

Motion till riksdagen 2005/06:So350

av **Cristina Husmark Pehrsson m.fl. (m)**

Tandvård för alla

Förslag till riksdagsbeslut

1. Riksdagen begär att regeringen lägger fram förslag till ett förbättrat behovsstyrt högkostnadsskydd i enlighet med vad som anförs i motionen.
2. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om ökad kompetens för tandhygienister.
3. Riksdagen tillkännager för regeringen som sin mening vad i motionen anförs om likvärdiga spelregler.

Inledning

I dag saknas ett skydd mot höga tandvårdskostnader för alla. Den tandvårdsförmån som finns är mindre ett skydd för höga kostnader och mer en allmän subvention av tandvård. Regeringens maxtaxa för personer över 65 år ger ett visst skydd, men har samtidigt lett till mer byråkrati och ökade orättvisor.

I grunden är det diskriminerande att endast låta patienter över 65 år komma i åtnjutande av högkostnadsskyddet, medan yngre tvingas betala nästan hela kostnaden för sin tandvård. Personer som är några år yngre än 65 avvaktar ofta med att åtgärda sina eventuella tandproblem. Detta leder inte bara till en kraftigt försämrad tandhälsa för denna grupp, utan kan också leda till följsjukdomar, exempelvis hjärtproblem, till följd av infektioner.

Moderaterna har tagit ställning för en annan modell. Personer med stora behov bör ges ett förstärkt skydd. Har man bara mindre behov är det rimligt att man själv bekostar sin tandvård. Vi föreslår också att den åldersindelning som riksdagen har beslutat om rivs upp och ersätts med ett enhetligt system som gäller alla som inte omfattas av barn- och ungdomstandvården.

Fel! Okänt namn på

Tandvårdsförmånens utveckling

Statens kostnader för tandvårdsförsäkringen uppgick 1975 till 990 miljoner kronor, vilket i dagens prisnivå motsvarar ca 4 800 miljoner kronor. För tandvårdskostnader upp till 1 000 kronor betalade staten hälften. Över 1 000 kronor stod staten för hela 75 procent av kostnaden. Detta kan jämföras med anslagsramen som för 2006 enligt regeringens budgetproposition uppgår till 3 026 miljoner kronor. Kostnader på 15 000 kronor kompenseras endast med 3 500 kronor av staten. Av kostnaden för tandvårdsförmånen utgörs drygt hälften av maxtaxan för 65+. Denna reform har med andra ord kostat staten lika mycket som hela den ursprungliga tandvårdsförmånen och förmodligen indirekt bidragit till den fortsatta urholkningen av stödet för personer mellan 20 och 65 år.

Tandvårdsförmånen urholkades successivt under slutet av 1970-talet och under 1980-talet. Den borgerliga regeringen 1991–94 bidrog också till att göra tandvårdsförmånen mindre generös, men valde att samtidigt koncentrera resurserna till individer med stora behov. Den största förändringen av förmånen stod dock den socialdemokratiska regeringen för när den 1997 i ett slag avskaffade stora delar av det offentliga stödet.

Den genomgripande förändring som beslutades två år senare hade både bra och dåliga sidor. Till pluskontot kan föras att tandvårdstaxorna avreglerades. På minuskontot finns den nya uppdelning av tandvården i bastandvård samt tandreglering och protetik som i onödan har komplicerat ersättningssystemet.

Regeringen anslår i statsbudgeten för 2006 3 026 miljoner kronor för att täcka kostnaderna för tandvårdsförmånen. Det kan jämföras med att kostnaden 2002 uppgick till 1 617 miljoner kronor. Statens kostnad för tandvården har alltså ökat med nästan 100 procent sedan regeringen införde sitt högkostnadsskydd för 65+. Regeringen anslog ursprungligen 600 miljoner för att täcka merkostnaden för reformen, en kostnad som nu är mångdubbelt större.

Regeringens maxtaxa utgör inget fullgott skydd

I Aftonbladet den 19 augusti i år kunde man läsa om Malin, 35, som inte har råd att besöka tandläkaren. Hon har betalat av några hundralappar då och då, men fortfarande återstår nästan 10 000 kronor av en tandvårdsräkning på nästan 15 000 kronor.

