

# Ett tandvårdsstöd för alla

Fler och starkare patienter

*Betänkande av Utredningen om ett förbättrat  
tandvårdsstöd*

*Stockholm 2015*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

SOU 2015:76

## 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

behandlinger 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 klagomåls- hantering 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. Detaljrikiheten 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.