

Förhöjd ersättning – en förmån?

En studie om den
förhöjda ersättningen inom
tandvårdsförsäkringen
1 januari 1999 t.o.m. juni 2001

I serien RFV ANALYSERAR publicerar Riksförsäkringsverket sammanställningar av resultat av

- utrednings- och utvärderingsarbete

I huvudsak är det frågan om mera omfattande studier av olika försäkringsområden som genomförts på RFV:s initiativ.

Publikationerna i denna serie utarbetas av olika enheter inom Riksförsäkringsverket.

I vissa slag av rapporter i denna serie kan det förekomma uttalanden som pekar på behovet av nya eller ändrade författningsbestämmelser eller rekommendationer på något område. Med anledning av sådana uttalanden tar Riksförsäkringsverket sedan i särskild ordning upp frågan om att ge ut nya eller ändrade författningar och allmänna råd på området. Uttalanden i rapporterna har således ingen självständig ställning som går utöver innehållet i gällande författningar och allmänna råd.

Utgivare: Enheten för vårdersättning och arbetsmarknadsbidrag

Upplysningar: Line Sandzelius
tel 08-786 94 46
Jan Håkansson
tel 0703-74 27 36

Skriftserier som ges ut av Riksförsäkringsverket:

RFV Föreskriver (RFFS)	Författningar med bindande föreskrifter
RFV Rekommenderar (RAR)	Allmänna råd om tillämpningen av författningar
RFV Vägledning	Beskrivning av författningsbestämmelser, allmänna råd, förarbeten, rättspraxis, exempel och kommentarer
RFV Analyserar	Resultat av utrednings- och utvärderingsarbete
RFV Anser	Tolkningar av rättsläget, uttalande om verkets åsikt i olika frågor och framställningar till regeringen
RFV Informerar	Redovisning av statistik, upplysningar om regler, rutiner och praxis.
RFV Redovisar	Försäkringsanalyser och rapporter av mer begränsad omfattning.

Beställ hos: Riksförsäkringsverkets Kundtjänst Tfn 08-795 23 55

Fax 08-760 58 95

E-post: order@special.lagerhus.se eller på Internet www.rfv.se

Tryck: Elanders Novum Grafiska 2002.

Innehåll

Sammanfattning	5
1 Inledning.....	7
1.1 <i>Bakgrund</i>	7
1.1.1 Vem är berättigad till förhöjd ersättning?.....	7
1.1.2 Försäkringskassans prövning	8
1.1.3 Bedömningsgången av ärenden med förhöjd ersättning.....	8
1.2 <i>Syfte</i>	9
1.3 <i>Metod</i>	9
1.3.1 Urvalet.....	9
1.3.2 Kvalitetsgranskning av urvalet.....	10
1.4 <i>Material</i>	11
1.4.1 Individer med Sjögrens syndrom och strålbehandlade individer.....	11
1.4.2 Beviljade ärenden där räkningar inkommit jämfört med beviljade ärenden där räkningar inte inkommit eller där räkningar inte arkiverats tillsammans med ärendet.....	12
2 Totala kostnader för den förhöjda ersättningen	15
2.1 <i>Administrationskostnad</i>	15
2.2 <i>Försäkringskostnad och patientavgift inom ramen för den förhöjda ersättningen</i>	16
2.3 <i>Försäkringskostnader för bastandvård respektive protetik inom ramen för den förhöjda ersättningen</i>	19
2.4 <i>Försäkringskostnaden i de olika försäkringskassorna</i>	20
2.5 <i>Patientens del av den förhöjda ersättningen</i>	21
3 Sjukdomar som legat till grund för det ökade tandvårdsbehovet som lett till beviljandet av förhöjd ersättning.....	24
4 Slutsatser	26

