppet i den enskildes personliga integritet bedöms dock vägas upp av syftet med det utökade uppgiftslämnandet.

20.7.3 Kontroll före utbetalning vid misskötsamhet hos vårdgivaren

Konsekvenser för Försäkringskassan

I dag har Försäkringskassan endast möjlighet att avvakta med utbetalning då vårdgivaren inte har fullgjort sin skyldighet att lämna uppgifter om utförd tandvård, innehållet i ingångna avtal om abonnemangstandvård och uppgifter om patienternas tandhälsa. Förslaget innebär att Försäkringskassan också får möjlighet att avvakta med att betala ut ersättning fram tills dess att rätten till ersättning har utretts om en vårdgivare inte fullgör sin uppgiftsskyldighet vad gäller att inkomma med den dokumentation gällande undersökning eller behandling av patient som Försäkringskassan har begärt in. Försäkringskassan ska därmed kunna avvakta med en utbetalning om vårdgivaren inte kommer in med begärda handlingar för efterhandskontroll. Kontroll före utbetalning tillämpas redan i dag på detta sätt, men nu kommer det även att framgå av lagen. Den stora förändringen är att en kontroll före utbetalning får begränsas till att avse viss mottagning, viss behandlare eller viss åtgärd. På så vis kan kontrollen före utbetalning avgränsas till det specifika problemområdet, t.ex. en viss behandlare. Det blir därmed inte lika resurskrävande för Försäkringskassan att använda denna kontroll som i dag, då den endast kan begränsas till en viss mottagning eller åtgärd.

Utredningen bedömer att kontrollen kan användas oftare eftersom den blir mer träffsäker och kostnadseffektiv. Försäkringskassan borde klara detta genom en omprioritering av resurser inom befintlig ram. Förslaget kommer därför inte att leda till några ökade kostnader för Försäkringskassan. Däremot krävs en anpassning av Försäkringskassans IT-system. Kostnaden för en sådan anpassning har inte kunnat preciseras inom utredningens ram.

Konsekvenser för vårdgivarna/företagen

Förslaget kommer bara att påverka relativt få vårdgivare, i huvudsak de som ansvarar för behandlare eller mottagningar som inte fullgör sin uppgiftsskyldighet enligt lagen. Det skulle kunna leda till att marknaden rensas något och att seriösa företag ges en bättre konkurrenssituation.

20.7.4 En mer träffsäker förhandsprövning

Konsekvenser för Försäkringskassan

I dag använder Försäkringskassan nästan aldrig möjligheten att förhandspröva ärenden eftersom det är väldigt tids- och resurskrävande att först göra en förhandsprövning som sedan måste efterhandskontrolleras. Därför använder Försäkringskassan i dag sig av möjligheten att hålla inne ersättning när en vårdgivare missköter sina skyldigheter. Utredningens förslag innebär att det ska gå att begränsa förhandsprövningen så den endast avser viss behandlare hos vårdgivaren. Försäkringskassan kan idag avgränsa förhandsprövningen till viss mottagning eller viss åtgärd men med förslaget kommer myndigheten att kunna utföra ännu mer träffsäkra och avgränsade förhandsprövningar vilket kan leda till att det används i högre utsträckning än tidigare. Utredningens förslag borde dock inte innebära några kostnadsökningar för myndigheten om de utökade sanktionsmöjligheterna finansieras genom en omfördelning av befintliga resurser avsatta för tandvårdsstödet. Om arbetet ger effekt bör det på längre sikt innebära minskade kostnader för förhandsprövningar.

Även i detta fall krävs en anpassning av Försäkringskassans IT-system. Kostnaden för en sådan anpassning har inte kunnat preciseras inom utredningens ram.

Konsekvenser för vårdgivarna/företagen

Utredningen bedömer att relativt få vårdgivare kommer att drabbas av sanktionen. Utredningens förslag tar sikte på sådana vårdgivare som allvarligt åsidosätter bestämmelserna i lagen och förordningen om statligt tandvårdsstöd. Förslaget innebär inte att vårdgivaren ska nekas

ersättning, utan att det först ska kontrolleras om vården är ersättningsberättigande innan vården genomförs. Skulle vården inte vara ersättningsberättigande finns det heller ingen rätt till ersättning. Denna kontroll innebär att vården inte får utföras förrän Försäkringskassan har godkänt den. Vårdgivaren kan då komma att tappa patienter som inte vill vänta på besked från Försäkringskassan.

20.7.5 Utökade krav på vårdgivare för anslutning till det statliga tandvårdsstödet

Konsekvenser för Försäkringskassan

I dag arbetar uppskattningsvis två årsarbetare med anslutning och avanslutning av vårdgivare till Försäkringskassans tandvårdssystem. Arbetsuppgifterna består i att lägga in uppgifter om vårdgivare, kontakta vårdgivare vid behov för att komplettera ansökan, skicka behörigheter till olika system och administratörer, skicka beslut, kontrollera F-skatt mot listor från Skatteverket samt avansluta vårdgivare t.ex. på grund av att någon med enskild firma startat aktiebolag eller att F-skatt inte längre finns. Det finns ingen statistik på antalet nyanslutningar men det handlar om en handfull ansökningar varje vecka.

Förslaget om utökade krav för anslutning beräknas leda till visst ökat arbete för Försäkringskassan jämfört med dagens hantering. De nya arbetsuppgifterna handlar främst om vissa kontroller i olika register vilket motsvarar en beräknad kostnad om 0,25 miljoner kronor per år.

Förslaget kan komma att kräva vissa mindre ändringar i IT-systemet.

Konsekvenser för vårdgivarna/företagen

Utredningen föreslår att endast nya vårdgivare som vill ansluta till det statliga tandvårdsstödet ska vara för föremål för de utökade kraven. Kravet på anslutning till prisjämförelsetjänsten gäller dock alla, inom en övergångsperiod. Jämfört med de som ansluts i dag innebär det en viss utökad administration i samband med anslutning. Det gäller framför allt den redovisning av personer med ledande ställning i

bolaget, vilka eventuellt tidigare varit vårdgivare eller verksamma hos en vårdgivare som tidigare varit ansluten till det Försäkringskassans elektroniska system. Många av dessa personer finns redan i Försäkringskassans system. Förslaget innebär att kretsen av personer som Försäkringskassan ska inhämta uppgifter om utvidgas något. Det gäller framför allt vissa personer som, på annat sätt än genom en ledande ställning, har ett väsentligt inflytande över verksamheten.

20.7.6 Återkrav och kvittning av fordran m.m.

Förslaget innebär att samtliga beslut som Försäkringskassan fattar enligt lagen om statligt tandvårdsstöd blir verkställbara omedelbart. Detta kommer att innebära att kvittning kan ske omgående, innan beslutet vunnit laga kraft. Försäkringskassan tillämpar redan i dag kvittningsbestämmelsen på detta sätt och förslaget kommer därmed inte att innebära några ökade kostnader för någon aktör.

20.8 Vägar till en bättre mun- och tandhälsa och en mer hälsofrämjande tandvård

20.8.1 Förbättrat samarbete mellan tandvården och hälso- och sjukvården

Utredningen föreslår att ett arbete initieras med syfte att kartlägga samt ta fram förslag till mål och åtgärder för hur en bättre samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård kan åstadkommas för att lösa problem för patienter som finns i gränslandet mellan dessa. Socialstyrelsen ska leda detta arbete. Resursbehovet beräknas motsvara en kostnad på 0,5 miljoner kronor.

20.8.2 Munhälsa som en del i folkhälsoarbetet

Folkhälsomyndigheten ges i uppdrag att ta fram ett kunskapsunderlag om munhälsa och hur den kan förbättras som kan ligga till grund för insatser för att integrera arbetet med att främja munhälsan i ett bredare folkhälsoarbete. Resursbehovet beräknas uppgå till 0,5 miljoner kronor.

20.9 Samlade ekonomiska konsekvenser

Tabell 20.1 Sammanställning av beräknade ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag

	Patienterna	Vårdgivarna	Myndigheterna	Anslaget
Uppföljning och analys av tandvårdsstödet	-	-	4 mkr + 0,25 mkr/år	-
Uppgifter om barn och ungdomars tandhälsa	-	Behöver utredas	0,65 mkr	-
Förstärkt information				
Tydligare informationsuppdrag	-	-	2 mkr/år	-
Förstärkt kundtjänst	-	-	1 mkr/år	-
Tandvårdsportal	-	-	Behöver utredas	-
Stärkta patienter m.m.				
Nationell patientenkät			4 mkr/år	
Förstärkt prisjämförelsetjänst	Lägre tandvårdskostn.	Kostnad för anslutning till HSA	10 mkr + 0,85 mkr/år	Minskad belastning
Utredning om översyn av konsumentskydd för tandvård	-	-	2 mkr	-
Förändringar i stödet				
Analys av tandvårdsstödet	-	-	1 mkr/år	-
Dubbelt ATB för 65-74 år	+175 kr per år	-	-	+116 mkr
Värdesäkrat HKS	Något mindre ersättning	-	-	- 257 mkr
Värdesäkrat ATB	+ 25 resp 50 kr	-	-	+127 mkr
Åtgärder för att motverka felaktiga utbetalningar				
Rapportering till regeringen	-	-	-	-
Utökat informationsutbyte	-	-	-	-
Kontroll före utbetalning	-	-	-	Minskad belastning
Utökade krav för anslutning	-	Engångsvis ökad admin.	+ 0,25 mkr/år	-
Träffsäker förhandsprövning	-	-	-	-
Återkrav och kvittning	-	-	-	-
Förbättrad munhälsa				
Förbättrat samarbete mellan HoS och tandvård			+ 0,5 mkr	
Kunskapsunderlag om munhälsa			+ 0,5 mkr	
Totalt			18,65 mkr + 8,85 mkr/år	- 14 mkr

21 Författningskommentar

21.1 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

2 kap.

