



Klassamhällets dolda leende

LOs åtgärdsprogram för en mer jämlik tandhälsa

Författare: Kjell Rautio, välfärdsutredare vid LOs arbetslivsenhet



Innehållsförteckning

Förord	3
Sammanfattning	4
LO-kongressens beslut – tänderna och övriga kroppen	6
Historisk bakgrund	7
Dagens regelverk och tandvårdssystem	9
Tandvård i Norden	12
Generell sett god svensk tandhälsa – men klasskillnaderna ökar.....	13
Dagens tandvårdsstöd motverkar ej klasskillnaderna	15
Ekonomi, tillgänglighet och nyttjandegrad	16
Egenavgifter och skattefinansiering	18
Slutsatser och avvägningar – vilka problem finns att lösa?	20
LOs förslag under nuvarande mandatperiod	23
Litteratur- och referenslista	24

© Landsorganisationen i Sverige 2015

Omslagsfoto: Lars Forsstedt

Grafisk form: LO

Tryck: Bantorget Grafiska AB, Stockholm 2015

ISBN 978-91-566-3076-7

LO 15.06 500

Förord

Detta är en rapport som är framtagen inom ramen för LOs välfärdspolitiska utredning, som tillsattes av LOs styrelse direkt efter förra LO-kongressen 2012. Hittills har ett antal rapporter och åtgärdsprogram, bland annat om vinstdriften i välfärden, framtidens sjukförsäkring, principer för arbetsskadeförsäkringen och behovet av att stärka äldreomsorgen, tagits fram.

Vid den senaste kongressen tog ett antal motionärer upp frågan om allas rätt till tandvård och dess finansiering (se särskilt avsnitt senare i rapporten). LO kongressen beslöt att skicka vidare frågan till välfärdsutredningen för närmare analys och framtagandet av ett konkret förslag på tandvårdsområdet. Den rapport du nu håller i din hand är frukten av detta arbete.

Rapporten bygger och utgår alltså från LO-kongressens beslut. Kjell Rautio, välfärdsutredare vid LO, är den som hållit i pennan när texten successivt vuxit fram. Yeshiwork Wondemeneh, från fackförbundet Kommunal, har också varit involverad i framtagandet av texten. Analysen och texten har också diskuterats inom LOs välfärdsutredning och med andra berörda LO-utredare samt varit ute på remiss hos samtliga LO-förbund inför LO-styrelsens beslut. De förslag som förs fram är alltså väl förankrade hos samtliga 14 LO-förbund.

Studerar man tandvården tvingas man notera växande socio-ekonomiska skillnader när det gäller tillgänglighet och tandhälsa. Detta speglar givetvis utvecklingen mot ökade klassklyftor som vi sett det senaste årtiondet. Allt fler har börjat dölja sina leenden som en följd av detta, därav titeln på rapporten.

En rapport av detta slag kan naturligtvis läggas på olika detaljnivåer och ha skilda tidshorisonter. Vägledande i arbetet har inte varit att ta fram ett heltäckande och konstadsberäknat förslag. En av slutsatserna i rapporten är att det behövs en genomgripande översyn över hela tandvårdssystemet, där en av utgångspunkterna bör vara att tandvård på sikt inte ska kosta mer än sjukvård för den enskilde.

Samtidigt krävs en rad mer akuta insatser för att börja styra utvecklingen i rätt riktning. I rapporten presenteras därför också en tydlig reforminriktning, för innevarande mandatperiod, som syftar till att motverka ökade klassklyftor i tandhälsa. Men det kommer att krävas fortsatta och fördjupade analyser, inte minst när det gäller de ekonomiska avvägningar som måste göras i relation till andra angelägna politiska reformer.

I slutändan är det en fråga om politisk vilja. Vill vi att ojämlikheten och klasskillnaderna i tandhälsa ska fortsätta att öka och vår klasstillhörighet allt mer ska avspegla sig i våra leenden? Om svart blir ”nej!” på denna fråga finns det i denna rapport en god utgångspunkt, när det gäller att utforma en politik för att utjämna klasskillnaderna i tandhälsa i detta land.

Stockholm 2015-06-08

Tobias Baudin, LOs förste vice ordförande

Sammanfattning

Klasskillnaderna i vårt land växer dramatiskt. Detta är till stor del resultatet av en medveten politik. När den borgerliga regeringen tillträdde var en grundbult i deras välfärds- och arbetsmarknadspolitik att öka skillnaden mellan dem som jobbar och dem som inte gjorde det. A-kassan blev dyrare och svårare att kvala in till. Sjukförsäkringens regelverk stramades åt. En rad andra viktiga välfärdsbehov nedprioriterades för att skapa rum för gigantiska skattesänkningar.

Denna politik har helt uppenbart inte fungerat, i stället har den strukturella arbetslösheten och fattigdomen ökat. Allt fler har låsts fast i en situation långt från den reguljära arbetsmarknaden. Hundratusentals sjuka och arbetslösa har blivit av med sitt försäkringsskydd och hänvisats till stöd från anhöriga och vänner eller tvingats vända sig till kommunernas socialkontor.

Den kraftigaste fattigdomsökningen bland arbetslösa och sjuka skedde strax efter att den borgerliga regeringen tog över makten 2006. 2003 klassades drygt 9 procent i gruppen som fattiga – det vill säga hade en inkomst under 60 procent av medianinkomsten. Tio år senare, 2013, var motsvarande siffra drygt 33 procent, enligt SCB som nyligen presenterade ny statistik.¹

När det gäller tandhälsan återfinns samtliga nordiska länder bland dem som har bäst tandhälsa i Europa. Majoriteten av den svenska befolkningen har en god tandhälsa och besöker tandvården regelbundet. Drygt 70 procent av den vuxna befolkningen (20 år och äldre) besökte tandvården för en undersökning under perioden 2009–2011. Generellt sett har tandhälsan för såväl barn som vuxna förbättrats i de nordiska länderna de senaste decennierna. Men det finns också en hel del orosmoln.

Ojämligheten i tandhälsa ökar. Det konstaterar alla som närmare studerat frågan. Detta är också den bild som växer fram i denna rapport. De växande klasskillnaderna avspeglar sig i ökad utsträckning i våra leenden. Arbetslösa, sjukskrivna är särskilt utsatta och halkar efter. Det finns också stora och växande skillnader i tandhälsa mellan barn med olika socioekonomisk bakgrund. Personer födda utanför Europa, arbetssökande, låginkomsttagare och lågutbildade känner sig dessutom mindre respektfullt bemötta än genomsnittet av befolkningen när de uppsöker tandvården.

De reformer som den borgerliga regeringen genomförde på tandvårdsområdet har varken lyckats öka besöksfrekvensen i önskvärd utsträckning eller göra tillgången på tandvård mer jämlik. Att tänderna är en del av kroppen är dock ett obestridligt faktum. Trots detta så gäller i dag inte samma stöd för tandvård som övrig sjukvård. Alla som själv någon gång haft problem med tandhälsan vet hur viktigt det är att vi har en god och tillgänglig tandvård som alla kan ta del av oavsett plånbokens tjocklek. Tandhälsan får inte vara en klassfråga!

Det finns i dag anledning att ta ett samlat grepp över detta politikområde. Det behöver göras en grundlig översyn av hela tandvårdssystemet, utgångspunkten bör vara att tänderna faktiskt är en del av kroppen. Det handlar ytterst om att skapa villkor som gör att den enskildes kostnader för tandvård blir överkomliga för alla medborgare och att tandvården på ett bättre

¹ Arbetet, *Dramatiskt ökad fattigdom bland sjuka och arbetslösa*, 2015-03-26.

sätt än i dag integreras i sjukvården. Att besöka tandvården borde egentligen inte vara dyrare än att besöka sjukvården.