Sammanfattning

I proposition 1997/1998:112 "Reformerat tandvårdsstöd" beräknade man att omkring 300 000 personer skulle kunna vara berättigade till förhöjd tandvårdsersättning p.g.a. ökat tandvårdsbehov vid långvarig sjukdom eller funktionshinder och att kostnaden då budgeterades till 300 miljoner kronor per år, dvs. i genomsnitt 1 000 kronor per individ. Utfallet av det reformerade tandvårdsstödet sedan det infördes 1 januari 1999 fram t.o.m. juni 2001 blev 17 600 ansökningar varav cirka 10 000 beviljades till en kostnad av 34,4 miljoner kronor. Till detta kommer gruppen Sjögrens syndrom och strålbehandlade som endast administrerades av försäkringskassan under år 1999. Den genomsnittliga ersättningsnivån för alla grupper i urvalsmaterialet för både bastandvård och protetik blev 3 418 kronor. En stor del av dessa individer har endast ansökt om och fått ersättning under ett år.

I de ärenden där tandvårdsersättning har ansökts om för endast bastandvårdsåtgärder, inom ramen för förhöjd ersättning, fick 50 procent som erhöll denna ersättning mindre än 1 000 kronor/person och 74 procent mindre än 2 000 kronor/person under den studerade perioden 2,5 år.

I de förhandsprövningsärenden som endast avser bastandvård, 65 procent av det totala antalet ärenden där utbetalningar har skett, har varje patient under 1 år, 2000 fått i genomsnitt cirka 765 kronor i extra ersättning. Den maximalt extra ersättning man kan få i protetiken per behandlingsperiod om högst 1 år motsvarar karensbeloppet för tandvårdsersättningen inom protetiken dvs. 3 500 kronor. Resten av tandvårdsersättningen för protetik är sedan samma som för alla andra försäkrade.

De totala administrationskostnaderna, inklusive tandläkar- och läkarintyg för denna typ av ärenden motsvarar cirka 1 500 kronor.

Det har förekommit stora variationer i utbetalningar mellan olika försäkringskasseområden. De genomsnittliga utbetalningarna inom bastandvården varierar mellan 922 kronor och 2 620 kronor där riksgenomsnittet ligger på 1 691 kronor under hela den studerade 2,5 års perioden.

Stora regionala variationer har även förekommit avseende den andel beviljade ärenden där räkningar har kommit in till försäkringskassan. I Västerbotten hade räkningar inkommit i 88 procent av de beviljade ärendena och i Dalarna endast 48 procent.

Den vanligaste sjukdomsorsaken som legat till grund för det ökade tandvårdsbehovet som lett till beviljandet av förhöjd ersättning är psykiska sjuk-

domar som står för 23 procent av fallen. Orsaker som reumatoida sjukdomar och immunosjukdomar står för 11 procent vardera. Neurologiska sjukdomar som orsak står för 10 procent av de beviljade fallen.

Med tanke på de låga ersättningsbeloppen i kombination med höga administrationskostnader ifrågasätter RFV om systemet med den förhöjda ersättningen är en effektiv stödform. RFV ifrågasätter även om förhöjd ersättning ger ett tillräckligt ekonomiskt skydd för de som ska utnyttja förmånen eftersom ersättningsnivån är så låg och prishöjningar inom tandvården i stort sett ätit upp värdet av den förhöjda ersättningen.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

En intention med den nya tandvårdsförsäkringen som trädde i kraft den 1 januari 1999 var att ge ett förbättrat ekonomiskt stöd, förhöjd ersättning till personer som till följd av långvarig sjukdom eller funktionshinder har ett långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov. Motivet till att ge dessa personer en ekonomisk förstärkning var att vissa sjukdomar och funktionshinder kunde medföra ett sämre försvar mot karies och andra tandsjukdomar.

I propositionen beräknade man att omkring 300 000 personer skulle kunna vara berättigade till förhöjd ersättning¹ och att kostnaden då skulle kunna bli 300 miljoner kronor per år. Skattningen på 300 000 personer byggde på uppgifter som kom från olika handikapp- och intresseorganisationer.

RFV tog inför den praktiska planeringen av reformen hjälp av medicinsk och odontologisk expertis för att få fram riktlinjer hur bedömningen skulle göras på försäkringskassorna.

