



Riksrevisionen

2012-03-28

Synpunkter på Riksrevisionens utkast till rapport ”En tandlös reform?”

Privattandläkarna tackar för visat förtroende och lämnar följande synpunkter på utkastet till rapporten ”En tandlös reform?”

Valet av rubrik känns lite väl massmedial, och det är vår uppfattning att de fakta som redovisas i rapporten inte ger stöd för en sådan rubrik.

Dagens statliga tandvårdsstöd ger patienten ett bra skydd mot höga kostnader de få år de får stora tandvårdsbehov. Stödet ger också en möjlighet till stor valfrihet för patienten då det ger möjlighet för vårdgivare oavsett driftsform att bedriva tandvård på lika villkor. De flesta patienter som har höga tandvårdskostnader har det något eller några enstaka år, och endast en liten del av patienterna har höga tandvårdskostnader under flera år. Det statliga tandvårdsstödet är därför utformat för att ge ett bra stöd till de patienter de år de har höga kostnader, och ett lägre stöd de år de inte har höga kostnader. Per år är det ca 15 procent av befolkningen som har höga kostnader men då dessa 15 procent varierar från år till år så når stödet under en flerårsperiod en betydligt större del av befolkningen. Utformningen innebär att de flesta patienter inte tar del av stödet varje år, men det år de har större tandvårdsbehov finns det ett bra stöd mot höga kostnader

Analys av tandvårdsstödet effekter för den enskilde måste göras under en betydligt längre period än ett år, om analysen ska säga något om nyttan för den enskilde medborgaren. Tanken med tandvårdsstödet har inte varit att ge lägre kostnad varje år, utan att vara ett bra stöd för höga kostnader de få år man har höga tandvårdskostnader.

Tandvårdsstödet syfte är att behålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov och att möjliggöra god tandvård för individer med stora tandvårdsbehov till en rimlig kostnad. Tandvårdsstödet är en del av välfärdsmodellen. Då inkomsterna skiljer sig kraftigt åt mellan olika individer och därmed möjligheten att betala en viss summa för tandvård är det inte möjligt att inom ett generellt system hantera de olika ekonomiska förutsättningar som finns. Det har inte varit tandvårdsstödet uttalade syfte att bidra till ekonomisk utjämning. Tandvårdsstödet karensbelopp utgår från en kostnad som de flesta patienter kan hantera utan svårigheter.

Vårdgivare är statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvård som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver tandvård. Det är vårdgivaren som är ansvarig för hanteringen av det statliga tandvårdsstödet, arbetet med patientsäkerhet och informationen till



patienterna mm. I dagsläget får vi uppfattningen att Riksrevisionen använt begreppet tandläkare och vårdgivare som synonymer. En översyn av hur begreppen används är därför nödvändig.

I år har jämförelsetjänsten gällande tandvård öppnats på "hitta och jämför vård" på 1177.se. I samband med att tjänsten öppnades togs kravet att vårdgivarna ska redovisa sina priser till Försäkringskassan bort. Detta krav ersätts med en gemensam ambitionsförklaring mellan företrädare för vårdgivare (Privattandläkarna och SKL) och Socialdepartementet.

För vårdgivaren är det kostnadsfritt att lägga in sina priser och uppgifter i jämförelsetjänsten men en förutsättning för att kunna göra det är att vårdgivaren är registrerad i adressdatabasen, HSA. Detta kan antingen göras via en direktanslutning från vårdgivaren till HSA eller att vårdgivaren anlitar ett HSA-ombud för denna tjänst. Om vårdgivaren anlitar ett HSA-ombud uppstår det en kostnad för detta. Kostnaden för att ansluta sig till HSA är densamma för alla vårdgivare oavsett driftsform.

Vi noterar att Riksrevisionen, trots att det inte ingår i basuppdraget, valt att belysa problemet med den växande administrationen för vårdgivarna. Det är bra att denna fråga lyfts i rapporten. Det behövs, utöver denna rapport och Tillväxtverkets rapport, en utförligare analys om vårdgivarnas administrationskostnader. I denna analys ska administrationskostnader på grund av regelverkets komplexitet belysas.

För kommentarer på de enskilda kapitel se bilaga,

Med vänlig hälsning

Lars Olsson

Sakkunnig i branschfrågor



Bilaga till synpunkter på Riksrevisionens utkast till rapport ”En Tandlös reform?”

Kommentarer på kap 1

1.3 Revisionsobjekt

Försäkringskassan utför både slumpmässiga och riktade kontroller.

1.4 Bedömningskriterier för granskningen

Under rubriken Information till patienten, punkt 2: Det borde poängteras att det är rätten till hela tandvårdsstödet som ska uppmärksammas, inte bara rätten till allmänt tandvårdsbidrag.

Kommentar på kap 2

Sidan 9 längst ned: ordet ”basbelopp” bör bytas till ”grundbelopp”

Kommentar på kapitel 3

3.2.1

Vi menar att det är en noterbar skillnad att besöksfrekvensen i åldersgruppen 20-24 år ökat med 13 procentenheter. Detta visar att det förhöjda ATB:et har en effekt när det gäller att få 20-24 åringar att gå till tandvården.

Kommentarer till kapitel 4

Vi delar slutsatsen att det behövs tydligare statliga insatser för att informera om tandvårdsbidraget och det statliga tandvårdsstödet. Vi noterar också att i brist på information från ansvariga myndigheter har informationsansvaret hamnat på vårdgivarna inom tandvården, ett ansvar som ställer ökade krav på dem utan att det kompenseras på något sätt.