4 §

I den nuvarande lydelsen av första stycket anges att tandvårdsersättning lämnas med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader, i den mån dessa överstiger det belopp som har fastställts enligt 6 § 1.

I paragrafens *första stycke* har gjorts en ändring som innebär att det är det belopp som var fastställt när ersättningsperioden påbörjades som tandvårdsersättningen ska beräknas utifrån. Ändringen görs med anledning av att beloppsgränserna för ersättningsberättigande tandvård kommer att kopplas till prisbasbeloppet. Till följd av detta kommer beloppsgränserna att ändras vid årskiften då prisbasbeloppet fastställs. En del patienter kommer att befinna sig mitt i en ersättningsperiod när beloppsgränserna ändras. Genom tillägget i paragrafen klargörs att tandvårdsersättningen i det enskilda fallet ska beräknas utifrån de beloppsgränser som var fastställda när ersättningsperioden påbörjades.

Paragrafen behandlas i avsnitt 16.4.3.

3 kap.

1 §

Andra stycket är nytt och anger att vårdgivaren måste uppfylla ett ytterligare krav för att kunna få tandvårdsstöd. Det nya kravet innebär att vårdgivaren måste vara ansluten till en prisjämförelse-

tjänst för tandvård för att få ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system.

I *tredje stycket* återfinns det som tidigare fanns i andra stycket. Ett tillägg har gjorts som innebär att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, även får meddela föreskrifter om prisjämförelsetjänsten.

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.5.3.

4 kap.

6 §

I paragrafens *tredje stycke*, som är nytt, förtydligas att ett föreläggande om förhandsprövning inte behöver omfatta en vårdgivares samtliga patientbesök, utan att beslutet kan begränsas till att avse en viss mottagning, en viss behandlare eller en viss åtgärd.

Försäkringskassan kan i dag besluta att förhandsprövningen endast ska avse viss åtgärd eller viss mottagning, men det saknas tekniska lösningar för att låta beslutet avse patientbesök hos en viss behandlare. Förslaget innebär att Försäkringskassan måste förändra sitt IT-system så att detta blir möjligt. Genom att kunna begränsa förhandsprövningen till att avse viss behandlare blir sanktionen mer träffsäker, flexibel och mindre ingripande för vårdgivaren.

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.5.2.

8 §

I paragrafen har delar av andra stycket tagits bort och två nya stycken har införts.

I *tredje stycket* regleras Försäkringskassans möjlighet att hålla inne ersättning i väntan på att vårdgivaren fullgör sin uppgiftsskyldighet, som tidigare återfanns i andra stycket. Genom ändringarna framgår tydligare vad denna sanktion innebär, nämligen att vårdgivarens ersättningsbegäran utreds innan utbetalning kan ske. Enligt nuvarande bestämmelse får Försäkringskassan hålla inne utbetalning av ersättning i avvaktan på att vårdgivaren fullgör sin uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 3 §. Denna möjlighet har utvidgats så att Försäkringskassan även får använda sanktionen om vårdgivaren inte

har fullgjort sin uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 2 §. Detta innebär att sanktionen kan användas då en vårdgivare brister i sin skyldighet att inkomma med dokumentation som styrker att den tandvårdsåtgärd som vårdgivaren har begärt ersättning för är utförd.

I *fjärde stycket* anges att den kontroll som ska göras före utbetalningen får begränsas till att avse en viss mottagning, en viss behandlare eller en viss åtgärd. I Försäkringskassans IT-system är det redan i dag möjligt att begränsa sanktionen till att avse viss mottagning eller viss åtgärd men inte viss behandlare. Ändringen i paragrafen förutsätter därför att det görs ändringar i IT-systemet så att detta blir möjligt. Försäkringskassan får därigenom en bättre möjlighet att använda sanktionen på det aktuella problemområdet, vilket ibland kan vara hos en viss behandlare. Sanktionen blir därmed mer träffsäker, flexibel och mindre ingripande för vårdgivaren.

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.5.1.

9 §

Paragrafen har fått ett nytt *tredje stycke* som reglerar när Försäkringskassans beslut enligt lagen börjar gälla och kan verkställas. Paragrafen innebär ingen ändring i rättstillämpningen, då beslut redan nu verkställs innan de vunnit laga kraft.

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.6.

21.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:206) om underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen

1 §

Paragrafen har fått ett nytt *andra stycke*. Genom det nya stycket utvidgas lagens tillämpningsområde till att även omfatta ersättningar som betalas ut till vårdgivare enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Därmed omfattas tandvårdsersättning, allmänt tandvårdsbidrag och särskilt tandvårdsbidrag av lagens tillämpningsområde.

Den nuvarande lydelsen omfattar endast ersättningar för personligt ändamål, vilket innebär sådana förmåner som betalas ut för enskilda individers privata bruk. Tandvårdsstödet faller därmed utanför lagens tillämpningsområde då det betalas ut till vårdgivaren. Det är dock patienten som har rätt till förmånen, vilket gör att tandvårdsstödet borde behandlas som övriga förmåner inom socialförsäkringen.

Om det finns anledning att anta att en ekonomisk förmån har beslutats eller betalats ut felaktigt eller med ett för högt belopp, ska underrättelse om detta lämnas till den myndighet eller organisation som har fattat beslutet enligt 3 §. Underrättelseskyldigheten gäller enligt 2 § för ett antal myndigheter, exempelvis Skatteverket. Ändringen i 1 § innebär att Försäkringskassan ska få en underrättelse från bl.a. Skatteverket, om verket upptäcker något i sin verksamhet som tyder på att tandvårdsstöd kan ha utgått felaktigt. Försäkringskassan kan då även få ta del av beslutet om eftertaxering avseende en viss vårdgivare, samt det underlag som ligger till grund för beslutet, om dessa handlingar ligger till grund för myndighetens misstanke om att felaktig ersättning utgått.

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.4.

21.3 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

4 §

I paragrafens *första stycke* görs en ändring av det allmänna tandvårdsbidragets belopp. Detta höjs till 175 kronor.

Enligt det nuvarande *andra stycket* i paragrafen ska ett högre bidrag lämnas till patienter som fyller lägst 20 år och högst 29 år eller lägst 75 år under det år som tandvårdsbidraget tidigast kan lämnas. Ändringarna i andra stycket innebär en utvidgning av den grupp patienter som kan få bidrag så att även patienter mellan 65 och 74 år kommer att ha rätt till ett högre allmänt tandvårdsbidrag. Ändringarna i andra stycket innebär även att detta belopp höjs, från 300 kronor till 350 kronor.

Höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget har gjorts för att beloppen ska återställas till de reala nivåer som gällde vid tandvårdsreformens införande. Beloppen har fastställts utifrån de förändringar i prisbasbeloppet som skett sedan 2008. För att beloppen ska värdesäkras bör regeringen även fortsättningsvis följa förändringarna i prisbasbeloppet och anpassa det allmänna tandvårdsbidraget efter detta. Eftersom det allmänna tandvårdsbidraget är relativt lågt, är det rimligt att beloppet avrundas till närmaste 25-tal kronor. Om beloppet en gång har höjts med 25 kronor bör det inte justeras ned därefter, även om prisbasbeloppet skulle motivera en minskning. För att behålla relationen mellan det lägre och högre allmänna tandvårdsbidraget bör endast det lägre beloppet kopplas till prisbasbeloppet. Det förhöjda allmänna tandvårdsbidraget ska sedan vara dubbelt så högt som det lägre allmänna tandvårdsbidraget.

Paragrafen behandlas under avsnitt 16.4.3.

5 §

Paragrafen har ändrats och ett nytt första och andra stycke har införts. I paragrafens tredje stycke återfinns det som tidigare stod i första stycket punkt 2.

Paragrafens *första och andra stycke* reglerar beloppsgränserna för högkostnadsskyddet, vilket innebär att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket inte längre ska besluta om detta. Beloppsgränserna ska i stället följa utvecklingen av prisbasbeloppet. Genom att följa utvecklingen av prisbasbeloppet sedan tandvårdsreformen genomfördes 2008 återställs nivån på beloppsgränserna till den reala nivå som gällde vid reformens införande.

Den lägre beloppsgränsen som tidigare var 3 000 kronor fastställs till 0,0732 procent av prisbasbeloppet. Den högre beloppsgränsen som tidigare var 15 000 kronor fastställs till 0,366 procent av prisbasbeloppet. Att koppla beloppsgränserna till prisbasbeloppet innebär att beloppsgränserna värdesäkras över tid. Avrundning ska ske till närmaste hundratal kronor.

Bemyndigandet för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket återfinns nu i *tredje stycket*, och myndigheten får nu enbart besluta

om med vilken andel av patientens sammanlagda kostnader, överstigande beloppsgränserna, som tandvårdsersättning ska lämnas.

Paragrafen behandlas i avsnitt 16.4.3.

18 §

Paragrafen innehåller ändringar i andra stycket samt ett nytt tredje och fjärde stycke.