Malin är inte ensam. Enligt Statistiska centralbyrån är det fler än 50 000 personer som har tandvårdskostnader överstigande 15 000 kronor. Trots regeringens maxtaxa för äldre är 10 000 av dessa över 65 år.

Det kan tyckas paradoxalt att tandvårdskostnaderna för många äldre är så höga, trots den så kallade maxtaxan på 7 700 kronor. Förklaringen är att maxtaxan bara omfattar vissa åtgärder. Ett stort antal ingrepp tvingas patienterna betala för ur egen ficka. Vissa material och förberedande arbeten ingår exem-

pelvis inte, och det finns en märklig uppdelning mellan protetik och så kallad bastandvård. Högkostnadsskyddet verkar därmed snedvridande genom att gammaldags reparativa åtgärder, som permanent avlägsnar frisk tandvävnad, blir billigare för patienterna än åtgärder som på ett mer grundläggande sätt angriper orsakerna. Regeringens högkostnadsskydd gör att det ofta lönar sig att låta dra ut friska tänder.

I pressen har man kunnat ta del av ett stort antal insändare som beskriver verkligheten när det gäller köer, väntetid på besked från Försäkringskassan och patientens egen kostnad, som många gånger uppgår till mångdubbelt det så kallade högkostnadsskyddet därför att grundarbete och materialkostnader inte ingår. Vi menar att Socialdemokraterna har varit otydliga i sitt budskap, något som gör att många äldre känner sig vilseledda och lurade.

Vi vet också att många i övre medelåldern väntar med att åtgärda sitt tandvårdsbehov tills de har fyllt 65 år för att på detta sätt komma undan med lite lägre kostnader. Detta är ekonomiskt kontraproduktivt då denna framflyttning av vård med stor sannolikhet innebär större kostnader för såväl patienten som staten.

Problemen med regeringens tandvårdsreform 65+ har blivit så stora att regeringen via Försäkringskassan känt sig tvungen att reagera. De åtgärder som har vidtagits är flera. Implantatbehandling får exempelvis numera endast utföras på vissa tänder, och tandläkare måste skicka in sina behandlingsförslag till Försäkringskassan i Skåne för godkännande. Väntetiden för beslut om ersättning uppgår för närvarande till ungefär sex månader. Ofta dröjer det flera månader innan pengarna betalas ut av Försäkringskassan. Fler än 20 000 personer står för närvarande i kö.

Ersättningen till privattandläkarna regleras av folktandvårdens prislista. Problemet är att många åtgärder sällan eller aldrig utförs av folktandvården. Priserna är därför ofta missvisande. Prisnivån i vissa landsting kan exempelvis vara mer än dubbelt så hög som i andra. I de landsting som har de lägsta priserna kommer de privata tandläkarna att tvingas avstå från att utföra många behandlingar, något som på sikt kan leda till en tudelning av tandvården där äldre patienter helt tvingas förlita sig på folktandvården. Men på sikt är det förstås även för folktandvården omöjligt att utföra behandlingar som kostar mer än den ersättning som utgår.

Våra utgångspunkter

Vi har utgått från några grundläggande principer vid utvecklingen av vår nya föreslagna tandvårdsförmån. För det första bör regelverket som styr tillämpningen vara långsiktigt hållbart och stabilt. Tandvårdsförmånen har varit föremål för en rad politiska förändringar under åren, förändringar som inte bara har skapat en osäkerhet och en förvirring bland patienter och vårdgivare, utan även misslyckats i sitt syfte att skapa en tandvårdsförmån som fungerar bra. För att vårdgivarna ska kunna ge patienterna en god vård även i framtiden krävs en tandvårdsförmån byggd på ett stabilt och långsiktigt regelsy-

Fel! Okänt namn på

stem. Ett minskat ekonomiskt utrymme för tandvård ökar betydelsen av att avsatta medel används på rätt sätt. I ett läge där staten tvingas begränsa kostnadsramarna för tandvård måste högkostnadsskyddet för de grupper av befolkningen som har stora odontologiska vårdbehov prioriteras. Detta är och har också hela tiden varit en moderat utgångspunkt.