1.1.1 Vem är berättigad till förhöjd ersättning?

Personer som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder har rätt till förhöjd ersättning (9 och 13 §§ i förordning 1998:1337 om tandvårdstaxa). Detta innebär att en långvarig sjukdom eller ett funktionshinder ska vara orsaken till det ökade tandvårdsbehovet och den föreslagna behandlingen. Dessutom ska det ökade behovet av tandvård vara långvarigt och väsentligt större än det vårdbehov som den försäkrade annars skulle ha haft.

Rätt till förhöjd ersättning skall inte bygga på viss diagnos utan baseras på följderna av sjukdom/-ar och funktionshinder. Det innebär att en bedömning av

¹ Försäkrade som har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder har rätt till ersättning med dubbla grundbelopp för all bastandvård, om vårdbehovet beror på sjukdomen eller funktionshindret. I dessa fall ersätts också undersökningar med dubbla grundbelopp, även om patienten är äldre än 29 år. För protetik och tandreglering tillämpas inte reglerna om karensbelopp. En gemensam benämning på ovanstående regler är förhöjd ersättning.

sambandet mellan sjukdomen eller funktionshindret och tandvårdsbehovet måste göras i varje enskilt fall. För att Försäkringskassan ska kunna göra denna bedömning krävs en förhandsprövning som innehåller vårdplan och läkarintyg eller motsvarande handlingar (Prop. 1997/98:112, s. 35).

1.1.2 Försäkringskassans prövning

För att en förhandsprövning om förhöjd ersättning ska godkännas enligt 9 och 13 §§ förordningen om tandvårdstaxa måste Försäkringskassan i sin prövning finna att:

1. den försäkrade har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård och
2. den försäkrade har en långvarig sjukdom eller funktionshinder och
3. det ökade tandvårdsbehovet har samband med en långvarig sjukdom eller funktionshinder och
4. den föreslagna tandvården är nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret.

För att konstatera ett väsentligt ökat tandvårdsbehov krävs ofta en kariologisk (karies) utredning. Enbart ett ökat profylaxbehov kan vara tillräckligt för att anse att det finns ett långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov.

1.1.3 Bedömningsgången av ärenden med förhöjd ersättning

När försäkringskassan får in ett förhandsprövningsärende om förhöjd ersättning går det först till försäkringstandläkaren för den odontologiska bedömningen och sedan till försäkringsläkaren för den medicinska bedömningen. I det aktuella materialet har försäkringstandläkarna gjort i genomsnitt 1,5 bedömningar och försäkringsläkaren i genomsnitt 1,3 bedömningar per ärende beroende på att insända intyg ej varit tillräckliga att fatta beslut på. Med utgångspunkt från dessa bedömningar fattar försäkringshandläggaren beslut om ersättning. När räkningen för behandlingen senare kommer in till försäkringskassan kontrollerar handläggaren att de åtgärder som redovisas på räkningen stämmer med de åtgärder som har beviljats i förhandsprövningen.

Handläggningstiderna i ärenden med förhöjd ersättning blir många gånger långa då systemet är krångligt och svårt att förstå sig på och ärendena ofta måste kompletteras med förtydligade läkarintyg, journaler och uppgift om salivsekretion. Flertalet ärenden måste, som framgått ovan, dessutom bedömas av både försäkringstandläkare och försäkringsläkare. I vissa fall med

bristande underlag måste detta göras flera gånger innan handläggaren kan fatta beslut i ärendet. Allmänläkarnas kunskaper om systemet och sambandet mellan sjukdom och tandvårdsbehov är ofta inte tillräckliga.