Ändringarna i *andra stycket* innebär att det ställs fler krav på en vårdgivare för att denne ska få ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system för tandvårdsstöd, och därmed även för att få ta del av det statliga tandvårdsstödet. Punkt 1 och 2 motsvarar paragrafens nuvarande andra stycke. Endast innehållet i punkt 3 är nytt och där anges ett krav om att vårdgivaren måste vara ansluten till prisjämförelsetjänsten för att få ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system, vilket framgår av 3 kap. 1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Även vårdgivare som redan är anslutna till Försäkringskassans elektroniska system, ska uppfylla detta krav. När kravet senast ska vara uppfyllt framgår av övergångsbestämmelserna.

I *tredje stycket*, som är nytt, ställs även ett krav på att vårdgivaren ska lämna uppgift om de personer som, genom en ledande ställning eller på annat sätt, har ett väsentligt inflytande över verksamheten. Kravet innebär att kretsen av personer som Försäkringskassan ska inhämta uppgifter om utvidgas något. Försäkringskassan inhämtar redan i dag uppgifter om vilka som är ansvariga och kan agera i företagets namn. Genom att utvidga kretsen kan Försäkringskassan lättare upptäcka personer som tidigare har misskött sig, men som nu anslutit sig med ett annat bolag och satt en annan person som ansvarig för verksamheten.

En *ledande ställning* har bl.a. verkställande direktör, styrelseledamot, den som är odontologisk ansvarig eller på annat sätt har ansvaret för verksamheten. Även en person som har en generalfullmakt att sköta bolaget ska anses ha en ledande ställning.

Personer som *på annat sätt har ett väsentligt inflytande över verksamheten* kan t.ex. vara en ägare som inte sitter med i styrelsen. Hos ett mindre bolag med endast ett fåtal anställda torde samtliga inom bolaget ha ett väsentligt inflytande över verksamheten, även

anställda behandlare. Hos stora vårdgivare torde det däremot vara mer ovanligt att en anställd behandlare har ett väsentligt inflytande över verksamheten.

Vårdgivaren ska även uppge om någon av de personer som har ett väsentligt inflytande över verksamheten tidigare har varit vårdgivare eller verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassans elektroniska system. Syftet med denna bestämmelse är att Försäkringskassan ska kunna upptäcka vårdgivare som kan komma att missköta sig och i vissa fall ska Försäkringskassan kunna neka en vårdgivare anslutning enligt 18 a §. Kravet ska endast gälla nya vårdgivare som vill ansluta sig till Försäkringskassans elektroniska system.

I *fjärde stycket* anges att vårdgivaren, genom ansökan, godkänner att uppgifter om mottagningarnas priser på utförda tandvårdsåtgärder publiceras på prisjämförelsetjänsten. Därigenom införs ett krav för vårdgivaren att öppet redovisa sina prisuppgifter för att få ansluta sig till prisjämförelsetjänsten. De priser som ska publiceras baseras på de uppgifter som vårdgivaren lämnar till Försäkringskassan enligt 15 §. Försäkringskassan ska utifrån dessa göra beräkningar av mottagningarnas genomsnitts- eller medianpriser på åtgärdsnivå enligt 18 c §.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.3.4 och 18.5.3.

18 a §

Paragrafen, som är ny, reglerar Försäkringskassans möjligheter att neka en vårdgivare anslutning till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd.

Genom *första stycket* förtydligas det som redan nu gäller, att Försäkringskassan får neka en vårdgivare anslutning om kraven i 18 § andra stycket inte är uppfyllda.

Genom *andra stycket* ges Försäkringskassan en möjlighet att neka en vårdgivare anslutning i vissa andra fall.

En första förutsättning är att det enligt 18 § finns en person med väsentligt inflytande hos vårdgivaren, som tidigare själv har varit vårdgivare, eller varit verksam hos en vårdgivare som varit ansluten till Försäkringskassans elektroniska system. Försäkringskassan kan då neka vårdgivaren anslutning om den tidigare vård-

givaren, vid upprepade tillfällen, åsidosatt bestämmelserna i lagen (2008:145) om statligt tandvårdstöd eller i föreskrifter som meddelats med stöd av lagen om vårdgivarens skyldigheter eller förutsättningar för ersättning. Det handlar därmed om vårdgivare som allvarligt misskött administrationen i verksamheten och t.ex. inte fullgjort sin uppgiftsskyldighet till Försäkringskassan. Vårdgivaren kan också ha åsidosatt sina skyldigheter gentemot patienterna, t.ex. vad gäller att lämna prislister och undersökningsprotokoll. Avanslutning kan även ske om en tidigare vårdgivare upprepade gånger har begärt ersättning i strid mot bestämmelserna om under vilka förutsättningar tandvårdstöd kan utgå.

Förslaget innebär att Försäkringskassan *får* neka en vårdgivare anslutning till det elektroniska systemet, vilket innebär att Försäkringskassan får ett stort utrymme att göra egna bedömningar. Försäkringskassan måste dock kunna visa att det finns skäl att neka anslutning i varje enskilt fall.

Paragrafen behandlas i avsnitt 17.5.3.

18 b §

Paragrafen, som är ny, reglerar myndighetsansvaret vad gäller prisjämförelsetjänsten.

I *första stycket* anges att det är Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket som ansvarar för att det finns en prisjämförelsetjänst samt vad syftet med denna prisjämförelsetjänst är. Den ska möjliggöra jämförelser mellan vårdgivare, dels av pris på tandvårdsåtgärder, dels av patientbedömd kvalitet.

I *andra stycket* bemyndigas Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket att utfärda närmare föreskrifter om prisjämförelsetjänsten.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.3.4.

18 c §

Paragrafen, som är ny, föreskriver en uppgiftsskyldighet för vissa myndigheter gentemot prisjämförelsetjänsten.

I *första stycket* anges att Försäkringskassan ska beräkna och lämna uppgifter om vårdgivarnas priser för utförda tandvårdsåtgärder

avseende varje mottagning till prisjämförelsetjänsten. Detta innebär att prisjämförelsetjänsten kommer att innehålla prisuppgifter som baseras på faktiska, inrapporterade priser. De kan därmed skilja sig från de priser som vårdgivarna själva uppger sig ha.

I *andra stycket* anges att Socialstyrelsen ska lämna uppgift om patientbedömd kvalitet avseende vårdgivarnas mottagningar. Det som avses är resultatet av de nationella patientenkäter som Socialstyrelsen regelbundet ska genomföra i tandvården.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.3.4.

19 §

En följdändring har gjorts i paragrafens *första stycke, tredje punkten*, med anledning av de nya krav som anges i 18 §.

21.4 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

1 a §

Paragrafens första stycke, fjärde strecksatsen, har ändrats på grund av att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket inte längre ska besluta om beloppsgränser avseende skyddet mot höga kostnader.

2 §

I paragrafens *första stycke*, har införts en ny andra strecksats.

Denna ändring innebär att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, utöver att följa och analysera utvecklingen på tandvårdsområdet, även ska följa och analysera nyttjandet och fördelningen av tandvårdsstödet. Detta sker lämpligtvis genom en årlig fördelnings- och träffsäkerhetsanalys för tandvårdsstödet.

Utgångspunkten för analyserna bör vara tandvårdsstödet syften när det gäller ”stora behov” och ”rimlig kostnad”. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska därmed följa och analysera vilka som nyttjar de olika delarna av tandvårdsstödet och vilken tandvård som

utförs inom stödets ram m.m. Analysen bör även innehålla känslighetsanalyser.

Paragrafen behandlas i avsnitt 16.3.

21.5 Förslaget till förordning om ändring i förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan

2 a §

Paragrafen, som är ny, tydliggör att det är Försäkringskassan som ansvarar för att ge både patienter och allmänhet information om det statliga tandvårdsstödet. Informationsuppdraget utvidgas även till att avse andra tandvårdsfrågor.

Informationsansvaret omfattar särskilt det statliga tandvårdsstödet, men Försäkringskassan ska även lämna grundläggande information om andra typer av tandvårdsstöd, svara på allmänna tandvårdsfrågor och hänvisa vidare till lämplig instans.

I informationsansvaret ingår också att verka för att fler besöker tandvården vilket även innebär att fler får möjlighet att ta del av det statliga tandvårdsstödet.

Paragrafen behandlas i avsnitt 15.3.1.

Referenser

- Andås C, och Hakeberg, M (2014) *Who chooses prepaid dental care? A baseline report of a prospective observational study*. BMC Oral Health. 2014, 14:146.
- Cehis/Inera (2012) *Slutrapport Projekt Jämförelsetjänst tandvård*. [2012-01-13].
- Departementsserie (2008:55) *Bör konsumenttjänstlagen utvidgas? En diskussionspromemoria*.
- Ekbäck, G. (2009) *Tandvård och tandhälsa - En enkätstudie av 30- och 40-åringar i Örebro län 2008*. Örebro läns landsting.
- Folkhälsomyndigheten (2015) *Nationella folkhälsoenkäten – Hälsa på lika villkor*.
- Försäkringskassan (2008): *Slutrapport avseende införandet av ett nytt tandvårdsstöd*. Svar på regeringsuppdrag, dnr 59300-2007.
- Försäkringskassan (2009) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009 samt analys av patientkostnaden i det gamla respektive nya tandvårdsstödet*.
- Försäkringskassan (2009) *Samverkan gällande det statliga tandvårdsstödet*.
- Försäkringskassan (2011) *Analys av kvaliteten i inrapporteringen till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet*. Socialförsäkringsrapport 2011:2.
- Försäkringskassan (2011) *Nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet som infördes 1 juli 2008*. Socialförsäkringsrapport 2011:9.
- Försäkringskassan (2011) *Processen för att genomföra efterhandskontroll inom det statliga tandvårdsstödet*, Produktionsprocess 2011:04, version 1. Beslutad 2011-10-28.