Några åtgärder bör dock kunna genomföras parallellt med den grundliga översynen som krävs. Detta för att kunna motverka de akuta problem som finns. Dessa kan delvis mötas genom att göra justeringar inom ramen för nuvarande system. Men det krävs också ett antal viktiga systemförändringar för att utvecklingen ska kunna vändas. I rapporten pekas en tydlig reforminriktning ut som bör sjasättas under innevarande mandatperiod. Denna kan kort sammanfattas i några punkter:

- För att motverka ekonomiska incitament som är kostnadsdrivande, genom att privata och offentligt ägda aktörer överdebiterar i takt med en ökad subventionsgrad, bör regeringen införa en *prisreglering* och en effektivare kontroll av tandvårdssektorn. Detta är en nödvändig förutsättning för att subventionsgraden ska kunna ökas.
- Det *allmänna tandvårdsbidraget* bör göras om till ett generellt bidrag lika för alla och höjas, från dagens 150 och 300 kronor till förslagsvis 400–500 kronor för alla.
- Det *särskilda tandvårdsstödet* bör höjas, från dagens 600 kronor till förslagsvis 700–800 kronor.
- *Högekostnadsskyddet* måste förbättras och utformas så att det i högre utsträckning stimulerar fler att uppsöka tandvården. Dagens självrisk för den enskilde, det vill säga att högekostnadsskyddet träder in först efter åtgärder som kostar mer än 3 000 kronor, innebär en orimligt hög tröskel in i tandvården för dem som har knappa ekonomiska resurser. LO förordar därför en statlig subvention redan från första kronan. Exakt procentuell nivå på denna subvention och var brytpunkterna mellan olika subventionsgrader ska läggas bör närmare analyseras.
- *Information om stöd och hjälp med munhygien* ska vara en självklar del av omvårdnaden om de äldre. Här är det särskilt viktigt att informera om möjligheten att få hembesök från tandvården (uppsökande verksamhet) och få nödvändig tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Ska vi kunna åtgärda de problem som finns måste arbetet med att förstärka insatserna på tandvårdsområdet komma i gång så snart som möjligt. Detta bör vara ett av de viktiga och prioriterade politikområdena för regeringen under mandatperioden.

Insatserna för en förbättrad tandhälsa hos de mest socialt och ekonomiskt utsatta grupperna är en viktig jämlikhetsfråga. För LOs del är det fullständigt oacceptabelt att den utveckling, mot växande klasskillnader i tandhälsa, som konstateras i denna rapport kan tillåtas fortgå. En regering som sätter frågan om att bekämpa ojämlikheten högt på den politiska dagordning måste, för att behålla sin trovärdighet, genomföra effektiva insatser som minskar klasskillnaderna i tandhälsa.

LO-kongressens beslut – tänderna och övriga kroppen

Vid LO-kongressen 2012 behandlades tre motioner med följande yrkanden:

att tandvården innefattas i den allmänna sjukförsäkringen (motion 18.22)

att tandvård ska ingå i högkostnadsskyddet (motion 18.23).

att tänder ska räknas som vilken kroppsdel som helst och att tandvården ska integreras i sjukvården samt att samma taxa som gäller inom sjukvården ska gälla (motion 18.24).

Dessa att-satser och motioner besvarades och frågan fördes sedan till LOs välfärdsutredning att närmare att analysera och hantera. I sitt motionsutlåtande formulerade sig LOs styrelse så här:

”Styrelsen anser att ett högkostnadsskydd för tandvård måste finnas och att det ska ligga på en rimlig nivå. Ett nytt system för högkostnadsskydd inom tandvården infördes 2008.

Försäkringskassans egen utvärdering av tandvårdsreformen visar att kostnaderna har minskat för dem som har mycket omfattande behov av tandvård, men att tandvården är fortsatt dyr för stora grupper med återkommande behov inom normala gränser. Styrelsen anser att det krävs en fortsatt förbättring av tandvårdsförsäkringen.”

Som framkommer i denna rapport har dock utvecklingen mot ökade klasskillnader i tandhälsa ytterligare accentuerats efter LOs kongress. Det kan därför finnas anledning att nu göra en bredare analys rörande framtida reformbehov. Redan diskussionerna vid senaste LO-kongressen indikerade att det finns ett växande behov av reformer, som underlättar för LO-förbundens medlemmar att upprätthålla en god tandhälsa. Men vad innebär de olika yrkandena i kongressmotionerna egentligen?

När det gäller yrkandet om att tandvården ska ingå i samma högkostnadsskydd som sjukvården (motion 18.22) så innebär detta konkret att när man betalat 1 100 kronor i sjukvårds- och tandvårdskostnader inom en period på tolv månader har man rätt till ett frikort. Man måste visa upp sina kvitton för att få frikortet. När man fått frikortet behöver man inte betala några patientavgifter eller avgifter för tandvård under resten av tolv månadersperioden. Frikortet gäller under resten av tolv månadersperioden räknat från dagen när man betalade den första patientavgiften. Frikort för sjukvård är personligt och visas vid besök i vården tillsammans med legitimation.

Yrkandet om att tandvården ska integreras i sjukvården samt att samma taxa som gäller i sjukvård ska gälla för tandvård (motion 18.24) är ännu mer långtgående, då det förutom att tandvården arbetas in i sjukvårdens högkostnadsskydd också innebär att den avgift som betalas vid besök i tandvården inte får överskrida den patientavgift som betalas vid besök i sjukvården.

Mest långtgående är dock förslaget om att integrera tandvården som en del av sjukförsäkringen (18.22). Detta innebär att finansieringen av tandvården sker via de sociala avgifterna. Rimligen borde det då handla om att höja sjukförsäkringsavgiften så att den också täcker de kostnader som tandvården skapar.

För att hantera dessa frågor inom ramen för denna rapport är det lämpligt att utifrån ett övergripande helhetsperspektiv analysera hur utvecklingen sett ut på tandvårdsområdet. Därefter handlar det om att identifiera och analysera vilka tandvårdsbehov som finns i dag och sedan ta ställning till hur dessa kan mötas på bästa sätt genom politiska reformer.

Historisk bakgrund

Redan vid sekelskiftet hade en offentligt organiserad tandvård, framför allt för barn och ungdomar, börjat diskuteras. Men Folk tandvården bildades ändå inte förrän 1938. Detta var främst resultatet av att tandläkare och tandläkarförbundet arbetade för att skapa en medvetenhet hos politiker om munhygienens betydelse genom att lyfta fram forskning som visade hur munhygien påverkar allmänhälsan.²

År 1974 genomfördes en större tandvårdsreform. Då beslöts att barn och ungdomar till och med 19 års ålder skulle få avgiftsfri tandvård. En allmän tandvårdsförsäkring för vuxna skulle också införas. Försäkringen kom att subventionera alla typer av åtgärder, även dyrare och mer omfattande behandlingar.

Målet som formulerades var att tandvården skulle bli tillgänglig för hela Sveriges befolkning, både ekonomiskt och geografiskt. De konkreta insatserna, som var resultatet av dessa målsättningar, visade sig ha stor betydelse för framför allt arbetarklassen och personer med lägre socio-ekonomisk ställning. De analyser som är gjorda visar att denna reform har bidragit till att dagens äldre har bättre tandstatus än tidigare generationer.

Men den främsta orsaken till den förbättrade tandhälsan var ändå att förekomsten av karies har minskat, vilket främst antas bero på att fluor började användas på 1970-talet. Likaså har förändrade kostvanor och en förbättrad munhygien spelat roll. Tandhälsan har inte bara förbättrats i Sverige utan även i länder där betydligt mindre resurser lagts på tandvården än i Sverige.

Det var från och med 1974 som folktandvården på allvar byggdes ut. Man införde då också en begränsning för hur många tandläkare som fick ansluta sig till tandvårdsförsäkringen. En konsekvens av detta blev att tandläkare som inte kunde få ersättning från försäkringen kom att få svårt att etablera sig som privattandläkare.

I praktiken blev anslutningsbegränsningen en etableringskontroll. Politikerna kunde därför planera och prioritera avseende utbyggnaden av den offentliga tandvården. Tillgängligheten till tandvård ökade i hela landet när allt fler tandläkare började arbeta i folktandvården.

Under den senare delen av 1970-talet gjordes omprioriteringar av stödet till vuxentandvården. Det uttalade syftet var att kostnaderna skulle hållas nere och inte tynga statsfinanserna. Effekterna märktes ganska snart när det gällde utnyttjandegraden. Allt färre vuxna patienter fick ekonomiskt stöd från tandvårdsförsäkringen och snart gick stödet främst till kostsamma behandlingar.

Ett flertal utredningar tillsattes under 1980- och 1990-talen. Syftet med dem var att ta fram ett underlag som kunde ligga till grund för beslut om hur tandvårdsförsäkringen skulle förbättras. Orsaken var framför allt att studier visat att tandhälsan – sett utifrån ett längre tidsperspektiv – hade förbättrats väsentligt, vilket medförde att behovet av reparativ tandvård ökade.

1999 infördes ett tandvårdsstöd för vuxna patienter i stället för en tandvårdsförsäkring. Konkret innebar detta att staten fortfarande stod för en del av kostnaderna, men bara för

² Stycket rörande tandvårdens historia bygger där inget annat anges på Cecilia Franzéns avhandling *Att vara en tandläkare* (Malmö högskola, Ontologiska fakulteten 2009).

ekonomiskt stöd till vuxna patienters basstandvård. För personer med ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder infördes ett särskilt statligt stöd.