För det andra bör tandvårdsförmånen vara enkel och lätt att förstå. Dagens tandvårdsförmån är mycket komplicerad och i stort sett obegriplig för både patienter och vårdgivare. Det finns i dag cirka femton olika system med regler. Ansvar för vården och finansieringen delas mellan staten och landstingen. Patienter och vårdgivare har liten möjlighet att förstå de olika systemen. Det är en nödvändighet att förmånen blir enkel och begriplig för att patienter ska förstå vilket stöd de får för sin tandvård och för att vårdgivarna ska kunna verka inom systemet.

Vår tredje utgångspunkt är att förmånen bör vara likformig i hela landet. Landstingens ansvar för delar av tandvården innebär tandvård på olika villkor för befolkningen beroende på i vilket landsting man bor. Vi anser därför att tandvårdsförsäkringen ska vara *ett system* med samma regelverk som ger lika ersättning oberoende av var man bor i landet. Den ska vara statligt finansierad och administreras av en part: Försäkringskassan. På så sätt skapas en garanti för en likformig tillämpning av stödets regelsystem över hela landet.

För det fjärde menar vi att patienternas rättssäkerhet måste stärkas. En statlig tandvårdsförmån innebär att patienterna får en stärkt ställning. Både patienter och vårdgivare ska kunna överklaga fattade beslut. I dag går beslut som fattas inom landstingen inte att överklaga.

För det femte menar vi att systemet måste bygga på kostnadskontroll. I och med att staten som en tredje part är finansiär av tandvården, skapas det utrymme för en vårddrivande utveckling. Vi anser därför att det är viktigt att patienten i viss utsträckning alltid är med och finansierar sin tandvård, detta för att motverka vårddrivande effekter. Det senaste exemplet på det är den så kallade 65 plus-reformen som dels har inneburit en starkt vårddrivande utveckling för 65+, dels motsatsen för patienter under 65, eftersom en del patienter väntar med att få sin behandling tills man fyllt 65. Det i sin tur kan leda till att tandvårdsbehovet är större när man väl väljer att få sin tandvård. Det faktum att patienten är med och finansierar en del av sin tandvård, tillsammans med att stödet från Försäkringskassan betalas ut direkt till patienten och inte via tandläkaren, gör patienten mer medveten som konsument. Patienten blir sannolikt mer benägen att ställa krav på vårdgivaren när det gäller kostnadsförslag och alternativa behandlingsförslag.

Det är viktigt att det alltid finns ekonomiska drivkrafter för att välja den mest kostnadseffektiva behandlingen och för att hushålla med samhällets resurser. Genom att som i regeringens maxtaxa för 65+ ha ett tak som därefter ger en 100-procentig subvention riskerar man att skapa ett överutnyttjande av tandvården. Det leder till köer och ekonomiska problem och till att finansieringen av tandvården ställs mot andra typer av angelägna vårdinsatser.

Vi anser inte att tandvården i dagens läge bör integreras i sjukvården. Gränsdragningen mellan sjukvård och tandvård är visserligen inte alltid självklar. På senare år har det presenterats flera undersökningar som visar att tand-

hälsan på olika sätt samverkar med kroppens hälsotillstånd i övrigt och att det kan vara svårt att dra en knivskarp gräns mellan sjukvård och tandvård. Mot den bakgrunden har den knivskarpa finansieringsgränsen mellan sjukvården och tandvården ifrågasatts.

Redan i dag omfattas viss tandvård som utförs av särskilda medicinska skäl av sjukvårdens högkostnadsskydd. Men att helt införliva tandvården i hälso- och sjukvårdssystemet skulle i dagsläget kosta alltför mycket. Kostnaden för att låta tandvård ingå i sjukvårdens högkostnadsskydd uppgår enligt beräkningar till ungefär 20 miljarder kronor. Dessutom skulle en fullt utbyggd tredjepartsfinansiering antagligen leda till problem med kostnadskontrollen, precis som vi har sett med regeringens högkostnadsskydd för 65+.