- Försäkringskassan (2011) *Undersökning av i vilken utsträckning information om det statliga tandvårdsstödet nått befolkningen*. Socialförsäkringsrapport 2011:10.
- Försäkringskassan (2011) *Överlämnande av uppgifter i tandvårdsärenden mellan Försäkringskassan och Inspektionen för vård och omsorg*. Riktlinje 2011:2.
- Försäkringskassan (2012) *Det statliga tandvårdsstödet – en lägesrapport*
- Försäkringskassan (2012) *När tänderna får vänta*. Socialförsäkringsrapport 2012:10.
- Försäkringskassan (2014) *Försäkringskassans årsredovisning 2013*.
- Försäkringskassan (2014) *Strategi för Statligt tandvårdsstöd*, dnr. 051723-2014.
- Försäkringskassan (2014) *Strategisk inriktning för arbetet med det statliga tandvårdsstödet 2014–2017*.
- Försäkringskassan (2015) *Anslagsbelastning och prognos för anslag inom Försäkringskassans ansvarsområde budgetåren 2015–2019*. [2015-07-10].
- Försäkringskassan (2015) *Budgetunderlag 2016–2018, del 2*. [2015-02-20].
- Försäkringskassan (2015) *Efterhandskontroller inom tandvården*. Svar på regeringsuppdrag.
- Försäkringskassan (2015) *Försäkringskassans årsredovisning 2014*.
- Försäkringskassan (2015) *Inriktning för efterhandskontroller 2015–2017*.
- Försäkringskassan (2015) *Rapport - kontroller inom statligt tandvårdsstöd 2014*, dnr 030815-2015.
- Försäkringskassan (2015) *Statligt tandvårdsstöd*, Vägledning 2008:2, version 8. Beslutad 2015-02-17.
- Försäkringskassan, Socialstyrelsen och TLV (2012) *Journalföring inom tandvården*.
- Grant Thornton (2014) *Den privata vård- och omsorgsmarknaden ur ett finansiellt perspektiv*.
- Grönkvist, E. (2012). *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse*. Working Papers in Social Insurance 2012:1, Stockholm: Försäkringskassan.

- Grönqvist, E. Hål i plånboken: *Hur kan man försäkra sig mot höga tandvårdskostnader?* Ekonomisk debatt nr 3 2006, årgång 34.
- Guarnizo-Herreno m.fl. *Oral health and welfare state regimes: a cross-national analysis of European countries*. European Journal of Oral Sciences 2013; 121: 169–75.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2011) *Kontroller av tandvårdsstödet*. Rapport 2011:8.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2013) *Försäkringskassans efterhandskontroller av tandvårdsstödet*. Rapport 2013:5.
- Inspektionen för socialförsäkringen (2014) *Utvecklingen av socialförsäkringsförmåner sedan 1990-talet*. Rapport 2014:4.
- Inspektionen för vård och omsorg (2013) *Promemoria om hanteringen av klagomål enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), Dnr 104-38489/2013*.
- Inspektionen för vård och omsorg (2013) *Tillsynen av tandvården - en sammanställning av resultat och iakttagelser i tillsynen*.
- Konkurrensverket (2013) *Ökad konkurrens för bättre tandhälsa*. Rapport 2013:10.
- Konsumentverket (2010) *Konsumenters information om och val av leverantör på sex omreglerade marknader*. Rapport 2010:25.
- Leisnert L. (2014) *Self-directed learning, teamwork, holistic view and oral health*. Swedish Dental Journal, Supplement 235, 2014.
- Lindström, P. (2011) *Kost och tandhälsa på 2000-talet*. Perspektiv, nr 1, 2011.
- Läkemedelsverket (2011) *Tandtekniska arbeten – en vägledning till reglerna om medicintekniska produkter*. [2011-11-06].
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd*.
- Nordström B, Ekman K. (2009) EpiWux 2008. *Vuxnas mun- och tandhälsa i Dalarna*. Landstinget Dalarna.
- Proposition (2007/08:49) *Statligt tandvårdsstöd*.
- Proposition (2011/12:7) *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar*.
- Regeringsbeslut 2008-12-11 *Uppdrag att samordna ett utvärderingsprogram för tandvårdsstödet*.

- Regeringsbeslut 2008-12-19 *Uppdrag angående tandvårdsdata för uppföljning av tandvårdsstödet och för att analysera regelverkets effekter.*
- Regeringsbeslut 2013-06-19, *Uppdrag att ta fram en nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet samt åtkomst till tandvårdsstatistik från Statistiska Centralbyrån.*
- Regeringsbeslut 2015-05-21, *Uppdrag att säkerställa tillgång till en prisjämförelsetjänst för tandvård.*
- Riksrevisionen (2012) *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?* Rapport 2012:12.
- Riksrevisionen (2011) *Vad blev det av de misstänkta bidragsbrotten.* Rapport 2011:20.
- Sjukvårdsrådgivningen SVR AB (2010) *Förstudierapport Prisjämförelse tandvård.* [2010-03-05].
- Sjödin L. (2015) *Den vuxna befolkningens tandvårdskonsumtion och tandhälsa m.m.* Underlagsrapport till utredningen (SOU 2015:76) om ett förbättrat tandvårdsstöd.
- Skatteverket (2015) *Privatpraktiserande tandläkare – kartläggning inom insats oredovisade inkomster.* 2015-03-23.
- Socialstyrelsen (2008) *Framtida statistikredovisning om barns och ungdomars tandhälsa – Förslag om att använda tandhälsoregistret som datakälla.*
- Socialstyrelsen (2009) *Innehåll och kvalitet i tandhälsoregistret.*
- Socialstyrelsen (2009) *Tandvård och tandhälsa.*
- Socialstyrelsen (2010) *Befolkningens tandhälsa.*
- Socialstyrelsen (2010) *Övergripande nationella indikatorer för God tandvård.*
- Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård. Indikatorer och underlag för bedömningar.*
- Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering tandvård. Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.*
- Socialstyrelsen (2013) *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga.*

- Socialstyrelsen (2014) *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2014.*
- Socialstyrelsen (2015) *Karies hos barn och ungdomar.*
- Socialstyrelsen (2015) *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten.*
- SOU (2006:27) *Stöd till hälsobefrämjande tandvård.*
- SOU (2007:19) *Friskare tänder - till rimliga kostnader.*
- SOU (2008:74) *Rätt och riktigt - Åtgärder mot felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen.*
- SOU (2010:29) *En ny förvaltningslag.*
- State Government of Victoria (2013) *Action plan for oral health promotion 2013–2017.*
- Statskontoret (2009) *Införandet av ett nytt tandvårdsstöd. Granskning av Försäkringskassans genomförande av tandvårdsstödet. Delrapport: Status i februari 2009. Dnr 2005/298-5. [2009-02-26].*
- Svenska Dagbladet *Drycker fräter på ungas tänder.* [2015-05-24].
- Sveriges Kommuner och Landsting (2015) *Återrapportering avseende erhållet bidrag för prisjämförelsetjänst för tandvård 2014. Dnr S2015/02483.*
- tandhälsa m.m.* Underlagsrapport till utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd.
- Tandläkartidningen *Effekterna av abonnemangstandvård på patientens hälsa och ekonomi,* nr 6 2015.
- Tandläkartidningen *Erosioner vanliga hos unga – bedömningsindex saknas,* nr 6 2015.
- Tandläkartidningen *Regelbundna tandläkarbesök ger bättre tandhälsa,* nr 3 2015.
- Tandläkartidningen *Ta in tandvården i hälso- och sjukvårdslagen,* nr 6 2014.
- Tillväxtverket (2009) *Näringslivets administrativa kostnader för hälso- och sjukvårdsområdet. Uppdatering 2008. Rapport 0016.*
- TLV (2012) *Uppdrag avseende förtydligande av TLV:s roll inom tandvårdsområdet.*
- TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet.*

TLV (2014) *Strategisk inriktning för arbetet med det statliga tandvårdsstödet 2014–2017.*

TLV (2014) *Utveckla Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets roll inom tandvårdsområdet.*

TLV (2015) *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriserna.*

Kommittédirektiv 2014:28

2008 års tandvårdsreform

Beslut vid regeringssammanträde den 27 februari 2014

Sammanfattning

En särskild utredare ska genomföra en samlad utvärdering av 2008 års tandvårdsreform. Utredaren ska bland annat

- analysera hur den befintliga organisationen och det befintliga systemet för tandvårdssubvention för vuxna kan förbättras för att effektivare bidra till att uppnå målen med tandvårdsstödet samtidigt som god kostnadskontroll säkerställs,
- analysera besöksfrekvensen i olika grupper,
- föreslå vilken eller vilka aktörer som bör ha det övergripande ansvaret för information om det statliga tandvårdsstödet,
- lämna de författningsförslag som bedöms nödvändiga.

Uppdraget ska redovisas senast den 31 augusti 2015.

Bakgrund till och utformning av 2008 års tandvårdsreform

Den allmänna tandvårdsförsäkringen har en nära 40-årig historia. Redan 1974 infördes en generell tandvårdsförsäkring. Syftet med försäkringen var att göra tandvården ekonomiskt tillgänglig för alla medborgare. Vid denna tid hade många behov av omfattande tandvård. Försäkringen omfattade alla typer av behandlingar och den statliga ersättningen omfattade alla åtgärder. Arvodet för

åtgärderna reglerades i en statlig tandvårdstaxa och patienten fick betala 50 procent av den sammanlagda kostnaden, upp till 1 000 kronor. Tandvårdstaxans belopp var ett maximibelopp vilket innebar att patientavgiften inte fick vara högre men väl lägre.