Den viktiga skillnaden mellan tandvårdsförsäkring och tandvårdsstöd är att målet med den förra var att göra tandvården mer ekonomiskt tillgänglig för människor, medan tandvårdsstödet är hälsoinriktat genom att det ger mer stöd för basstandvård och till särskilda grupper. Men naturligtvis är även tanken med ett tandvårdsstöd att vårdbehovet ska minska i framtiden som ett resultat av att människors tandhälsa förbättras.

Reformen 1999 innebar också att den statliga kontrollen av tandvården minskade. En fri prissättning i tandvården infördes, det vill säga den statliga prisregleringen av tandvårdstaxan avskaffades. Efter 1999 bestämmer en privattandläkare själv sin taxa och folktandvårdens priser fastställs av landstingsfullmäktige.

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 med mera. Propositionen *Statligt tandvårdsstöd* (prop. 2007/08:49) överlämnades till riksdagen 2007 och lagförslagen trädde i kraft den 1 juli 2008.

Inom ett landsting gäller i dag samma taxa. En effekt av den fria prissättningen har blivit att landstingen höjt patientavgifterna så att det blivit möjligt för landstingen att finansiera vuxentandvården utan subventioner med skattemedel (Konkurrensverket, 2004).

Vidare innebar reformen att anslutningsbegränsningen för tandläkare till tandvårdsförsäkringen som Försäkringskassan administrerar försvann. Slopandet av etableringskontrollen innebar att fler tandläkare kan etablera sig som privattandläkare. Denna etablering styrs naturligtvis av var det finns efterfrågan.

Ser vi till utgifterna för tandvårdsförsäkringen så minskade de under större delen av 1990-talet, men regeländringar under 2002 medförde att utgifterna ökade kraftigt. Det nya regelverk som infördes den 1 juli 2008 har inneburit ökade subventioner för patienterna, men sedan 2010 har utgifterna för tandvård inte förändrats så mycket och år 2013 var utgifterna 5,2 miljarder kronor.³

³ Försäkringskassan (2014), *Socialförsäkringen i siffror 2014*.

Dagens regelverk och tandvårdssystem

Dagens ersättningsystem kan kort beskrivas i några meningar. Tandvården är avgiftsfri för barn upp till och med 19 år. För personer som är 20 år eller äldre infördes den 1 juli 2008 ett nytt tandvårdsstöd som består av tre delar, allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag och ett högkostnadsskydd.⁴

- Det *allmänna tandvårdsbidraget* ska stimulera regelbundna besök hos tandläkare och är främst tänkt att användas för undersökningar och förebyggande tandvård. Alla som enligt socialförsäkringsbalken anses vara bosatta i Sverige har rätt till allmänt tandvårdsbidrag från och med den 1 juli det år de fyller 20 år. Det gäller även vissa personer som bor i Sverige men vilka enligt socialförsäkringsbalken inte är att anse som bosatta i landet. Bidraget är på 150 kronor per år för personer i åldrarna 30–74 år och 300 kronor per år för åldersgrupperna 20–29 år samt 75 år eller äldre. Det allmänna tandvårdsbidraget betalas ut till tandläkaren eller tandhygienisten. Men bidraget tillhör patienten, och det är patienten som bestämmer om det ska användas eller inte.⁵ Patienten behöver inte ansöka om bidraget med någon blankett, utan säger till om att han eller hon vill använda sitt tandvårdsbidrag för att betala en del av kostnaden för behandlingen.
- *Särskilt tandvårdsbidrag* är ett bidrag som kan användas av patienter som har vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar som medför en risk för att tandhälsan försämras. Detta infördes den 1 januari 2013. Det särskilda tandvårdsbidraget är på 600 kronor per halvår och kan endast användas till förebyggande tandvårdsåtgärder som exempelvis undersökning och tandrengöring.⁶
- *Högkostnadsskyddet* innebär att personer som har större kostnader för tandvård inte behöver betala hela kostnaden själv. Högkostnadsskyddet beräknas under en ersättningsperiod om högst 12 månader. Om en patients kostnad under en ersättningsperiod inte överstiger 3 000 kronor utgår ingen ersättning från högkostnadsskyddet. Om kostnaden överstiger 3 000 kronor men inte 15 000 kronor ersätter Försäkringskassan 50 procent av den del som överstiger 3 000 kronor. Om kostnaden överstiger 15 000 kronor ersätter Försäkringskassan 85 procent av kostnaden som överstiger 15 000 kronor.

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

⁴ Beskrivningen utgår, där inget annat anges, från Försäkringskassan (2014), *Socialförsäkringen i siffror 2014*.

⁵ Det kommer ett nytt tandvårdsbidrag den första juli varje år. Det går att spara bidraget från ett år till ett annat och använda två bidrag under ett år, samtidigt eller vid två olika tillfällen. Man kan aldrig ha mer än två bidrag samtidigt. Har man två bidrag den 1 juli ett år försvinner ett av dem och ersätts med ett nytt. Även om tandvårdsbidraget i första hand är tänkt att användas vid undersökningar och förebyggande behandling får det också användas för andra åtgärder. Det får dock inte användas vid kosmetisk behandling, som till exempel tandblekning.

⁶ Det är vårdgivaren som ansöker om det särskilda tandvårdsstödet och anger då patientens sjukdom eller funktionsnedsättning. Inga intyg ska skickas in. Det behövs endast vid en eventuell efterhandskontroll.

målen infördes ett allmänt tandvårdsbidrag för att uppmuntra den förebyggande tandvården samt ett skydd mot höga kostnader. Stödet lämnas till vårdgivare för utförd tandvård.

När det gäller hur tandvården organiseras har det skett några viktiga förändringar sedan tandvårdsreformen 1974. Enligt tandvårdslagen (SFS, 1985:125) är landstingen ansvariga för den avgiftsfria tandvården till barn och ungdomar, specialisttandvård och vuxentandvård. Efter en lagändring 1992 har landstingen dock rätt att sluta avtal med någon annan aktör som utför de uppgifter landstinget ansvarar för. Då infördes en tydligare distinktion i lagtexten mellan beställare och utförare.

Att landstingen har ett visst ansvar betyder alltså inte att det är den offentliga folktandvården som ska utföra uppgifterna, även om det ändå ofta är folktandvården som utför den tandvård som omfattas av landstingens ansvar (SOU, 2007). Numera förekommer därför en relativt tydlig separation mellan beställare och utförare för tandvårdens del i samtliga landsting.

I och med att beställare och utförare skiljdes åt blev det möjligt för en enskild folktandvård i ett landsting att bolagiseras eller säljas ut. I februari 2013 hade fyra landsting låtit sin folktandvård gå över till att styras med en landstingsägd bolagsform: Stockholm, Södermanland, Västmanland och Gävleborg (Folktandvården 2013).

Tandvårdsstöd gäller för tandvårdsbehandling som bidrar till att:

- förebygga tandohälsa
- åtgärda smärta eller sjukdomar
- ge förmåga att äta, tugga eller tala utan större hinder
- ge ett utseendemässigt godtagbart resultat.

Vid val av olika behandlingar ska de som bevarar munnens vävnader, det vill säga, tänder, slemhinnor och käkben prioriteras. Behandlingens kvalitet och hållbarhet ska vägas mot kostnaden. All tandvård får inte tandvårdsstöd, till exempel kosmetisk tandvård eller behandling där nyttan av den inte kan visas.

I skrivande stund utvärderas 2008 års tandvårdsreform (se Dir. 2014:28). Det övergripande syftet är att utreda om tillämpningen av det statliga tandvårdsstödet har varit ändamålsenligt ”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.” I direktivet⁷ nämns särskilt att 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.

⁷ Kommittédirektiv, 2008 års tandvårdsreform, (Dir. 2014:28), s. 10.

I denna rapport kommer vi inte att närmare ha möjlighet att analysera det som går under benämningen ”abonnemangstandvård”, i stället kommer fokus att ligga på det offentliga tandvårdsstödet. Några ord behöver ändå sägas om abonnemangstandvården.

Abonnemangstandvård innebär att den enskilde ingår ett avtal med en tandläkare om tandvård till ett fast pris. När den enskilde betalar för abonnemangstandvård kan hen använda det allmänna tandvårdsbidraget. För att hen ska få använda det allmänna tandvårdsbidraget till att betala för abonnemangstandvård måste dock avtalet löpa på tre år och omfatta följande delar:

- undersökningar och utredningar
- hälsofrämjande insatser, till exempel borttagning av tandsten
- behandling av sjukdoms- och smärttillstånd
- reparativ vård, det vill säga lagning av hål och insättning av kronor.