4.1.2

Som vi påpekat under avsnitt 3.2.1 menar vi att ökningen av besöksfrekvensen i åldersgruppen 20-24 år kan bero på det förhöjda tandvårdsbidraget till 20-29-åringar.

4.2.1

Riksrevisionen noterar att många vårdgivare anser att kallelsen är viktig för att skapa rutiner för regelbunden tandvård. I det sammanhanget vill vi notera att vårdgivaren enligt förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd 13 § ska, om det inte finns särskilda skäl, kalla patienten till ny undersökning inom lämplig tid.

4.4

Vi menar att det inte går att klargöra om det är den sk ”frisktvården” eller det förhöjda ATB:et som leder till att besöksfrekvensen ökat bland 20-24-åringar. Det som kan klargöras är att en stor del av de som tecknar abonnemang tillhör denna åldersgrupp och använder ATB:et för att betala detta.

En slutsats skulle kunna vara att man bör undersöka andra stimulansmetoder än ekonomiska för att påverka besöksfrekvensen.



5.1.1

Studier över en kortare period ger inte en rättvisande bild av befolkningens tandvårdskostnader före och efter införandet av det statliga tandvårdsstödet.

Riksrevisionens rapport mäter befolkningens tandvårdskostnad under ett år och visar att en majoritet av befolkningen fått dyrare tandvård efter reformen. Vi noterar att denna slutsats inte överensstämmer med Försäkringskassans slutsats i Socialförsäkringsrapport 2010:13 där det konstateras att patienter med låg tandvårdskonsumtion, t.ex. endast en undersökning samt en enkel förebyggande åtgärd under en hel ersättningsperiod, har fått en lägre kostnad än tidigare. Detta gäller för alla åldersgrupper utom för åldersgruppen 65–74 år som har fått en högre kostnad. Patienter med hög eller mycket hög konsumtion har också fått lägre kostnader än tidigare. Detta gäller för alla ålderskategorier, utom för patienter i åldern 20-29 år som fått en genomsnittlig högre kostnad.

5.1.3

Att jämföra olika vårdgivares priser är svårt då samma behandling kan omfattas av olika åtgärder beroende på hur vårdgivaren väljer att ta betalt av patienten. Därför måste jämförelser mellan olika vårdgivares priser göras med en viss försiktighet. Att redovisa offentlig och privat tandvård på det sätt som görs i diagrammet på sid 29 blir också lite missvisande, eftersom det är två olika prissättningsmetoder som jämförs. Folk tandvårdens priser sätts i form av politiska beslut, som ofta relaterar direkt till referensprislistan, medan privattandvårdens priser sätts marknadsmässigt.

Vi delar Riksrevisionens slutsats att incitamenten för att ta ut ett lägre pris skulle öka om den statliga ersättningen inte påverkas av att vårdgivaren har ett lägre pris än referenspriset. Vi ser dock en viss risk att en sådan förändring skulle kunna vara vårddrivande för de patienter som nått upp till den högsta ersättningsnivån.

5.2.1

Bedömningen av hur många som får tillgång till tandvårdsstödet bör göras över en betydligt längre period än ett år.

5.2.2

Här bör man fundera över orsakssambanden. Personer med dålig tandhälsa besöker mindre ofta tandvården och går i mindre utsträckning till regelbundna undersökningar. Individernas val att inte besöka tandvården kan vara en grundläggande anledning till dålig tandhälsa, eller är det möjligen en effekt av dålig tandhälsa att dessa individer drar sig för att gå till tandläkaren?

5.3.2

Vi delar inte ISF slutsats att vårdgivarnas ekonomiska incitament för att göra rätt är små. Om Försäkringskassan beslutar om återbetalning får vårdgivaren inte kräva patient på den summan, därmed finns det stora incitament att bara begära ersättning för tandvård där regelverket tydligt visar att åtgärderna är ersättningsberättigande. Den automatiska kontrollen i tandvårdens IT-stöd som införts i samband med reformen har också lett till en betydligt bättre kontroll över att tandvårdsstödet endast gått till berättigade individer och behandlingar.

5.4

Som vi tidigare beskrivet måste stödet följas under en längre period för att slutsatser om patienternas tandvårdskostnader ska kunna göras. Vi delar därför inte Riksrevisionens slutsats att tandvårdsstödet inte inneburit lägre kostnader för patienterna. Vi menar att beskrivningen att vårdgivarna utnyttjar högkostnadsskyddet till att i högre grad höja priserna på dyrare är



onyanserad. I rapportern saknas underlag för att dra slutsatsen att det finns incitament för ett överutnyttjande.

Synpunkter på kapitel 6

6.2.1

Försäkringskassan har inte haft någon möjlighet att hålla inne ersättning för att vårdgivaren inte rapporterade in sina priser.

Det är kostnadsfritt att lägga in sina priser på "hitta och jämför vård" och vara uppkopplad mot 1177.se. För att synas på "hitta och jämför vård" måste vårdgivaren vara registrerad i HSA. Förutsättningen för att vara registrerad i HSA är densamma för såväl offentliga som privata vårdgivare.

6.2.2

Referenspriserna redovisas i den nya jämförelsetjänsten.

6.2.3

Eftersom vårdgivarna i mycket stor utsträckning (mer än 90%) använder sig av standardiserade IT-system för kvittoutskrift ställer vi oss mycket tveksamma till att siffran 41% är korrekt. Den är sannolikt betydligt högre.