Samtidigt som tandvårdsförsäkringen infördes fick också landstingen ansvar för barn- och ungdomstandvården och specialist-tandvården. Utbyggnaden av barn- och ungdomstandvården och en särskild satsning på förebyggande tandvård ledde till att tandhälsan i Sverige förbättrades väsentligt.

Så småningom ansågs 1974 års tandvårdsförsäkring alltför kostsam och försäkringen utreddes. En drivande faktor i kostnadsutvecklingen av reformen var att ersättningen till tandläkarna var baserad på prestation och tandläkarna hade därför incitament att producera mycket tandvård. År 1987 ändrades tandvårdsförsäkringen. Bland annat frikopplades den statliga ersättningen från vårdgivarnas avgifter för behandling. Man minskade även antalet tandvårdsåtgärder i tandvårdstaxan och särskilda belopps-taxor infördes för både tandläkare och tandhygienister. Fram till 1996 genomfördes ett antal höjningar av patientavgiftsnivåerna främst med anledning av besparingar i statsbudgeten.

År 1997 tillsattes en utredning med syfte att utforma en mer preventiv och hälsoinriktad tandvårdsförsäkring. Samtidigt utformades ett förslag om ekonomiskt stöd till vuxna som behövde särskild tandvård till följd av sjukdom eller funktionshinder. Genom en mer preventiv inriktning på tandvården förutsatte man från regeringens sida att man på sikt skulle kunna minska tandvårds-kostnaderna för såväl patienten som samhället.

År 1999 strukturerades ersättningssystemet för vuxentandvården om. Tandvårdsförsäkringen skulle i det nya systemet inriktas på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den vardagliga hälsofrämjande tandvården, så kallad bastandvård. Dessutom infördes ett generellt högkostnadsskydd för mer omfattande och kostnadskrävande protetiska behandlingar och för tandreglering. Ersättningen till patienterna motsvarade 30 procent av priset. Samtidigt infördes fri prissättning och en möjlighet för tandläkarna att etablera sig fritt i Sverige, vilket inte hade varit möjligt tidigare.

År 2002 infördes ett utökat högkostnadsskydd för personer som var 65 år och äldre. Det innebar att personer som hade kostnader för protetiska åtgärder som översteg 7 700 kronor fick

ersättning för hela den överskjutande delen exklusive vissa materialkostnader och vissa implantatbehandlingar. Denna reform visade sig bli mycket kostsam.

Efter beslut av den dåvarande regeringen tillsattes 2005 en utredning som hade till uppgift att presentera förslag till ett nytt tandvårdsstöd för vuxna. Utredningen överlämnade två delbetänkanden. Det första innehöll bland annat ett principförslag om grundstöd för tandvård och det andra författningsförslag för genomförandet av grundstödet och ett principförslag om skydd mot höga kostnader. År 2006 beslutade regeringen att ge utredningen tilläggsdirektiv, vilket innebar att utredningen skulle lämna förslag om skydd mot höga kostnader och en tandvårdscheck. I mars 2007 överlämnade utredningen sitt slutbetänkande *Friskare tänder – till rimliga kostnader* (SOU 2007:19). Betänkandet innehöll förslag om grundläggande regler om ersättningsberättigad tandvård, referenspriser, en tandvårdscheck som i första hand var avsedd för undersökningar och förebyggande åtgärder, ett skydd mot höga kostnader, administration av det nya tandvårdsstödet samt åtgärder för att stärka patientens ställning och förbättra konkurrensen på tandvårdsområdet m.m. Propositionen Statligt tandvårdsstöd (prop. 2007/08:49) överlämnades till riksdagen 2007 och lagförslagen trädde i kraft den 1 juli 2008.

Tandvårdslagen (1985:125) anger att det övergripande målet för tandvården ska vara en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen. Syftet med 2008 års tandvårdsreform är att bidra till det övergripande målet om en god tandhälsa i hela befolkningen genom att utvidga det förebyggande arbetet och ge dem med stora tandvårdsbehov en möjlighet att få tandvårdsbehandling till en rimlig kostnad. För att nå målen infördes ett allmänt tandvårdsbidrag (ATB) för att uppmuntra den förebyggande tandvården samt ett skydd mot höga kostnader. Stödet lämnas till vårdgivare för utförd tandvård.

Det första målet med tandvårdsstödet, att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov, är på sikt det viktigaste då förebyggande tandvård gör att det framtida vårdbehovet minskar vilket ger det bästa skyddet mot höga kostnader framöver. Det första målet nås främst genom det ekonomiska stödet till förebyggande insatser.

Det allmänna tandvårdsbidragets storlek bestäms av patientens ålder och är:

- 300 kr/år för personer 20–29 år.
- 150 kr/år för personer 30–74 år.
- 300 kr/år från och med det år man fyller 75 år.

Det allmänna tandvårdsbidraget kan användas som delbetalning vid ett tandvårdsbesök hos valfri tandläkare eller tandhygienist, eller som delbetalning vid s.k. abonnemangstandvård. Det går att spara bidraget från ett år till ett annat och använda två bidrag under ett år, samtidigt eller vid två olika tillfällen. Totalt beräknades kostnaderna för det allmänna tandvårdsbidraget uppgå till ca en miljard kronor under 2013.

Det andra målet, att personer med stora tandvårdsbehov ges möjlighet till behandling till en rimlig kostnad, är viktigast för de individer som drabbats av dålig tandhälsa och som har stora behov av tandvård. Målet nås genom skyddet mot höga kostnader vilket minskar de ekonomiska hindren för patienter att konsumera den tandvård de behöver för att uppnå en god tandhälsa. Högkostnads-skyddet innebär att patienten vid omfattande behandlingar inte behöver betala hela kostnaden själv:

- Patienten får ersättning med 50 procent av kostnaderna mellan 3 000 och 15 000 kronor.
- Patienten får ersättning med 85 procent av den del av kostnaderna som överstiger 15 000.
- Beräkningen sker med utgångspunkt från ett referenspris, eller från vårdgivarens pris om det är lägre än referenspriset.

Grundtanken med skyddet mot höga kostnader är att patienten alltid betalar en viss andel av kostnaden, men för dem som drabbas av höga kostnader ges en relativt stor subvention. Att patienten alltid betalar en viss andel av kostnaden är viktigt för att undvika överkonsumtion av tandvård. Ett överutnyttjande av tandvårdsstödet skulle på sikt kunna undergräva möjligheten att finansiera det statliga tandvårdsstödet.

Referenspriser

I regeringens proposition 2007/08:49 övervägdes olika typer av utformning av systemet och då även alternativet att regeringen själv skulle besluta om referenspriser, högkostnadsskyddets beloppsgränser samt ersättningsandel. I propositionen gjorde regeringen bedömningen att dessa beslut lämpligast fattas av en myndighet då dessa i stor utsträckning bygger på odontologiska, medicinska och hälsoekonomiska bedömningar och att politiska aspekter har en underordnad betydelse för dessa beslut. I och med att lagen om statligt tandvårdsstöd (2008:145) trädde i kraft inrättades en ny myndighet, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV).

I lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ges en allmän definition av vilken tandvård som regeringen anser så prioriterad att den ska kunna berättiga till statligt tandvårdsstöd. TLV beslutar sedan om vilka åtgärder som är ersättningsberättigade. För varje sådan åtgärd bestäms ett referenspris. Referenspriserna utgör grunden för beräkning av tandvårdsersättning och fungerar som jämförelsepriser för patienten. TLV beslutar även om karensbelopp och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader. Fri pris-sättning gäller för vårdgivarna, men för att beräkna storleken på högkostnadsskyddet används referensprislistan över ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder.

Referenspriserna ska inte fastställas som ett genomsnitt av vårdgivarnas priser utan baseras på en beräkning som tar hänsyn till faktorer som tidsåtgång, materialåtgång och normala overhead-kostnader. Referenspriserna ska således spegla de normala kostnaderna för en utförd behandling.

Referenspriserna ses över regelbundet av TLV och justeras vid behov för att undvika att referenspriserna urholkas. Som en konsekvens av förändrade referenspriser kan högkostnadsskyddets beloppsgränser behöva justeras. Enligt myndighetens instruktion ska TLV utforma sina beslut så att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ramen för anvisade medel på statsbudgeten. Om utgifterna bedöms överstiga anvisade medel, ska myndigheten vid behov snarast besluta om ändringar så att utgifterna ryms inom ramen.

Besöksfrekvens

Riksrevisionen har genomfört en granskning av tandvårdsreformens måluppfyllelse, *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?* (RIR 2012:12). Riksrevisionen pekar i sin granskning på att särskilt unga personer, personer med låg inkomst och personer med dålig tandhälsa har dålig kännedom om det allmänna tandvårdsbidraget. Samtidigt konstaterar Riksrevisionen att högkostnadsskyddet ger skydd vid höga kostnader för tandvård, men att det inte når alla med stora tandvårdsbehov.