Dessa punkter är minimikrav. Det finns ingenting som förhindrar att även annan tandvård ingår i abonnemangsavtalet. Om den enskilde har ett avtal om abonnemangstandvård kan hen inte få ersättning från högkostnadsskyddet för tandvård som ingår i abonnemangsavtalet. Det gäller även om hen går till en annan tandläkare än den hen har ingått abonnemangsavtalet med.⁸

⁸ Se Försäkringskassans digitala faktablad om abonnemangstandvård:
<https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/01c3928e-2c66-4f8c-a1f0-95eb1d3ffca8/4128-A-abonnemangstandvard.pdf?MOD=AJPERES>

Tandvård i Norden

Riksdagens utredningstjänst (RUT) fick för några år sedan i uppdrag att redovisa hur de nordiska tandvårdssystemen ser ut i förhållande till det svenska.⁹ Man gjorde en relativ grundlig genomgång av de olika ländernas tandvårdssystem. Det handlade om hur stora utgifterna för tandvård var för statskassan, hur fördelningen mellan privat och icke-privat tandvård såg ut, om och i så fall hur vinstuttag samt prissättning är reglerad.

Följande jämförelser kan vara relevant att nämna:

- Sverige har lägst andel privata vårdgivare inom tandvården (42 procent 2007).
- Ingen av de jämförda länderna har reglerat möjligheten att ta ut vinster inom tandvårdssektorn.
- Alla de nordiska länderna har olika typer av subventioner även för den vuxna befolkningen.
- Sverige har en i nordisk jämförelse hög tröskel för när subventionen ska börja gälla (3 000 kronor under ett kalenderår). Sverige är däremot det enda land som subventionerar protetik¹⁰ för hela befolkningen.
- De fem nordiska länderna har alla en avgiftsfri tandvård för barn och ungdomar, förutom på Island där den är starkt subventionerad (75 procent).
- Offentliga utgifter för tandvård per invånare är högre i Sverige än i övriga nordiska länder, något utredningstjänsten inte funnit förklaringar till. De totala utgifterna för tandvård per invånare är dock högre i både Danmark, Norge och på Island.
- Samtliga nordiska länder återfinns bland dem som har bäst tandhälsa i Europa. I alla länderna har tandhälsan för såväl barn som vuxna förbättrats de senaste decennierna.

⁹ Som fördjupning rekommenderas en artikel av Christian Holt, ”Tandvård i Skandinavien – så olika är bidragssystemen” i *Tandläkartidningen*, nr 1/2013, där mera detaljerade skillnader mellan tandvårdssystemen i Sverige, Norge och Danmark analyseras. Se även bilaga 3 i vänsterpartiet (2014) *Rapport Tandvård*.

¹⁰ Protetik innebär ersättning av saknade tänder, mjukvävnad eller en hel uppsättning tänder med olika konstgjorda metoder. Protetik innefattar också ersättning av skadade tänder med kronor, det vill säga att förnya den synliga delen av tanden.

Generell sett god svensk tandhälsa – men klasskillnaderna ökar

Nio av tio av dem som besvarade Folkhälsomyndighetens nationella folkhälsoenkät Hälsa på lika villkor uppger sig ha en god tandhälsa. Dessa uppgifter avser 2013. Men trots att tandhälsan i befolkningen som helhet förbättrats kvarstår betydande socioekonomiska skillnader. För de grupper som rapporterar sämst tandhälsa – arbetslösa, personer med sjukpenning och utlandsfödda – är hälsotillståndet oförändrat eller försämrat jämfört med 2004.¹¹

Socialstyrelsens lägesrapport från 2015 visa att andelen i befolkningen, 16–84 år, som har avstått från att söka tandvård trots att de har behov, var 15 procent år 2013. Andelen har minskat sedan år 2004 men har varit relativt oförändrad jämfört med år 2008. Det kan finnas olika skäl till att avstå från tandvård. I Folkhälsomyndighetens enkät uppgav 60 procent av de svarande att de avstått av ekonomiska skäl. I Sverige är dock tandvården kostnadsfri för barn och ungdomar fram till det år man fyller 20 år, vilket gör att andelen som avstått från tandvård sannolikt i realiteten är något högre än så i befolkningen 20 år och äldre.¹²

Det finns även regionala skillnader i tandhälsa och vårdbeteende. Mönstret i Socialstyrelsens lägesrapport från 2015 är tydligt. Storstadsbor (boende i Stockholms-, Göteborgs- och Malmöregionerna) avstår oftare från tandvård. Det står i kontrast till att tillgången till tandvård generellt är bäst i dessa regioner. I storstäderna är alltså klassklyftorna i tandhälsa störst.¹³

Det finns fortsatt stora skillnader i tandvårdskonsumtion mellan olika grupper i befolkningen, visar resultaten i folkhälsoenkäten. Socioekonomiskt svaga grupper avstår i högre utsträckning än andra från att besöka tandvården trots behov, och personer födda utanför Europa avstår oftare än personer födda i Sverige.¹⁴ Socialstyrelsen skriver:

*”Att de grupper som uppger att de avstår från tandvård trots behov också oftare rapporterar att de har en dålig tandhälsa är en indikation på att det här finns ett jämlikhetsproblem.”*¹⁵

Här finns dessutom ett tydligt socialt arv. Socialstyrelsens rapport *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga* visade att barn och unga till föräldrar som själva inte besöker tandvården löper mer än fyra gånger högre risk att utebli från tandvårdsbesök än barn till föräldrar som besöker tandvården. Den tredjedel som hade sämst tandhälsa har fått än sämre

¹¹ Folkhälsomyndigheten (2014), *Hälsa på lika villkor*.

¹² Socialstyrelsen (2015), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015*. Se även *Regeringens skrivelse 2014/15:102*, s. 75–76.

¹³ Socialstyrelsen (2015), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015*, s. 85.

¹⁴ I gruppen utlandsfödda lever en stor andel i ekonomisk utsatthet, vilken dessutom kan vara mycket långvarig. Sannolikt finns en bättre förklaring till tandhälsa i denna ekonomiska utsatthet än i ”utländskheten”. En djupare analys om effekten av långvarig ekonomisk utsatthet på tandhälsan kan bidra till bättre resonemang kring vilken tandvårdsmodell vi bör sträva efter.

¹⁵ Socialstyrelsen (2015), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015*, s. 86.

tänder den senaste tioårsperioden, vilket innebär att tandvården inte lyckats minska kariesskadorna hos de barn som har mest karies.¹⁶

Barn från socioekonomiskt svaga grupper rapporteras ha sämre tandhälsa än andra barn och detta är särskilt påtagligt bland barn med utländskt ursprung. Dessutom konstaterar socialstyrelsen att tandhälsan hos barn i storstadsområden är sämre än i landet i övrigt. Ytterligare ett problem som dagens tandvård inte fångar upp är de många ungdomar som slutar uppsöka tandvården i förebyggande syfte i samma stund som de lämnar den avgiftsfria barntandvården.¹⁷

Till sist finns det, precis så som Socialstyrelsen lyfter fram i sin lägesrapport från 2015, hos många äldre ett tandvårdsbehov som inte är tillräckligt tillgodosett. Detta då allt fler har kvar sina egna tänder och därmed har ett ökat behovet av munvård för att tandhälsan ska kunna bevaras. Så här sammanfattar Socialstyrelsen situationen i sin senaste lägesrapport¹⁸:

- Majoriteten av befolkningen har en god tandhälsa och besöker tandvården regelbundet. Drygt 70 procent av den vuxna befolkningen (20 år och äldre) besökte tandvården för en undersökning under perioden 2009–2011. Samtidigt ökar skillnaderna i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper. Arbetslösa, sjukskrivna och utlandsfödda halkar efter.
- Allt färre barn drabbas av karies, men även här finns det stora skillnader i tandhälsa mellan barn med olika socioekonomisk bakgrund.
- Personer födda utanför Europa, arbetssökande, låginkomsttagare och lågutbildade känner sig respektfullt bemötta i lägre utsträckning än genomsnittet av befolkningen när de uppsöker tandvården.
- Många äldre har problem med munhälsan, men trots det är det ovanligt att munhälsan tas upp av kommunernas handläggare när de bedömer äldres biståndsbehov. Endast fem procent av handläggarna uppger att de alltid tar upp munhälsa och tandvård vid sina bedömningar.
- Det är fortsatt stora skillnader i antibiotikaförskrivningen över landet beroende på olika praxis.