1.2 Syfte

Syftet med följande studie är att:

- belysa hur effektiv den förhöjda ersättningen har varit som ekonomisk stödform. Hypotesen är att den genomsnittliga ersättningsnivån har varit låg i relation till kostnaden för att administrera stödet och i relation till kostnaden för patienten
- belysa den totala kostnaden (försäkringskostnaden och patientkostnaden) för förhöjd ersättning enligt urvalsstudien och jämföra försäkringsersättningens storlek mellan olika grupper av individer (ålder och kön) och mellan försäkringskassorna
- beskriva försäkringskostnadernas fördelning mellan basstandvård och protetik vid förhöjd ersättning
- sammanställa vilka sjukdomar som legat till grund för patientens ökade tandvårdsbehov och som lett till beviljandet av förhöjd ersättning.

1.3 Metod

1.3.1 Urvalet

Totalt samlades 3 533 förhandsprövningsärenden in, både godkända och avslagna från samtliga försäkringskassor. De motsvarade 20 procent av samtliga inkomna ärenden under 2,5 års perioden fr.o.m. januari 1999 t.o.m. juni 2001. Varje person kunde förekomma maximalt en gång under hela insamlingen då urvalet gjordes efter personnummer. Det betyder att även om det förekommit flera förhandsprövningar på samma person så var de dokumenterade som ett ärende. Urvalet har bestått av 20 procent i syfte att få en god skattning även av mindre frekventa sjukdomar som legat till grund för det ökade tandvårdsbehovet.

De uppgifter som har dokumenterats i varje beviljat ärende är:

- utbetald försäkringsersättning
- patientavgift
- tillhörighet till gruppen Sjögrens syndrom eller strålbehandlad
- ålder
- kön
- skäl för beviljande av förhöjd ersättning
- antal tandvårdsräkningar
- antal bedömningar av försäkringstandläkare och försäkringsläkare.

Tabell 1 Total skattning av det 20 procentiga urvalet under 2,5 år

Totalt antal inkomna förhandsprövningsärenden	17 600
Antal avslag	2 800
Antal ärenden med Sjögrens syndrom eller strålbehandling ²	4 400
Antal beviljade ärenden	10 400

Totalt antal inkomna ärenden fr.o.m. 1 januari 1999 t.o.m. juni 2001 uppskattas till 17 600. Av dessa var antalet avslag 2 800 och antalet beviljade ärenden 10 400. 4 400 ärenden, både avslagna och beviljade, var sådana där den sökande antingen hade diagnosen Sjögrens syndrom eller hade blivit strålbehandlad.

1.3.2 Kvalitetsgranskning av urvalet

I syfte att kontrollera hur representativt urvalet har varit har det totala utbetalningsbeloppet avseende förhöjd ersättning jämförts med uppgifter från ekonomisystemet Agresso.³

Enligt den utförda urvalsundersökningen har 23,8 miljoner kronor utbetalats under kontot förhöjd ersättning under perioden 1 januari 1999 t.o.m. juni 2001, exklusive ärenden med Sjögrens syndrom eller strålbehandling. I verkligheten har ytterligare utbetalningar troligen gjorts men inte kunnat analyse-

² Se under 1.4.1.

³ Agresso är ett redovisningsprogram som används inom socialförsäkringsadministrationen.

ras, p.g.a. att räkningar ej arkiverats tillsammans med ärendet. För cirka 30 procent av förhandsprövningarna fanns inga räkningar tillgängliga och därmed var inte heller eventuellt utbetalningsbelopp tillgängligt. Om man antar att utbetalningens storlek inte avvek systematiskt för den grupp där räkningar inte gick att finna, skulle den totala utbetalningen enligt urvalsundersökningen uppgå till 34,4 miljoner, exklusive Sjögrens syndrom och strålbehandlade. Vid jämförelse mellan skattad utbetalning enligt urvalet och faktisk utbetalning enligt Agresso föreligger god överensstämmelse.

1.4 Material

1.4.1 Individer med Sjögrens syndrom och strålbehandlade individer

Gruppen med diagnosen Sjögrens syndrom och strålbehandlade p.g.a. tumörsjukdom i huvud-halsregionen var endast inkluderade i gruppen förhöjd ersättning under år 1999 eftersom de från och med den 1 januari 2000 fördes in under landstingens ersättningsregler med gemensam patientavgift maximerad till 900 kronor för sjukvård och tandvård. Under första halvåret 1999 var det dessutom en stor del av gruppen som behandlades enligt tandvårdstaxans 9 § som gällde före januari 1999. Dessa regler var mer generösa och innebar helt avgiftsfri tandvård för patienten.