Socialstyrelsens rapport *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård* visar att 71 procent av den vuxna befolkningen anser sig ha god tandhälsa. Bland personer födda utanför Europa uppgav 2012 endast 48 procent att de hade god eller ganska god tandhälsa. Detta är dock en förbättring jämfört med 2009 då 35 procent i den utomeuropeiska gruppen uppgav att de hade god tandhälsa. Inom grupperna låginkomstagare, lågutbildade och arbetssökande har de arbetssökande sämst självskattad tandhälsa. I denna grupp uppgav 45 procent att de hade en god tandhälsa. Detta kan jämföras med de förvärvsarbetande där 75 procent uppger att de har god tandhälsa. Jämfört med 2009 års undersökning har dock den självupplevda orala hälsan förbättrats i de socioekonomiskt utsatta grupperna.

År 2012 genomförde Försäkringskassan studien *När tänderna får vänta*. Studien behandlade de som inte hade haft kontakt med tandvården under tre år. Studien visar att unga, lågutbildade, låginkomstagare, utlandsfödda och individer som bor i glesbygdskommuner inte besöker tandvården lika ofta som den övriga befolkningen gör det.

Socialstyrelsens rapport *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård* visar att under tvåårsperioden 2010–2011 besökte 64 procent av den vuxna befolkningen tandvården för undersökning. Under treårsperioden 2009–2011 var andelen 71 procent. Under perioden 2010–2011 besökte kvinnorna tandvården oftare än män utom i gruppen 80 år och äldre. Lägst frekvens hade män i åldergruppen 20–29 år, där besöksfrekvensen var 53 procent jämfört med 61 procent bland kvinnor. Flest regelbundna besök uppvisar gruppen 50–59 respektive 60–69 år. Bland annat finner Socialstyrelsen att i gruppen 50–59 år besökte 74 procent av kvinnorna tandvården för

undersökning. För personer från och med 80 års ålder går besöksfrekvensen markant ner. I rapporten *Skör och äldre – vad händer med tänder* (Rapport 4:2013) sammanställd av FoU i Väst, Göteborgsregionens kommunalförbund, konstateras bland annat att för många i gruppen äldre som flyttar till särskilt boende och som ges möjlighet till så kallad uppsökande och nödvändig tandvård, har munhälsan försämrats väsentligt vilket med största sannolikhet är en följd av bland annat avsaknad av tandvårdskontakt under en längre period.

Den 1 januari 2013 infördes stöd för tandvård till personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar, så kallat särskilt tandvårdsbidrag (STB). Syftet med STB är att nå personer med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför risk för försämrad tandhälsa. Det rör sig till exempel om patienter med sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför ökad kariesrisk på grund av muntorrhet eller ogynnsam kosthållning. Det kan också röra sig om patienter med sjukdomar som innebär ökad infektionskänslighet eller patienter med frätskador på tänderna. Det särskilda tandvårdsbidraget uppgår för närvarande till 600 kronor per halvår. I förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd anges de sjukdomar och funktionsnedsättningar som ska kunna ligga till grund för särskilt tandvårdsbidrag. Personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar som är så allvarliga för tandhälsan att deras negativa effekter inte kan förhindras enbart med förebyggande tandvård, kan efter prövning hos landstinget, i vissa fall få tandvård som omfattas av bestämmelserna om avgifter i den öppna vården, även kallad tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Det särskilda tandvårdsbidraget och tandvård till hälso- och sjukvårdskostnad för personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar omfattas inte av uppdraget då denna del av reformen nyligen trätt i kraft.

Statliga myndigheter med uppgifter inom tandvårdsområdet

Försäkringskassan

Det är Försäkringskassan som utreder, beslutar om och betalar ut ersättningar inom det statliga tandvårdsstödet. Tandvårdsstödet betalas ut till vårdgivarna. Patienterna får del av stödet genom avdrag på patientavgiften. Försäkringskassan genomför både slumpmässiga och riktade efterhandskontroller av tandvårdsstödet. Syftet med efterhandskontrollerna är att utreda om de rapporterade tandvårdsåtgärderna uppfyller de villkor som ställs för att åtgärderna ska vara ersättningsberättigande. Utöver kontrollen av att rätt ersättning betalats ut ska den information som samlas vid kontrollerna användas för att uppmärksamma vårdgivarna på eventuella särskilda svårigheter vid tillämpningen av regelverket. Kontroller inriktas mot områden där det finns ökad risk för felaktiga utbetalningar. Försäkringskassan ansvarar även för kunskapsuppbyggnad inom tandvårdsområdet samt för att informera allmänheten om tandvårdsstödet. I förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan anges bland annat att Försäkringskassan ska ge information till berörda om socialförsäkringen och de övriga förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ansvarar för beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet i fråga om ersättningsberättigande åtgärder, referenspriser samt beloppsgränser och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader. Myndigheten ska följa utvecklingen på tandvårdsområdet. Myndigheten ska också informera berörda om sin verksamhet inom tandvårdsområdet och om sina beslut. Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan, Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Nämnden beslutar om föreskrifter om statligt tandvårdsstöd och allmänna råd inom sitt ansvarsområde. I föreskriftsarbetet ingår såväl årliga som strukturella översyner av referenspriserna. Nämnden ansvarar, enligt myndighetens instruktion, för att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom anvisade medel på statsbudgeten. År 2011 genomförde Statskontoret en myndighetsanalys av TLV. I rapporten

problematiserade Statskontoret vissa frågor som bland annat handlar om relationen mellan Nämnden för statligt tandvårdsstöd och myndighetens ledning.

Socialstyrelsen

Socialstyrelsen är en statlig myndighet med mycket bred verksamhet som rör socialtjänst, hälso- och sjukvård, smittskydd och epidemiologi. Större delen av Socialstyrelsens verksamhet är riktad till personal, ansvariga och beslutsfattare. Inom ramen för Socialstyrelsens arbete med tandvård har myndigheten som mål att tandvården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik och ges i rimlig tid. Inom området arbetar Socialstyrelsen med att ta fram föreskrifter och nationella riktlinjer för vuxentandvård samt följa upp tandvården genom bland annat nationell utvärdering. Socialstyrelsen ansvarar även för tandhälsoregistret, vilket fyller en viktig funktion på forskningens och statistikens område när det gäller att följa tandhälsan i Sverige över tid. Registret innehåller information om tandvård inom det statliga tandvårdsstödet, tandvård till personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar samt nödvändig tandvård. Användningen av medicintekniska produkter, inklusive dentala produkter, i hälso- och sjukvården regleras i föreskrift av Socialstyrelsen.

Utöver ovan nämnda myndigheter har även Konsumentverket, Konkurrensverket, Statens beredning för medicinsk utvärdering, Läkemedelsverket, Folkhälsomyndigheten, Inspektionen för vård och omsorg samt Myndigheten för vårdanalys vissa uppgifter inom tandvårdsområdet.

Uppdraget

Utredningens övergripande syfte ska vara att utreda om tillämpningen av det statliga tandvårdsstödet har varit ändamålsenlig i förhållande till vikten av god kostnadskontroll för staten och de två övergripande målen med tandvårdsstödet – att bibehålla god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov och att

möjliggöra god tandvård för individer med stora tandvårdsbehov till en rimlig kostnad.

Den särskilda utredaren ska

- analysera hur den befintliga organisationen och det befintliga systemet för tandvårdssubvention för vuxna kan förbättras för att effektivare bidra till att uppnå målen samtidigt som god kostnadskontroll säkerställs,
- lämna de författningsförslag som bedöms nödvändiga,
- analysera tandvårdsstödet ur ett jämlikhetsperspektiv.

Vid utvärderingen och utarbetandet av förslag till förändringar ska vissa frågor belysas särskilt. Även i dessa delar ska utredaren beakta vikten av god kostnadskontroll. Dessa särskilda frågor behandlas i det följande.

Information till allmänheten om tandvårdsstödet

Allmänhetens kunskap om det statliga tandvårdsstödet bedöms vara låg. Ett flertal myndigheter ansvar för olika delar inom det statliga tandvårdsstödet. Detta inkluderar även informationsinsatser. I dag finns information hos olika myndigheter. Även 1177.se informerar om rätten till statligt tandvårdsstöd. Trots detta är kunskapen låg. De flesta patienter informeras av sin vårdgivare, vilket innebär att det är svårt att nå personer som inte har en regelbunden kontakt med någon vårdgivare. För att tandvårdsstödet ska komma rätt grupper till godo kan det finnas behov av att öka kunskapen om stödet.

Utredaren ska

- föreslå vilken eller vilka aktörer som bör ha det övergripande ansvaret för information om det statliga tandvårdsstödet,
- förslå vilka åtgärder som kan vidtas för att öka kunskapen hos dem med dålig kännedom om stödet.

Besöksfrekvens

Besöksfrekvensen varierar relativt mycket mellan olika grupper. Regelbundna besök hos tandläkare eller tandhygienist är viktigt då det ger möjlighet till att tidigt upptäcka och åtgärda besvär i munnen vilket i sin tur minskar behovet av tandvård i framtiden. Det är svårt att uppge exakt hur ofta man bör besöka tandvård i preventivt syfte, men generellt har många så god tandhälsa att det räcker med tandvårdsbesök ungefär vartannat år. Detta är dock individuellt och besöksintervallet bör utgå från den enskildes risk att utveckla tand- och munsjukdomar.

Utredaren ska

- analysera besöksfrekvensen i olika grupper med särskilt fokus på de grupper som har lägst besöksfrekvens.

Ändamålsenlig uppföljning av tandvården

Målet med inrättandet av tandhälsoregistret var att skapa goda förutsättningar för att följa upp tandvårdens processer och resultat. Det är av vikt att tandhälsoregistret är ändamålsenligt för uppföljning av tandvården och för att på bästa sätt kunna bidra till forskning och statistikutveckling inom området. Socialstyrelsen har påtalat förbättringsbehov av bl.a. kodverket för diagnosrapportering.