Ser vi på den senaste statistiken rörande för år 2013 utifrån ett könsperspektiv kan två saker noteras¹⁹:

- Totalt 52 procent av befolkningen i åldrarna 20 år eller äldre har använt det allmänna tandvårdsbidraget under 2013. Andelen är högre bland kvinnor än bland män i alla åldersgrupper upp till 74 år.
- Totalt avslutades år 2013 drygt 1 miljon ersättningsperioder i högkostnadsskyddet. I genomsnitt utbetalades från Försäkringskassan 3 900 kronor för kvinnor och 4 100 kronor för män per avslutad ersättningsperiod. Storleken på det ersatta beloppet varierar dock avsevärt och en stor del av den utbetalda ersättningen ges till en mindre grupp av mottagare.

¹⁶ Socialstyrelsen (2013), *Sociala skillnader mellan barn och unga*.

¹⁷ Socialstyrelsen (2013), *Sociala skillnader mellan barn och unga*.

¹⁸ Socialstyrelsen (2015), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvården och socialtjänst, Lägesrapport 2015*.

¹⁹ Statistiken är hämtad från Försäkringskassan (2014), *Socialförsäkringen i siffror 2014*, s. 66–69.

Dagens tandvårdsstöd motverkar ej klasskillnaderna

Klasskillnaderna i vårt land växer just nu dramatiskt. Detta är till stor del resultatet av en medveten politik. När den borgerliga regeringen tillträdde var en grundbult i deras välfärds- och arbetsmarknadspolitik att öka skillnaden mellan dem som jobbade och dem som inte gjorde det. A-kassan blev dyrare och svårare att kvala in till och sjukförsäkringens regelverk stramades åt.

Denna politik har inte fungerat, i stället har den strukturella arbetslösheten och fattigdomen ökat. Allt fler har låsts fast i en situation långt från den reguljära arbetsmarknaden. Hundratusentals sjuka och arbetslösa har blivit av med sitt försäkringsskydd och hänvisats till stöd från anhöriga och vänner eller tvingats vända sig till kommunernas socialkontor.

Den kraftigaste fattigdomsökningen bland arbetslösa och sjuka skedde strax efter att den borgerliga regeringen tog över makten 2006. 2003 klassades drygt 9 procent i gruppen som fattiga – det vill säga hade en inkomst under 60 procent av medianinkomsten. Tio år senare, 2013, var motsvarande siffra drygt 33 procent, enligt SCB som nyligen presenterade ny statistik.²⁰ De växande klasskillnaderna avspeglas också i ökad utsträckning i våra leenden.

De insatser den borgerliga regeringen gjort på tandvårdsområdet har varken lyckats öka besöksfrekvensen i önskvärd utsträckning eller göra tillgången på tandvård mer jämlik. I rapporten *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet* redovisar exempelvis Tandvårds- och läkemedelsverket (TLV) att när det gäller åldrarna 20–40 år och personer över 80 år finns det tydliga klasskillnader. I dessa två åldersgrupper konsumerar de med lägst inkomst mindre tandvård och får därför mindre stöd än personer i samma ålder med högre inkomst.

TLVs undersökning visar också att låginkomsttagare tenderar att besöka tandvården i lägre utsträckning. Men låginkomsttagarna konsumerar mer tandvård när de väl besöker tandvården. Generellt sett behandlas låginkomsttagare dessutom med billigare åtgärder. TLVs rapport tog upp exemplet besök i tandvården på grund av tandvärk. Vid detta tillstånd kan man välja att dra ut eller rotfylla tanden. Att dra ut tanden är en billigare åtgärd än en rotfyllning, och studien visade att ju lägre inkomst patienten har, desto högre andel av behandlingarna utgörs av tanduttagningar.²¹

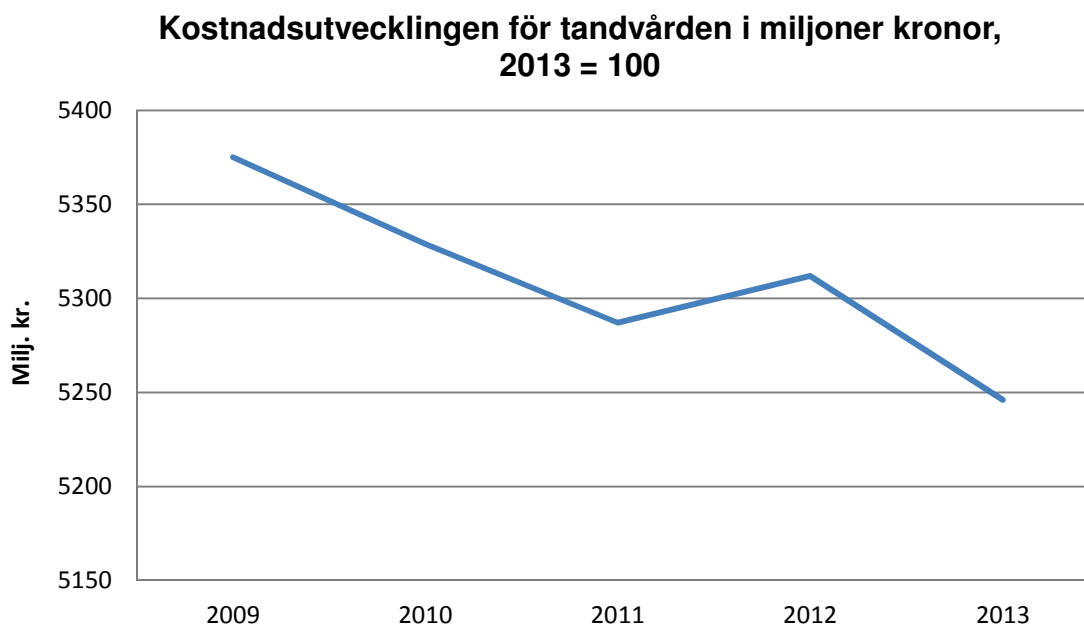
Det statliga tandvårdsstödet för vuxna som infördes av alliansregeringen 2008 bidrar alltså inte till att utjämna skillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper. Personer med låg inkomst besöker tandvården i lägre utsträckning än personer i samma ålder med högre inkomst. Detta trots att låginkomsttagarna har en generellt sett sämre tandhälsa.

²⁰ Arbetet, *Dramatiskt ökad fattigdom bland sjuka och arbetslösa*, 2015-03-26.

²¹ Tandvårds- och läkemedelsverket (2014), *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet*.

Ekonomi, tillgänglighet och nyttjandegrad

När det nya tandvårdsstödet infördes var förhoppningarna stora på att befolkningen skulle förändra sitt tandvårdsbeteende till det bättre genom att bli mer regelbundna i sina kontakter med tandvården. Så tycks det dock inte ha blivit. Som vi kan se av nedanstående diagram ökade visserligen kostnaderna något mellan 2011 och 2012, men ligger 2013 nere på 5,2 miljarder. Det är en minskning 2009 och 2013 på 2,4 procent eller 129 miljoner kronor.



Källa: Socialstyrelsen (2015)

Anslagssparandet för 2011 blev mer än 1,7 miljarder och beror främst på att betydligt färre än väntat använde sig av tandvårdsstödet. I en rapport från Försäkringskassans framgår att tandvårdsstödet högkostnadsskydd 2011 kostade drygt 3,9 miljarder. Till detta kommer kostnaderna för det allmänna tandvårdsbidraget motsvarande knappt 900 miljoner.

Under samma år konsumerade den vuxna befolkningen tandvård till en kostnad av drygt 14 miljarder kronor. Utbetalningarna från högkostnadsskyddet motsvarade drygt en tredjedel av detta. Högkostnadsskyddets konstruktion innebär dock att de flesta som besöker tandvården inte får någon ersättning alls från högkostnadsskyddet.²²

Dessa resultat måste, utifrån de politiska målsättningar som formulerades vid reformens införande, anses vara nedslående. Det nuvarande tandvårdsstödet utformning syftade ju främst till att stärka högkostnadsskyddet och till att få fler att regelbundet besöka tandvården. Syftet var att undanröja ekonomiska hinder så att fler uppsöker tandvården. Så blev det uppenbarligen inte. Detta styrks av en rad olika studier.

²² I Försäkringskassan (2012), *Det statliga tandvårdsstödet – en lägesrapport 2012*.