Vårt förslag till tandvårdsförmån

Den reform som infördes den 1 januari 1999 och som innebar att tandvården avreglerades välkomnades av samtliga aktörer inom tandvården och skapade en framtidstro inom branschen. Vi bygger nu vidare på denna reform genom att föreslå ett högkostnadsskydd för alla. Det ökar tryggheten för både äldre och andra med omfattande tandvårdsbehov.

Vi anser att stödet riktat till grupper med stora behov ska öka – oavsett ålder – men att personer med mindre behov själva ska stå för en större andel av kostnaden.¹ Vårt förslag innebär att patienten betalar alla kostnader upp till 3 000 kronor. Därefter betalar patienterna i genomsnitt 40 procent av kostnaden och staten 60 procent. För personer som har särskilt höga kostnader, mer än 15 000 kronor, ska staten stå för 80 procent av kostnaden.

För att ersättningen inte ska bidra till att driva upp kostnaderna kommer tandvårdsförmånen att utgå från Försäkringskassans prislista. Ersättningen blir därmed densamma för alla tandläkare, oavsett vilket pris som de tar ut för olika åtgärder. Därmed är det inte heller möjligt att exakt bestämma hur stor andel av kostnaden som staten står för i varje enskilt fall. Om tandläkaren tar ut ett högt pris blir statens ersättning relativt sett mindre. Denna ersättnings-

¹ Vi föreslår mer specifikt att personer med en normal tandstatus själva ska ansvara för tandvårdskostnaden upp till en karens som uppgår till 1 800 kronor per behandling. Karensen ska beräknas på Försäkringskassans ersättning och omfatta såväl protetik som basvård. Om grundersättningen från Försäkringskassan för en behandling (som kan omfatta flera åtgärder) uppgår till mer än 10 000 kronor inklusive karens skall patienten för den överskjutande delen dessutom erbjudas ett extra ekonomiskt stöd som motsvarar 40 procent av Försäkringskassans ersättning enligt åtgärdslistan. För att minimera risken för att ersättningsystemet i sig blir kostnadsdrivande vill vi alltså behålla principen att subventionerna fastställs som krontalsbelopp.

I dag utgör ersättningen från Försäkringskassan knappt 20 procent av den faktiska kostnaden för de åtgärder som erbjuds. Vi vill att den åtgärdslista som i dag utgör grund för ersättningen ska uppdateras och moderniseras. Ersättningsbeloppen bör generellt höjas så att de i genomsnitt motsvarar 60 procent av den faktiska behandlingens kostnad.

Fel! Okänt namn på

modell bidrar till bibehållen kostnadskontroll, trots den ansevärd subventionsgraden för höga tandvårdskostnader.

När pengar avsätts för vårt system måste hänsyn tas till utfasningskostnaden för det tidigare systemet och den av Socialdemokraterna införda maxtaxan för 65+. De medel vi anslår för finansiering av vårt förslag till högkostnadsskydd för alla finns beskrivet i Moderaternas budgetmotion för 2005/06.

Staten bör överta finansieringsansvaret för all offentligt finansierad tandvård, utom i vissa avgränsade fall där gränslinjen mellan sjuk- och tandvård inte är helt klar och där verksamheten ska regleras av hälso- och sjukvårdslagen. Tandvård som led i en sjukdomsbehandling ska alltså, liksom sjukvården i övrigt, vara en angelägenhet för sjukvårdshuvudmännen. Avgiften för sådan behandling bör vara densamma som för annan sjukvårdsbehandling.

Vi vill också poängtera vikten av att moderna behandlingsmetoder främjas och tillvaratas. Det gäller till exempel insikten om att friska vävnader ur medicinskt hänseende bör behållas. Högkostnadsskyddet måste därför vara flexibelt och ta hänsyn till detta. Bastandvård och protetik bör slås samman så att dessa ingrepp ersätts inom samma system.