Den förebyggande tandhälsovården intar en viktig position i det allmänna hälsoarbetet. För barn och ungdomar är det av stor vikt att det förebyggande tandhälsoarbetet prioriteras och man tidigt får lära sig vikten av en god munhygien och att regelbundet besöka tandvården. Det kan vara angeläget att kunna följa upp även barntandvården i Sverige. I dag samlar Socialstyrelsen in uppgifter om förekomst av karies hos barn via enkäter till landsting. Dock har denna metod stora brister. Socialstyrelsen har föreslagit att även uppgifter om barn och ungdomar ska föras in i tandhälsoregistret.

Utredaren ska

- värdera tandhälsoregistrets ändamålsenlighet och vid behov föreslå förändringar,

- utreda behovet av att införa uppgifter om barn och ungdomar i tandhälsoregistret samt i förekommande fall lämna förslag till reglering,
- särskilt beakta eventuella ökningar av den administrativa bördan för vårdgivare och myndigheter.

Prisjämförelsetjänsten

I propositionen *Statligt tandvårdsstöd* (prop. 2007/08:49) angav regeringen att tandvårdsreformen innebär att staten väsentligt ökar sin andel av tandvårdens finansiering. Därför ansåg regeringen att det var viktigt att marknadens funktionssätt förbättrades genom åtgärder som skulle stärka patientens ställning, bland annat genom förbättrad information om priser och kvalitet hos olika vårdgivare samt att denna information skulle vara lättillgänglig och lättbegriplig. I propositionen föreslog regeringen att vårdgivarna skulle vara skyldiga att lämna vissa uppgifter om t.ex. priser, bland annat i syfte att stärka patientens ställning.

För att stärka patientens ställning gavs Försäkringskassan i uppdrag att utveckla en prisjämförelsetjänst och vårdgivarna blev skyldiga att rapportera in priser till Försäkringskassan. Den så kallade prisjämförelseportalen var en elektronisk tjänst som redogjorde för tandvårdsgivarnas priser på de olika ersättningsberättigande tandvårdsåtgärderna och de referenspriser som fastslås av TLV.

I början av 2010 hade de allra flesta landsting registrerat sina priser för folktandvården, men endast en fjärdedel av de privata vårdgivarna hade anslutit sig. Vid denna tid hade Försäkringskassan möjlighet att hålla inne ersättning för tandvård till vårdgivare som inte anslutit sig till jämförelsepristjänsten. Denna möjlighet användes dock inte då det fanns brister i tjänsten och tekniska svårigheter för vårdgivarna att ansluta sig och rapportera in sina priser. Under 2010 gav regeringen uppdrag till en annan aktör (Inera) att ta fram en ny prisjämförelsetjänst. Den nya tjänsten togs i bruk i februari 2012. Vårdgivarna är inte längre enligt lag skyldiga att rapportera in sina priser till portalen utan detta ska ske på frivillig basis.

För att stödja och driva på ytterligare anslutning till prisportalen togs i stället en gemensam ambitionsförklaring fram vilken under-tecknades av Privattandläkarna, Sveriges Kommuner och Landsting

(SKL) och Socialdepartementet i juni 2012. Ambitionsförklaringen är en gemensam överenskommelse som undertecknades i syfte att uppnå de överenskomna anslutningstalen. Under hösten 2013 startades samtidigt ett arbete för att komma till rätta med de tekniska problem många privata vårdgivare uppfattat fanns och som försvårat anslutning till portalen. Målet i ambitionsförklaringen var att minst 97 procent av de offentliga vårdgivarna och 87 procent av de privata skulle ha anslutit sig till tjänsten vid slutet av 2013. Anslutningstalen hos privattandläkarna är dock fortsatt mycket låga. Det kan komma att bli nödvändigt med ytterligare åtgärder för att öka anslutningsfrekvensen och därmed stärka patientens ställning. Diskussioner har också förts om möjligheten att utveckla kvalitetsindikatorer som skulle kunna ingå i tjänsten. I regeringens proposition (prop. 2007/08:49) Statligt tandvårdsstöd föreslogs inrättandet av kvalitetsregister inom tandvården. Det finns i dag två nationella kvalitetsregister under uppbyggnad: *Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit* (SKaPa) och *National Quality register for Dental Implants*. Socialstyrelsen har i rapporten *Nationell utvärdering 2013 – Tandvård* påtalat att anslutningen till registren behöver förbättras, särskilt vad beträffar de privata vårdgivarna.

Det är av största vikt att majoriteten av privata och offentliga vårdgivare ansluter sig till prisjämförelsetjänsten inom en snar framtid.

Utredaren ska

- analysera nyttjandet av prisjämförelsetjänsten av såväl tandvårdsgivare som patienter, samt vid behov föreslå hur patientens möjligheter att jämföra priser kan förbättras,
- analysera om det vore fördelaktigt att komplettera prisjämförelsetjänsten med kvalitetsindikatorer samt om informationen i de två svenska kvalitetsregistren inom tandvårdsområdet skulle kunna utgöra underlag till kvalitetsindikatorerna.

Uppföljning och kontroll

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i två rapporter (2011:18 och 2013:5) pekat på brister i kontrollarbetet vad gäller ersättning från Försäkringskassan till vårdgivarna. Bland annat påpekas att det kan finnas incitament för vårdgivare att avsiktligt

överutnyttja systemet. För att bibehålla legitimiteten för det statliga tandvårdsstödet är det viktigt att minimera felaktiga utbetalningar av det statliga tandvårdsstödet. Försäkringskassan fick i sitt regleringsbrev för 2014 i uppdrag av regeringen att genomföra en bred kontroll av ärenden där det betalats ut ersättning från det statliga tandvårdsstödet. Försäkringskassan ska analysera omfattningen av felaktiga utbetalningar samt analysera orsakerna till att ersättning betalats ut felaktigt. Uppdraget ska redovisas till regeringen senast den 28 februari 2015.

Utredaren ska

- följa arbetet med det uppdrag regeringen givit Försäkringskassan beträffande omfattning och orsaker till felaktiga utbetalningar till tandvårdsgivare,
- utifrån Försäkringskassans analys och resultat överväga om kontrollarbetet kan utvecklas för att kunna fungera mer effektivt och vid behov lämna förslag på hur detta kan åstadkommas,
- vid behov även lämna förslag till hur man mer effektivt kan stävja eventuellt avsiktligt överutnyttjande av tandvårdsstödet, t.ex. genom förtydliganden i lagstiftningen om de förutsättningar som gäller för när Försäkringskassan kan avvakta med utbetalning av ersättning och när så kallad förhandsprövning kan användas, eller genom andra sanktioner.

Försäkringskassans möjlighet att kvitta en fordran på återbetalning av tandvårdsersättning

Riksdagens ombudsmän (JO) har hos regeringen väckt frågan om vidtagande av åtgärder för att eliminera vissa oklarheter i regelverket. Frågan handlar om Försäkringskassans möjlighet att kvitta en fordran på återbetalning av tandvårdsersättning mot andra fordringar som vårdgivaren har på tandvårdsersättning, innan beslutet om återbetalning har vunnit laga kraft. I ett beslut från 2012 har JO angett att det i regelverket saknas uttryckliga regler om tidpunkt då beslut om återbetalning enligt lagen om statligt tandvårdsstöd får verkställas och att det, med hänsyn till stödsystemets logik och lagstiftarens syfte med detta, är oklart när i

tiden Försäkringskassan får kvitta fordringar. Enligt beslutet (JO 935-2011) har detta förorsakat problem i rättstillämpningen.

Utredaren ska

- klargöra när i tiden Försäkringskassan kan kvitta en fordran på återbetalning av tandvårdsersättning, som Försäkringskassan fastslagit i beslut om återbetalning, mot andra fordringar som Försäkringskassan har på samma vårdgivare,
- se över Försäkringskassans möjlighet att kvitta sådana fordringar innan beslut om återbetalning har vunnit laga kraft,
- föreslå de författningsförslag som bedöms nödvändiga.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska analysera och redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med vad som anges i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) och 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. Särskild vikt ska läggas vid att redovisa förslag till finansiering utifrån befintliga ramar i de delar förslagen innebär ökade kostnader eller minskade intäkter för det allmänna.

Samråd och redovisning av uppdraget

Utredaren ska samråda med Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Socialstyrelsen och Försäkringskassan samt med andra relevanta myndigheter och organisationer. Uppdraget ska redovisas senast den 31 augusti 2015.