Enligt Tjänstetandläkarna²³ har kostnaderna för tandvård ökat för drygt 90 procent av patienterna sen stödet infördes. Tandvården har alltså blivit dyrare för nästan alla jämfört med det tidigare systemet. Enligt riksrevisionen får 75 procent av befolkningen betala sin tandvård från första till sista kronan som ett resultat av dagens tandvårdsstöd. Inte heller har antalet patienter som regelbundet besöker tandvården ökat på det sätt som förväntades. Enligt riksrevisionens granskning från 2012 har besöksfrekvensen hos tandvården bara ökat med endast 2 procentenheter under tiden med det nya tandvårdsstödet. Besöksfrekvensen var 2011 uppe i 59 procent per år, att jämföras med de förväntade 67 procentenheter.²⁴

Statistiken som Riksrevisionen tagit fram visar att inga förbättringar åstadkommits då det gäller att få personer som lever med knappa ekonomiska resurser att besöka tandvården. Dessa är fortfarande mer än dubbelt så många jämfört med personer utan ekonomiska svårigheter. Ur riksrevisionens rapport kan man även utläsa att tandvårdsreformen från 2008 har varit prisdrivande, i stället för tvärtom – vilket var målet.²⁵

När det gäller att sänka trösklar brukar ju subventioner i syfte att sänka priset vara en väg att gå. Uppenbarligen fick ändå inte utformningen av nuvarande tandvårdsstöd avsedd effekt. För att denna väg ska vara effektiv bör man naturligtvis först försäkra sig om att åtgärden (subventioner som syftar till att sänka priset) verkligen har effekt. Därför kan det vara intressant att studera vad forskningen kommit fram till när det gäller priskänsligheten kopplad till tandvården.

Det finns ett antal studier gjorda rörande tandvårdens priskänslighet. I en av de senaste konstateras rörande det samlade forskningsläget:

*”Den samlade bedömningen av resultaten är dock att ett på marginalen lägre tandvårdspris är associerat med ett högre tandvårdsnyttjande. Ytterligare något som är återkommande i flera studier är att samvariationen mellan pris och nyttjande främst syns i sannolikheten att besöka tandläkare (till exempel Manning m.fl., 1986, Mueller & Monheit, 1988, Grytten m.fl., 1996). Resultatet tolkas som att priset i första hand påverkar beslutet att gå till tandläkaren eller ej, medan omfattningen av den tandvårdsbehandling som sedan följer är mindre priskänslig.”*²⁶

Helt uppenbart finns det stöd för slutsatsen att priset på tandvård har betydelse för nyttjandet, åtminstone när det gäller benägenheten att för första gången uppsöka tandvården. Detta och den vidare problembild som hittills tecknats bör ligga till grund för de förändringar som genomförs.

²³ Tjänstetandläkarna är en förening för alla anställda tandläkare, oavsett om man är verksam inom offentlig eller enskild sektor. Föreningens uppgift är att bevaka medlemmarnas fackliga och yrkesmässiga intressen.

²⁴ Riksrevisionen, (2012), *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?*, RIR 2012:12.

²⁵ Riksrevisionen (2012), *Tandvårdsreformen 2008 – nå den alla?*, RIR 2012:12.

²⁶ Grönkvist E., (2012), *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse*, Försäkringskassan, Working Papers in Social Insurance 2012:1

Egenavgifter och skattefinansiering

Det är naturligtvis svårt att, med den begränsade tid och de begränsade resurser som står LOs välfärdsutredning till buds, att göra en exakt och realistisk uppskattning av vad det exempelvis skulle kosta skattebetalarna att integrera tandvården i sjukvården och dessutom inför samma taxa inom tandvården som gäller inom sjukvården. De uppskattningar som kan göras måste därför i hög grad bli approximativa, teoretiska och statiska.

Ett sätt att närma sig frågan kan vara att ta sin utgångspunkt i de siffror som finns rörande hur mycket den vuxna befolkningen konsumerade av tandvård under ett givet år och sedan undersöka hur stor del av detta som täcktes av det nuvarande tandvårdsstödet. Därefter kan en enkel och statisk jämförelse göras med hur stor andel av sjukvården som finansieras genom egenavgifter, det vill säga av medborgarna själva. Genom denna räkneövning kan man få fram en högst approximativ uppskattning över var en lägsta nivå ligger om ”tänderna görs till en del av kroppen”.

Som vi tidigare sett låg den vuxna befolkningens totala tandvårdskonsumtion år 2011 på drygt 14 miljarder kronor. Utbetalningarna från högkostnadsskyddet motsvarade drygt en tredjedel av detta. Totalt betalades 4,8 miljarder ut i statligt tandvårdsstöd under 2011. Det allmänna tandvårdsbidraget motsvarade 880 miljoner och högkostnadsskyddet stod för den större andelen på 3,92 miljarder.²⁷

Ser vi till hälso- och sjukvården i Sverige motsvarar de så kallade egenavgifterna 13–14 procent av de totala kostnaderna för besök i öppenvården under 2011. Avgiftsandelen varierar dock kraftigt mellan olika delar av vårdsektorn. Högsta avgiftsandelen gäller faktiskt just för tandvård, där patienternas egenavgifter står för cirka 60 procent av totalkostnaderna.²⁸

Gör man en statisk räkneövning kan man alltså komma fram till den extra kostnad det skulle innebära om tandvårdens egenavgiftsuttag skulle ligga på samma nivå som öppenvårdens, det vill säga 13–14 procent. Det handlar då om en årlig ökning av skattefinansieringen av tandvården på åtminstone ca 6,5 miljarder kronor. År 2011 skulle alltså skattebetalarnas årliga kostnad för tandvård öka från 4,8 miljarder kronor till strax över 11 miljarder kronor, det vill säga mer än en fördubbling.²⁹

Man får dock inte glömma bort att detta endast är en statisk och teoretisk räkneövning. I praktiken skulle naturligtvis slutsumman bli betydligt högre eftersom en högre offentlig subventionsgrad rimligen borde föra med sig en högre tandvårdskonsumtion, inte minst då priskänsligheten för tandvård kan antas vara betydligt högre än för hälso- och sjukvård.

²⁷ I Försäkringskassan (2012), *Det statliga tandvårdsstödet – en lägesrapport 2012*

²⁸ Se SOU 2012:2, *Framtidens högkostnadsskydd i vården*

²⁹ Ungefär samma summa (6 miljarder/år) kom Riksdagens utredningstjänst (RUT) fram till 2013 när de på uppdrag av kd-politikern Magnus Sjö Dahl räknade ut vilken extra kostnad för statsbudgeten som skulle uppstå om samma högkostnadsskydd gavs vid tandvård som vid sjukvård, se *Magnus bloggar, 30 september 2013, "Tänderna är en del av kroppen!"*: <http://magnus-ontheroad.blogspot.se/2013/09/tanderna-ar-en-del-av-kroppen.html>

Exakt var den realistiska slutsumman skulle landa, om tandvården tillämpade samma taxa som öppenvården, är därför mycket svår att förutse.³⁰

För att göra mer realistiska uppskattningar av vilka effekter olika systemförändringar för med sig krävs mer dynamiska modeller och analyser. En rad olika faktorer förutom priskänsligheten måste vägas in. Tyvärr finns inte några sådana mera fördjupade och dynamiska analyser i dag. Förmodligen beror detta på att tandvården inte stått i centrum för samhällsdebatten på länge. Inte desto mindre har riksdag och regering ett ansvar för att följa utvecklingen och hålla sig uppdaterad när det gäller vilka medel som står till buds för att motverka en utveckling som inte är önskvärd.

LO vill mot denna bakgrund lyfta fram behovet av en ordentlig översyn och bred politisk diskussion rörande hela tandvårdssektorn, där naturligtvis en av utgångspunkterna bör vara det faktaunderlag som tas fram av den pågående utvärderingen av 2008 års reform (se Dir. 2014:28). Det handlar om att såväl genomlysna hur de kostnadsdrivande krafter som uppenbarligen är verksamma i sektorn ser ut och på bästa sätt kan motverkas.³¹ Men det handlar också om att utifrån en nyanserad och fördjupad problem- och behovsanalys ta fram reformförslag som kan motverka de växande socio-ekonomiska skillnaderna i tandhälsa. Det strider mot arbetarrörelsens grundläggande jämlikhetstanke att acceptera att klasstillhörigheten enkelt kan avläsas av leendet.

³⁰ Att denna summa (6,5 miljarder) är allt för lågt räknad visar också analyser av andra. Till exempel har Riksdagens utredningstjänst (RUT), PRO och Tjänstetandläkarna vid olika tillfällen beräknat vad det kostar att låta tandvården ingå i hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. De kommer fram till att en sådan reform totalt skulle kosta någonstans mellan 13 och 20 miljarder kronor per år mer jämfört med dagens kostnader för tandvården.