Andelen individer som har beviljats förhöjd ersättning med diagnosen Sjögrens syndrom eller muntorra p.g.a. strålbehandling under den aktuella perioden utgjorde 25 procent av hela urvalsgruppen varav mer än hälften, 58 procent hade diagnosen Sjögrens syndrom,. Av dessa bestod 82 procent av kvinnor och nära hälften, 49 procent var äldre än 65 år . För de som genomgått strålbehandling var 57 procent män och 47 procent av samtliga var äldre än 65 år. *Tabell 2.*

Tabell 2 **Andel personer med Sjögrens syndrom eller som har blivit strålbehandlade fördelat på kön och ålder**

<i>Grupp</i>	<i>Sjögrens syndrom</i>	<i>Strålbehandlade</i>
Män	18 %	57 %
Kvinnor	82 %	43 %
20–44 år	9 %	9 %
45–54 år	17 %	19 %
55–64 år	25 %	24 %
65 år och äldre	49 %	47 %

Fördelningen av andel ärenden mellan gruppen individer med Sjögrens syndrom/strålbehandlade individer och övriga som beviljats förhöjd ersättning har varit mycket olika mellan försäkringskassorna. I Halland tillhörde 42 procent av samtliga ärenden gruppen Sjögrens syndrom/strålbehandlade, i Uppsala 37 procent, i Skåne 35 procent medan det i Östergötland var 15 procent och i Västerbotten endast 8 procent. Någon medicinsk förklaring till detta har inte gått att få.

Gruppen med Sjögrens syndrom och de som strålbehandlats exkluderas i den följande presentationen p.g.a. att de endast funnits med i gruppen förhöjd ersättning under år 1999.

1.4.2 Beviljade ärenden där räkningar inkommit jämfört med beviljade ärenden där räkningar inte inkommit eller där räkningar inte arkiverats tillsammans med ärendet

Antalet beviljade ärenden där räkningar finns i förhållande till antalet beviljade ärenden där räkningar saknas avseende bastandvård och protetik varierar mycket mellan olika försäkringskasseområden. *Tabell 3.*

Anledningen till detta har visat sig vara flera:

- Den förhandsprövade behandlingen har inte hunnit utföras sedan den godkändes av Försäkringskassan (en förhandsprövning gäller ett år).
- Patienten har ej genomgått den planerade behandlingen.
- Vårdgivaren har av olika anledningar ännu inte skickat in tandvårdsräkningen.
- Patienten har bytt till tandläkare som är verksam i annat försäkringskassområde.
- Försäkringskassan har inte arkiverat räkningarna under respektive förhandsprövning.

Under perioden januari 1999 t.o.m. juni 2001 har det funnits räkningar i genomsnitt i 69 procent av samtliga beviljade ärenden. Antal beviljade förhandsprövningsärenden med räkningar är 7 200 stycken av totalt 10 400 beviljade förhandsprövningsärenden. RFV har för avsikt att analysera skillnaderna i insändandet av räkningar i de olika kassaområdena.

Tabell 3 **Andel beviljade ärenden med räkningar fördelat på län**

<i>Län</i>	<i>Andel beviljade ärenden med räkningar</i>
Stockholm	60 %
Uppsala	84 %
Södermanland	85 %
Östergötland	78 %
Jönköping	73 %
Kronoberg	82 %
Kalmar	83 %
Gotland	88 %
Blekinge	57 %
Skåne	64 %
Halland	84 %
Västra Götaland	69 %
Värmland	86 %
Örebro	67 %
Västmanland	75 %
Dalarna	48 %
Gävleborg	65 %
Västernorrland	85 %
Jämtland	69 %
Västerbotten	88 %
Norrbottn	69 %
Totalt	69 %

2 Totala kostnader för den förhöjda ersättningen

Den kostnad som här presenteras under 2.1, 2.2 och 2.3 är den bokförda kostnaden för patientens hela behandling som är beviljade inom ramen för förhöjd ersättning. Det är således inte endast den extrakostnad för försäkringen som beslutet inneburit som presenteras.