(Socialdepartementet)

Statens offentliga utredningar 2015

Kronologisk förteckning

1. Deltagande med väpnad styrka i utbildning utomlands. En utökad beslutsbefogenhet för regeringen. Fö.
2. Värdepappersmarknaden MiFID II och MiFIR. + Bilagor. Fi.
3. Med fokus på kärnuppgifterna. En angelägen anpassning av Polismyndighetens uppgifter på djurområdet. Ju.
4. Ett svenskt tonnageskattesystem. Fi.
5. En ny svensk tullagstiftning. Fi.
6. Mer gemensamma tobaksregler. Ett genomförande av tobaksprodukt-direktivet. S.
7. Krav på privata aktörer i välfärden. Fi.
8. En översyn av årsredovisningslagarna. Ju.
9. En modern reglering av järnvägstransporter. Ju.
10. Gränser i havet. UD.
11. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2015. Kontroll, dokumentation och finansiering för ökad säkerhet. M.
12. Överprövning av upphandlingsmål m.m. Fi.
13. Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del I. A.
14. Sedd, hörd och respekterad. Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. S.
15. Attraktiv, innovativ och hållbar – strategi för en konkurrenskraftig jordbruks- och trädgårdsnäring. N L.
16. Ökat värdeskapande ur immateriella tillgångar. N.
17. För kvalitet – Med gemensamt ansvar. S.
18. Lösöre köp och registerpant. Ju.
19. En ny ordning för redovisningstillsyn. Fi.
20. Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. S.
21. Mer trygghet och bättre försäkring. Del 1 + 2. S.
22. Rektorn och styrkedjan. U.
23. Informations- och cybersäkerhet i Sverige. Strategi och åtgärder för säker information i staten. Ju Fö.
24. En kommunallag för framtiden. Del A + B. Fi.
25. En ny säkerhetsskyddslag. Ju.
26. Begravningsclearing. Ku.
27. Skatt på dubbdäcksanvändning i tätort? Fi.
28. Gör Sverige i framtiden – digital kompetens. N.
29. En yrkesinriktning inom teknikprogrammet. U.
30. Kemikalieskatt. Skatt på vissa konsumentvaror som innehåller kemikalier. Fi.
31. Datalagring och integritet. Ju.
32. Nästa fas i e-hälsoarbetet. S.
33. Uppgiftslämnarservice för företagen. N.
34. Ett effektivare främjandeförbud i lotterilagen. Fi.
35. Service i glesbygd. N.
36. Systematiska jämförelser. För lärande i staten. S.
37. Översyn av lagen om skiljeförfarande. Ju.
38. Tillämpningsdirektivet till utstationeringsdirektivet – Del II. A.
39. Myndighetsdatalag. Ju.
40. Stärkt konsumentskydd på bolånemarknaden. Ju.
41. Ny patentlag. Ju.
42. Koll på anläggningen. N.
43. Vägar till ett effektivare miljöarbete. M.
44. Arbetslöshet och ekonomiskt bistånd. S.
45. SÖK – statsbidrag för ökad kvalitet. U.
46. Skapa tilltro. Generell tillsyn, enskildas klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen. S.

47. Kollektiv rättighetsförvaltning på upphovsrättsområdet. Ju.
48. Bostadsmarknaden och den ekonomiska utvecklingen. Fi.
49. Nya regler för revisorer och revision. Ju.
50. Hela lönen, hela tiden. Utmaningar för ett jämställt arbetsliv. A.
51. Klimatförändringar och dricksvattenförsörjning. N.
52. Rapport från Bergwallkommissionen. Ju.
53. The Welfare State and Economic Performance. Fi.
54. Europeisk kvarstad på bankmedel. Ju.
55. Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck. U.
56. Får vi det bättre?
Om mått på livskvalitet. Fi.
57. Tillsyn över polisen och Kriminalvården. Ju.
58. EU och kommunernas bostadspolitik. N.
59. En ny regional planering – ökad samordning och bättre bostadsförsörjning. N.
60. Delrapport från Sverigeförhandlingen. Ett författningsförslag om värdeåterföring. N.
61. Ett stärkt konsumentskydd vid telefonförsäljning. Ju.
62. UCITS V. En uppdaterad fondlagstiftning. Fi.
63. Straffrättsliga åtgärder mot terrorismresor. Ju.
64. En fondstruktur för innovation och tillväxt. N.
65. Om Sverige i framtiden – en antologi om digitaliseringens möjligheter. N.
66. En förvaltning som håller ihop. N.
67. För att brott inte ska löna sig. Ju.
68. Tjänstepension – tryggandelagen och skattereglerna. Fi.
69. Ökad trygghet för hotade och förföljda personer. Fi.
70. Högre utbildning under tjugo år. U.
71. Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU. S.
72. Skärpt exportkontroll av krigsmateriel – DEL 1 + 2, bilagor. UD.
73. Personuppgiftsbehandling på utlånings- och medborgarskapsområdet. Ju.
74. Skydd för vuxna i internationella situationer – 2000 års Haagkonvention. Ju.
75. En rymdstrategi för nytta och tillväxt. U.
76. Ett tandvårdsstöd för alla. Fler och starkare patienter. S.

Statens offentliga utredningar 2015

Systematisk förteckning

Arbetsmarknadsdepartementet

- Tillämpningsdirektivet till
utstationeringsdirektivet – Del I. [13]
Tillämpningsdirektivet till
utstationeringsdirektivet – Del II. [38]
Hela lönen, hela tiden. Utmaningar för ett
jämnt arbetskraftsliv. [50]

Finansdepartementet

- Värdepappersmarknaden
MiFID II och MiFIR. + Bilagor [2]
Ett svenskt tonnageskattesystem. [4]
En ny svensk tullagstiftning. [5]
Krav på privata aktörer i välfärden. [7]
Överprövning av upphandlingsmål m.m.
[12]
En ny ordning för redovisningstillsyn. [19]
En kommunallag för framtiden.
Del A + B. [24]
Skatt på dubbdäcksanvändning i tätort?
[27]
Kemikalieskatt. Skatt på vissa konsu-
mentvaror som innehåller kemikalier.
[30]
Ett effektivare främjandeförbud i
lotterilagen. [34]
Bostadsmarknaden och den ekonomiska
utvecklingen. [48]
The Welfare State and Economic
Performance. [53]
Får vi det bättre?
Om mått på livskvalitet. [56]
UCITS V. En uppdaterad fondlagstiftning.
[62]
Tjänstepension – tryggandelagen och
skattereglerna. [68]
Ökad trygghet för hotade och förföljda
personer. [69]

Försvarsdepartementet

- Deltagande med väpnad styrka
i utbildning utomlands. En utökad
beslutsbefogenhet för regeringen. [1]

Justitiedepartementet

- Med fokus på kärnuppgifterna. En ange-
lägen anpassning av Polismyndig-
hetens uppgifter på djurområdet. [3]
En översyn av årsredovisningslagarna. [8]
En modern reglering
av järnvägstransporter. [9]
Lösöre köp och registerpant. [18]
Informations- och cybersäkerhet
i Sverige. Strategi och åtgärder för säker
information i staten. [23]
En ny säkerhetsskyddslag. [25]
Datalagring och integritet. [31]
Översyn av lagen om skiljeförfarande. [37]
Myndighetsdatalag. [39]
Stärkt konsumentskydd på
bolånemarknaden. [40]
Ny patentlag. [41]
Kollektiv rättighetsförvaltning på
upphovsrättsområdet. [47]
Nya regler för revisorer och revision. [49]
Rapport från Bergwallkommissionen. [52]
Europeisk kvarstad på bankmedel. [54]
Tillsyn över polisen och Kriminalvården.
[57]
Ett stärkt konsumentskydd vid
telefonförsäljning. [61]
Straffrättsliga åtgärder mot terrorismresor.
[63]
För att brott inte ska löna sig. [67]
Personuppgiftsbehandling på utlännings-
och medborgarskapsområdet. [73]
Skydd för vuxna i internationella
situationer – 2000 års Haagkonvention.
[74]

Kulturdepartementet

Begravningsclearing. [26]

Miljö- och energidepartementet

Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2015.

Kontroll, dokumentation och finansiering för ökad säkerhet. [11]

Vägar till ett effektivare miljöarbete. [43]

Näringsdepartementet

Attraktiv, innovativ och hållbar – strategi för en konkurrenskraftig jordbruks- och trädgårdsnäring. [15]

Ökat värdeskapande ur immateriella tillgångar. [16]

Gör Sverige i framtiden – digital kompetens. [28]

Uppgiftslämnarservice för företagen. [33]

Service i glesbygd. [35]

Koll på anläggningen. [42]

Klimatförändringar och dricksvattenförsörjning. [51]

EU och kommunernas bostadspolitik. [58]

En ny regional planering – ökad samordning och bättre bostadsförsörjning. [59]

Delrapport från Sverigeförhandlingen. Ett författningsförslag om värdeåterföring. [60]

En fondstruktur för innovation och tillväxt. [64]

Om Sverige i framtiden – en antologi om digitaliseringens möjligheter. [65]

En förvaltning som håller ihop. [66]

Socialdepartementet

Mer gemensamma tobaksregler.

Ett genomförande av tobaksproduktdirektivet. [6]

Sedd, hörd och respekterad. Ett ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården. [14]

För kvalitet – Med gemensamt ansvar. [17]

Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. [20]

Mer trygghet och bättre försäkring. Del 1 + 2. [21]

Nästa fas i e-hälsoarbetet. [32]

Systematiska jämförelser. För lärande i staten. [36]

Arbetslöshet och ekonomiskt bistånd. [44]

Skapa tilltro. Generell tillsyn, enskilda klagomål och det allmänna ombudet inom socialförsäkringen. [46]

Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck. [55]

Barns och ungas rätt vid tvångsvård. Förslag till ny LVU. [71]

Ett tandvårdsstöd för alla. Fler och starkare patienter. [76]

Utbildningsdepartementet

Rektorn och styrkedjan. [22]

En yrkesinriktning inom teknikprogrammet. [29]

SÖK – statsbidrag för ökad kvalitet. [45]

Högre utbildning under tjugo år. [70]

En rymdstrategi för nytta och tillväxt. [75]

Utrikesdepartementet

Gränser i havet. [10]

Skärpt exportkontroll av krigsmateriel – DEL 1 + 2, bilagor. [72]