³¹ Här är det viktigt att kartlägga och föreslå åtgärder som hindrar såväl överdebitering som fusk i syfte att skapa ett ökat överskott/vinst. Det finns i detta avseende anledning att närmare undersöka såväl privata som offentliga aktörer. Folk tandvården har, som tidigare nämnts, bolagiserats i delar av landet. Man har också på vissa ställen infört olika former av bonus-, resultatdelnings- och belöningssystem som kan göra att patientens bästa inte prioriteras och att strävan att skapa överskott/vinst sätts före det som rimligen kan motiveras utifrån tandhälsosynpunkt, se exempelvis TV4s *Kalla fakta* 2015-05-26.

Slutsatser och avvägningar – vilka problem finns att lösa?

Även om tandvården enligt de politiska beslut som fattats ska vara tillgänglig för alla är detta inte fallet i dag. Trots att standarden i svensk tandvård håller en relativt sett hög internationell nivå kan vi samtidigt notera växande och stora skillnader i tandhälsa mellan olika grupper.

Den problembild som växer fram kan sammanfattas i två punkter:

- Uppenbarligen är tröskeln till tandmottagningarna allt för hög för många. Förklaringen är sammansatt. Men enligt de analyser som är gjorda handlar det främst om för höga kostnader, bristande information, språksvårigheter och rädsla.
- Klasskillnaderna i tandhälsa ökar. När tandhälsan förbättras för genomsnittssvensken är tandhälsan oförändrad eller till och med försämrade för socio-ekonomiskt utsatta grupper. Det handlar exempelvis om fattiga äldre, funktionshindrade, olika invandrargrupper och låginkomsttagare och deras ungdomar. För dem är tandhälsan ojämnare fördelad än bland resten av befolkningen. Dessa grupper halkar dessutom efter genomsnittet.

Här krävs naturligtvis en tydlig politisk viljeinriktning som med hjälp av konkreta reformförslag motverkar denna utveckling. Men är det rimligt att, så som ett antal motionärer till LO-kongressen föreslår, göra tandvården till en del av sjukvården? Ja, naturligtvis finns det många poänger i det resonemang som landar i slutsatsen att ”tänderna bör göras till en del av kroppen”. Tänderna är ju faktiskt en del av kroppen och tandhälsan påverkar ju också andra delar av vår kropp. Exempelvis har det ju konstaterats att tandhälsan påverkar olika hjärtsjukdomar.

Däremot är det inte helt enkelt att lösa problemet med att öka subventionerna så att det blir lika kostsamt/billigt att uppsöka tandvården som det är att uppsöka primärvården. Man får inte glömma bort att en stor del av tandvården i dag utförs av vinstdrivande aktörer.

I dag finns en så kallad referensprislista som bland annat syftar till att stärka konsumenternas ställning och pressa ner priserna. Men i sin utvärdering konstaterar dock Riksrevisionen att detta system inte fungerar. Riksrevisionen skriver:

”I och med att vårdgivarna saknar incitament till att hålla priser som ligger lägre än referensprislistan tenderar den att utgöra ett golv för tandläkarnas priser. Konsekvensen av detta blir att det finns en risk att högkostnadsskyddet urholkas, då tandläkarens pris ofta ligger över angivet referenspris. Skillnaden mellan tandläkarens pris och angivet referenspris får patienten stå för.”³²

Att enbart införa en mer generös subvention, utan att exempelvis förstärka kontrollen av de vinstdrivna privata samt offentliga aktörerna över prissättningen, skulle därför riskera att leda till att dessa får ett incitament att sälja in insatser som inte främst är motiverade utifrån tandhälsosynpunkt utan i stället handlar om att de vill öka sina vinstmarginaler.³³ Denna typ av utveckling har vi också sett inom djursjukvården, där olika riskkapitalbolag etablerat sig och helt uppenbart ”saltat räkningarna” och utfört insatser som inte är motiverat utifrån

³² Riksrevisionen, (2012), *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla*, s. 80.

³³ Se exempelvis inlägg i TV4s *Kalla fakta* 2015-05-26.

djurets hälsostatus och sedan skickat räkningen till försäkringsgivarna i syfte att öka sina intäkter.³⁴

Detta är också ett problem som uppmärksammades av SOU 2007:19 som pekar på att den tredjepartsfinansiering kombinerad med fri prissättning, som vi har inom dagens tandvård, riskerar att skapa allvarliga incitamentsproblem:

”När två parter skall komma överens om vad som skall göras och en tredje skall betala huvuddelen av detta är risken stor att mer och dyrare vård utförs än vad som är nödvändigt. Detta problem är särskilt påtagligt inom tandvården då antalet möjliga behandlingsalternativ i samma situation kan vara flera och alternativen skilja sig kraftigt åt i kostnader.”³⁵

Det är viktigt att de nya pengar som staten går in med också ger effekt på priserna för patienterna. För att göra det billigare att gå till tandläkaren är det därför rimligt att återinföra en prisreglering för de tandläkare som vill att deras priser ska subventioneras med allmänna medel. Regeringen bör därför, i anslutning till att ökade resurser till tandvården presenteras och verkställs införa en prisreglering.³⁶ Här bör naturligtvis negativa och positiva effekter av det system som fanns före avregleringen 1999 ordentligt analyseras innan man gör valet av regleringsmodell.

Dessutom bör man inte glömma bort att det, som vi tidigare visat, är mycket kostsamt att göra ”tänderna till en del av kroppen” i ett enda alexanderhugg. Görs detta under en mandat period måste man, som vår enkla räkneövning visat, utgå ifrån att detta leder till att kostnaderna för tandvården mer än fördubblas/flerdubblas på årsbasis.

Man bör också vara medveten om att under de åtta år som alliansregeringen styrde landet åsidosattes välfärdssektorn systematiskt. Sjukförsäkringen och arbetslöshetsförsäkringen utsattes för stora nedskärningar och regelverken skärptes, vilket lett till att många utsatta fattiggjorts.

De stora skattesänkningarna orsakade också en resursbrist inom vården, skolan och omsorgen. Det är således en såväl kostsam som omfattande uppgift den nuvarande regeringen står inför. De revor i de sociala skyddsnäten och välfärdssektorn som alliansregeringen lämnat efter sig kommer att kräva kraft och resurser. En förbättring av stödet på tandvårdens område måste naturligtvis vara en del av en sammanvägning av insatser utifrån ett bredare välfärdspolitiskt helhetsperspektiv.

I dag kan vi dock konstatera att tröskeln in till ett första besök hos tandläkaren tycks vara för hög för allt för många. Särskilt allvarligt är det att tandhälsan försämras hos utsatta grupper, så som fattiga äldre, personer med olika typer av funktionsnedsättningar, långtidsarbetslösa där utlandsfödda är överrepresenterade och låginkomsttagare i allmänhet. För att långsiktigt lösa detta problem krävs naturligtvis en effektiv politik för att bekämpa klassklyftorna och skapa möjligheter för fler att försörja sig på förvärvsarbete.

³⁴ Se artikel i *Dagens Industri* från 2015-02-05 där Folksams VD, Jens Henriksson, rasar över de rikskapitalägda djursjukvårdsaktörernas vinstjakt. Se även *Veterinärmagazinet.se* från 2015-02-19, ”*Folksams sexpunktslista mot djursjukvården*”.

³⁵ *Friskare tänder – till rimliga kostnader* (SOU 2007:19), s. 223.

³⁶ Ett återinförande av prisregleringen föreslogs av den socialdemokratiska regeringen strax innan man förlorade regeringsmakten 2006. Se exempelvis artikel i SvD 2005-02-03, där statssekreteraren vid Socialdepartementet, Mikael Sjöberg, slår fast: ”*Vi har under lång tid haft prisökningar på över 10 procent om året och det kan inte fortsätta.*” Se även socialdemokratiska motioner till riksdagen skrivna av exempelvis Håkan Juholt m.fl. (*Motion 2002/03:So346*) och Kerstin Kristiansson Karlstedt m.fl. (*Motion 2003/04:So580*).

De växande klasskillnaderna i tandohälsan är också bakgrunden till att LO anser att det behöver göras en bred och grundlig översyn av hela tandvårdssystemet. En utgångspunkt bör då vara att tänderna faktiskt är en del av kroppen. Det handlar om en grundlig och bred genomlysning av de problem och behov som finns samt hur dessa på ett så effektivt sätt som möjligt kan motverkas. Detta reformbehov är i dag mycket tydligt, inte minst när man analyserar effekterna av de politikförändringar på tandvårdsområdet som gjorts sedan 1990-talet.