I den fortsatta framställningen baseras även alla kostnadssiffror på beviljade ärenden där tillhörande räkningar inkommit under 2,5 år. Alla redovisade siffror är en totalskattning utifrån det 20 procentiga urvalet. De siffror som redovisas i diagramrubrikerna är dock baserade på urvalet.

2.1 Administrationskostnad

Eftersom en förhandsprövning avseende förhöjd ersättning tar relativt lång tid att hantera ligger administrationskostnaden för denna ersättningsform särskilt högt i relation till de belopp som sedan utbetalas. Kostnaderna för att administrera förhandsprövningar har räknats fram i samband med en utredning av koncentrerad handläggning som gjorts inom RFV⁴.

Den beräknade genomsnittliga handläggningstiden för förhandsprövningsärenden med förhöjd ersättning är ca 10 minuter av försäkringsläkare, ca 20 minuter av försäkringstandläkare och ca 30 minuter av handläggare. Detta motsvarar en arbetskostnad av cirka 500 kronor per ärende. En kostnad för patienten tillkommer för de läkar- och ibland tandläkarintyg som behövs för att få förhandsprövningen godkänd. Denna kostnad för läkarintyget/-en kan enligt en skattning bli ca 200 kronor för patienten och upp till 800 kronor för sjukvårdsadministrationen inklusive lokalkostnaden. Detta betyder att den totala administrationskostnaden uppgår till uppskattningsvis 1 500 kronor per ärende.

65 procent av det totala antalet ärenden där utbetalning har skett avser enbart bastandvårdsåtgärder. Dessa 65 procent kostar inom ramen för förhöjd ersättning mer eller lika mycket att administrera i förhållande till vad som utbetalas för dem.

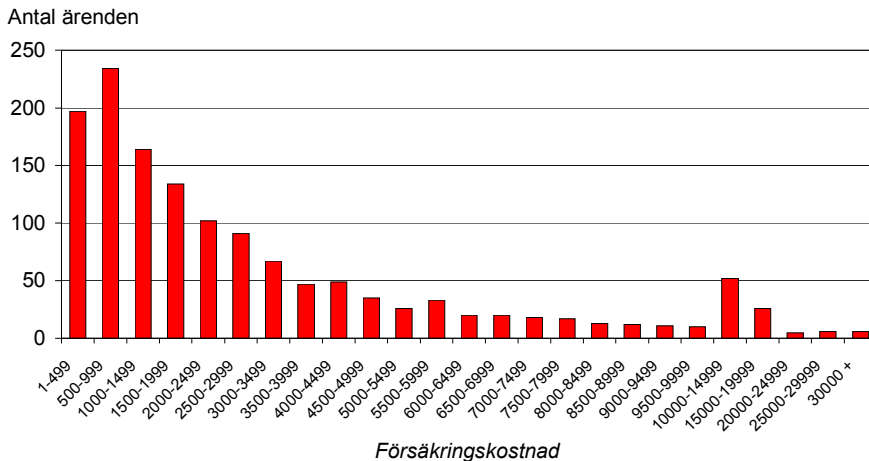
⁴ Konsultrapport Cap Gemini.

2.2 Försäkringskostnad och patientavgift inom ramen för den förhöjda ersättningen

Det antogs i propositionen 1997/1998:112 att 300 000 individer skulle kunna vara berättigade till förhöjd tandvårdsersättning och kostnaden för detta budgeterades till 300 miljoner kronor per år, dvs. i genomsnitt 1 000 kronor per individ. Utfallet av det reformerade tandvårdsstödet sedan det infördes 1 januari 1999 fram t.o.m. juni 2001, perioden som föreliggande studie omfattar, blev 17 600 ansökningar varav cirka 10 000, exklusive Sjögrens syndrom och strålbehandlade, har beviljats till en kostnad av 34,4 miljoner kronor. Den genomsnittliga försäkringskostnaden för alla grupper i urvalsmaterialet för både bastandvård och protetik blev 3 418 kronor.