Riksdagens utredningstjänst (RUT) har på vårt uppdrag gjort en uppskattning av kostnaden för att förändra tandvårdsförsäkringen enligt den modell som vi föreslår. Med hjälp av dataunderlag från Försäkringskassan har de tidigare uppskattat totalkostnaden för vårt förslag till ungefär 2 miljarder kronor. Kostnaden, som på grund av informationsbrist inte har kunnat uppdateras, skulle i dag förmodligen uppgå till något mer än detta belopp. Vi avsätter därför lika mycket pengar som regeringen för vår tandvårdsreform.

Kostnad i kronor för olika tandvårdsbehandlingar med nuvarande regelsystem och med Moderaternas regelsystem

Åtgärd	Kostnad för 20–65 år i dag	Kostnad för 65-plus i dag	Kostnad med Moderaternas förslag (alla grupper)
1 Liten bro, en käke	9 251+1 075*	7 700+1 075*	5 500
2 10 fyllningar och en rotfyllning	8 215	7 378	5 755
3 Stora broar, båda käkarna	40 137+5 500*	7 700+5 500*	14 786
4 Helimplantat med utdragningar, en käke	32 255	9 485	12 887

Källa: RUT PM (dnr 2005:1634) och egna beräkningar.

*Uppskattad materialkostnad.

Ökad kompetens för tandhygienister

Sedan den tvååriga tandhygienistutbildningen infördes har arbetsuppgifterna förändrats väsentligt och det finns i dag en stark oro för att nuvarande tvååriga utbildning inte motsvarar dagens arbetsuppgifter och behov.

Vid ett antal lärosäten bedrivs sedan några år tillbaka en treårig utbildning, trots oklara direktiv när det gäller utbildningens längd och innehåll. Utbildningen som bedrivs ges därför i enlighet med det förslag som Socialstyrelsen

Fel! Okänt namn på

beskrev i sin utredning från 1997, Tandhygienisternas framtida uppgift och kompetens.

Eftersom tandhygienistutbildningen är ett legitimationsyrke medför detta ett speciellt ansvar för såväl den som innehar legitimationen som för utbildningsanordnaren. Det ger också patienten uppfattningen om en viss kvalitetsgaranti. Tandhygienisten har dessutom en viss receptförskrivningsrätt.

Tandhygienister skulle på ett helt annat sätt än i dag kunna bidra till att öka tandhälsan hos befolkningen, men då måste utbildningen anpassas till dessa ökade krav. Den tvååriga utbildningen måste snarast förändras till att omfatta 120 poäng.

Likvärdiga spelregler

Det är väl känt att prisregleringar ofta har negativa konsekvenser och orsakar brist på de varor och tjänster som regleras. Så var även fallet med den reglerade tandvårdstaxa som var i bruk fram till 1999. Regleringen orsakade en tandläkarbrist som först på senare år har korrigerats.

Innan tandvårdstaxorna avreglerades hann ett stort antal svenska tandläkare flytta utomlands. Drygt 800 tandläkare valde exempelvis att etablera sig i Storbritannien. Kostnaden per utflyttad tandläkare är, enligt Handels utredningsinstitut, cirka 3,4 miljoner kronor.

Avregleringen av tandvårdstaxan 1999 har förbättrat situationen påtagligt. Det råder inte längre någon generell brist på tandläkare. För att göra det attraktivt för tandläkare att arbeta i Sverige krävs också neutrala spelregler och likvärdiga villkor mellan folktandvården och den privata tandvården. Det gäller bland annat skatteregler. Ett stort problem för privattandläkarna är de skillnader i mervärdesskattehänseende som gäller i förhållande till folktandvården. De nuvarande reglerna gynnar den offentliga tandvården och snedvrider konkurrensen. Dessa problem måste få en snar och tillfredsställande lösning. Dessutom krävs att landstingen renodlar sin roll så att de inte samtidigt fungerar som finansärer och utförare.

Stockholm den 29 september 2005

Cristina Husmark Pehrsson (m)

Anne Marie Brodén (m)

Maud Ekendahl (m)

Stefan Hagfeldt (m)

Magdalena Andersson (m)

Lena Adelsohn Liljeroth (m)