Samtidigt kan vi inte enbart vänta in de långsiktiga effekterna av stora systemförändringar och en mer jämlikhetsinriktad politik. De långsiktiga grundläggande politikförändringarna bör givetvis samspela med konkreta insatser som förbättrar situationen här och nu när det gäller tandhälsan. Därför anser LO att tandvårdsstödet bör reformeras så att fler som i dag inte besöker tandvården faktiskt kommer att göra detta. Denna reformering kan inte vänta.

Som LO ser det borde ett första steg vara att öka nyttjandet genom att bygga ut det allmänna tandvårdsstödet så att det innebär ett enhetligt stöd till samtliga åldersgrupper på exempelvis 400–500 kronor per år och person. Att arbeta med olika tariffer för olika åldersgrupper försvårar bara möjligheterna att enkelt informera om vilket stöd som finns att få. Det är onödigt att ta på sig en tyngre pedagogisk börda än vad som är nödvändigt. Samtidigt skulle en höjning av stödet sänka tröskeln in till tandvården för många som i dag avstår från tandvård.

Att införa ett mer enhetligt stöd är viktigt inte minst på grund av att bristande information kan vara en av delförklaringarna till att många som behöver det inte uppsöker tandvården. Ersättningssystemet bör därför vara så lättbegripligt som möjligt.

Det behöver dessutom skapas förbättrade incitament hos de privata och offentliga vinstdrivande aktörerna att inte överdebitera eller ”sälja på de enskilda” tandvårdsinsatser som inte i första hand är motiverade utifrån tandhälsosynpunkt och omsorgen om patientens bästa. Detta är viktigt för att subventionsgraden ska kunna öka och inte ätas upp av ökade vinstmarginaler. Därför bör regeringen snarast undersöka hur en rimlig prisreglering kan återinföras.

Men dessa förändringar räcker naturligtvis inte. Information om stöd och hjälp med munhygien måste också bli en självklar del av omvårdnaden om de äldre. Här är det särskilt viktigt att informera om möjligheten att få hembesök från tandvården (uppsökande verksamhet) och så kallad nödvändig tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift om de har stort omsorgsbehov via exempelvis den kommunalt finansierade hemtjänsten.

På motsvarande sätt borde Försäkringskassan, Pensionsmyndigheten och socialkontoren få i uppgift att informera dem som beviljats sjukersättning, har garantipension, är långtidssjukskrivna eller långvarigt beroende av försörjningsstöd om vilka möjligheter de har att förbättra sin tandhälsa.

LOs förslag under nuvarande mandatperiod

Att tänderna är en del av kroppen är ett obestridligt faktum. Vår tandhälsa påverkar och påverkas av vårt allmänna hälsotillstånd. Trots detta gäller inte samma villkor för tandvård som övrig sjukvård. För LO är tillgången till god tandvård en viktig fördelningspolitisk fråga. Tandhälsan får inte vara beroende av vilken samhällsklass vi tillhör!

I dag ökar dock klasskillnaderna i tandhälsa. Uppenbarligen har inte de reformer som genomförts de senaste åren lyckats motverka denna utveckling. Detta är bakgrunden till att LO anser att det behöver göras en grundlig översyn av hela tandvårdssystemet. En utgångspunkt måste vara att tänderna faktiskt är en del av kroppen. Att besöka tandvården borde därför inte vara dyrare än att uppsöka sjukvården. Men det handlar också om att se till att tandvården på ett bättre sätt än i dag integreras i sjukvården.

Några åtgärder kan dock genomföras parallellt med den grundliga systemöversyn som krävs. Detta för att kunna motverka de akuta problem som finns. Som LO ser det kan dessa delvis mötas genom att göra justeringar inom ramen för nuvarande system. Med de begränsade resurser som står LOs välfärdsutredning till buds är det naturligtvis omöjligt att i denna rapport utforma ett kostnadsberäknat detaljförslag.

Men en reforminriktning kan ändå skissas, vars huvuddrag både kan och bör sjasättas under innevarande mandatperiod. Denna kan kort sammanfattas i fem punkter:

1. För att motverka ekonomiska incitament som är kostnadsdrivande, genom att privata och offentligt ägda aktörer överdebiterar i takt med en ökad subventionsgrad, bör regeringen införa en *prisreglering* samt en effektivare kontroll av tandvårdssektorn. Detta är en nödvändig förutsättning för att subventionsgraden ska kunna ökas.
2. Det *allmänna tandvårdsbidraget* bör göras om till ett generellt bidrag lika för alla och höjas, från dagens 150 och 300 kronor till förslagsvis 400–500 kronor för alla.
3. Det *särskilda tandvårdsstödet* bör höjas, förslagsvis från dagens 600 kronor till förslagsvis 700–800 kronor.
4. *Högekostnadsskyddet* måste förbättras och utformas så att det i högre utsträckning stimulerar fler att uppsöka tandvården. Dagens självrisk för den enskilde, det vill säga att högekostnadsskyddet träder in först efter åtgärder som kostar mer än 3 000 kronor, innebär en orimligt hög tröskel in i tandvården för dem som har knappa ekonomiska resurser. LO förordar därför en statlig subvention redan från första kronan. Exakt procentuell nivå på denna subvention och var brytpunkterna mellan olika subventionsgrader ska läggas bör närmare analyseras.
5. *Information* om stöd och hjälp med munhygien ska vara en självklar del av omvårdnaden om de äldre. Här är det särskilt viktigt att informera om möjligheten att få hembesök från tandvården (uppsökande verksamhet) och så kallad nödvändig tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.

Litteratur- och referenslista

- Arbetet, *Dramatiskt ökad fattigdom bland sjuka och arbetslösa*, 2015-03-26
- Dagens Industri, 2015-02-05
- Folkhälsomyndigheten (2014), *Hälsa på lika villkor*.
- Franzén, C., (2009), *Att vara en tandläkare* (Malmö högskola)
- Försäkringskassan (2012), *Socialförsäkringsrapport 2012:2, Abonnemangstandvård, En beskrivning av abonnemangstandvården och de patienter som tecknar avtal*
- Försäkringskassan (2012), *Socialförsäkringsrapport 2012:7 – en lägesrapport 2012*
- Försäkringskassan (2014), *Socialförsäkringen i siffror 2014*.
- Grönkvist E., (2012), *Efterfrågan på tandvård: Analyser av prisets och inkomsters betydelse, Försäkringskassan, Working Papers in Social Insurance 2012:1*
- Kommittédirektiv, *2008 år tandvårdsreform* (Dir. 2014:28)
- Konkurrensverket (2004), *Tandvård och konkurrens*, Konkurrensverkets rapportserier 2004:1
- Riksrevisionen, (2012), *Tandvårdsreformen 2008 – när den alla?*
- SKL, (2007), *Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård åt äldre och funktionshindrade samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling. Uppföljning av 2006 års verksamhet*.
- Socialdemokraterna, Västra Götalandsregionen (2010), *Möjligheternas Västra Götaland, gratis tandvård upp till 25 år*
- Socialdepartementet, Ds 2010:42, *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning, Förslag om tredje steget i tandvårdsreformen*.
- Socialstyrelsen (2006), *Hemlöshet i Sverige 2005. Omfattning och karaktär*.
- Socialstyrelsen, (2009) *Tandhälsa*
- Socialstyrelsen (2010), *Övergripande nationella indikatorer för god tandvård*
- Socialstyrelsen (2010), *Socialstyrelsens kartläggning av svenskarnas tandhälsa*
- Socialstyrelsen (2013), *Sociala skillnader mellan barn och unga*.
- Socialstyrelsen (2015), *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2015*.
- SOU, 2002:53, *Tandvården till 2010*
- SOU 2007:19, *Friskare tänder – till rimliga kostnader*
- SOU 2012:2, *Framtidens högkostnadsskydd i vården*
- Statens Folkhälsoinstitut (2011), *Nationella folkhälsoenkäten 2011 – Hälsa på lika villkor. Det statliga tandvårdsstödet – en lägesrapport 2012*
- SvD, 2005-02-03.

Tandläkartidningen, nr 1/2013, artikel av Christian Holt, "*Tandvård i Skandinavien – så olika är bidragssystemen*".

Tandvårdslagen (1985:125)

Tandvårds- och läkemedelsverket (2014), *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet. I Försäkringskassan (2012), "Det statliga tandvårdsstödet – en lägesrapport 2012"*
Veterinärmagazinet.se, "*Folksams sexpunktslista mot djursjukvården*", 2015-02-19.



Rapporten beställs från LO-distribution:
lo@strombergdistribution.se
Telefax: 026-24 90 26

Juni 2015
ISBN 978-91-566-3076-7
www.lo.se

OMSLAGSFOTO: Lars Forsstedt