För endast bastandvård är den genomsnittliga försäkringskostnaden 1 512 kronor och för protetik 5 080 kronor. Flest antal ärenden (71 %) avseende både bastandvård och protetik ligger i kostnadsintervallet 1–3 500 kronor. *Diagram 1.*

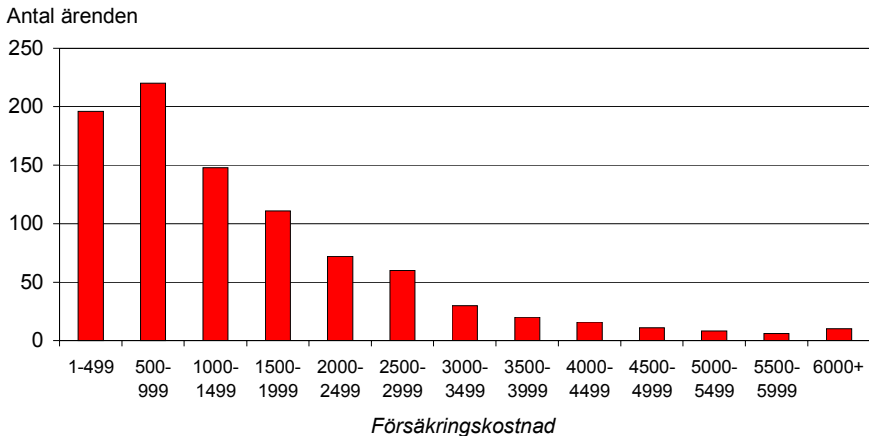
Diagram 1 Fördelning av försäkringskostnad i kr avseende bastandvård och protetik (1395 fall)



Enligt studien består 65 procent av det totala antalet ärenden där förhöjd ersättning har utbetalats endast av bastandvårdsåtgärder. I 74 procent av dessa ärenden har utbetalningen varit lägre än 2 000 kronor och i hälften av ärendena lägre än 1 000 kronor under hela 2.5 årsperioden. Den ekonomiska ”vinst”

som den försäkrade har gjort jämfört med normal tandvårdsersättning har då varit cirka hälften av utbetalt belopp.⁵ *Diagram 2.*

Diagram 2 Fördelning av total försäkringskostnad i kr avseende endast bastandvårdsärenden (908 fall av 1 395)

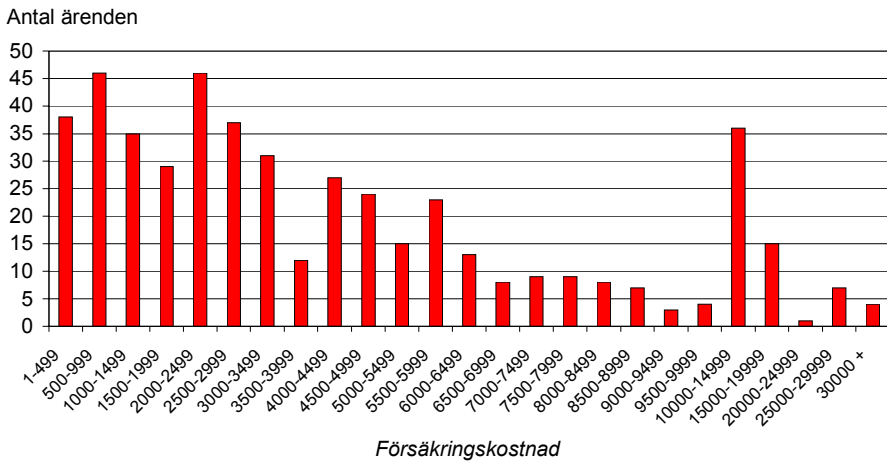


I 72 procent av ärendena som innehöll protetiska behandlingsförslag har det betalats ut mellan 1000 och 6000 kronor i försäkringsersättning. *Diagram 3.* Den förbättrade ersättningen för patienterna som fått detta beviljat var 3 500 kronor vilket motsvarar karensbeloppet för tandvårdsersättning inom protetik. Ersättningen överstigande karensbeloppet är lika för samtliga försäkrade.

Observera att den stapel som i diagram 3 skjuter i höjden beror på att kostnadsskalan består av ett större intervall än för staplarna innan.

⁵ Eftersom förhöjd ersättning berättigar till dubbelt grundbelopp inom bastandvården består hälften av det utbetalade beloppet av ersättning inom ramen för den ”vanliga” tandvårdsförsäkringen. Detta gäller för alla åtgärder förutom undersökningsåtgärden som ingår i den förhöjda ersättningen för försäkrade äldre än 29 år.

Diagram 3 Fördelning av total försäkringskostnad i kr avseende ärenden som innehåller protetik (487 fall av 1 395)



Tabell 4 visar att kvinnor totalt sett har erhållit högst ersättning inom ramen för förhöjd ersättning, 13,1 miljoner kronor jämfört med männens 10,7 miljoner kronor. Det genomsnittligt erhållna beloppet var dock lägre för kvinnorna än männen. Åldersgruppen 55–64-åringar har erhållit mest inom ramen för förhöjd ersättning.

Tabell 4 Försäkringskostnad avseende bastandvård och protetik fördelad på kön och ålder under 2,5 år, mkr

	Män	Kvinnor	Totalt
20–44 år	2,1	2,9	5,0
45–54 år	2,7	3,0	5,7
55–64 år	3,4	3,4	6,8
65 år och äldre	2,5	3,8	6,3
Totalt	10,7	13,1	23,8

Tabell 5 Försäkringskostnad avseende bastandvård och protetik fördelad på kön och ålder, mkr. Avser år 2000

	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Totalt</i>
20–44 år	1,1	1,5	2,6
45–54 år	1,3	1,5	2,8
55–64 år	1,8	1,5	3,3
65 år och äldre	1,3	1,4	2,7
Totalt	5,5	5,9	11,4

Tabell 5 visar exempel på försäkringskostnader för kön och olika åldersgrupper under ett år som är representativt för när det finns fullständig statistik för förmånen förhöjd ersättning.

2.3 Försäkringskostnader för bastandvård respektive protetik inom ramen för den förhöjda ersättningen

Tabell 6 Försäkringskostnaden avseende bastandvård fördelad på kön och åldersgrupp under 2,5 år

<i>Individgrupp</i>	<i>Försäkringskostnad (mkr)</i>	<i>Genomsnittlig försäkringskostnad (kr)</i>	<i>Andel försäkringsersättning</i>
Män	5,2	1 733	45 %
Kvinnor	6,3	1 669	55 %
20–44 år	3,2	1 905	28 %
45–54 år	3,0	1 780	26 %
55–64 år	2,8	1 618	24 %
65 och äldre	2,5	1 488	22 %

Kvinnor har erhållit 6,3 miljoner kronor inom ramen förhöjd ersättning för bastandvårdsåtgärder medan män har erhållit 5,2 miljoner kronor. Fler kvinnor än män har beviljats ersättning och försäkringskostnaden har därför varit lägre per person än för männen.

Inom de olika åldersgrupperna är det personer mellan 20 och 44 år som totalt sett fått den största andelen förhöjd ersättning inom bastandvården med en högre genomsnittlig försäkringskostnad än övriga grupper. Någon förklaring till ovanstående har inte gått att få i befintligt material.

Tabell 7 **Försäkringskostnaden avseende protetik fördelad på kön och åldersgrupp under 2,5 år**

<i>Individgrupp</i>	<i>Försäkringskostnad (mkr)</i>	<i>Genomsnittlig försäkringskostnad (kr)</i>	<i>Andel försäkringsersättning</i>
Män	5,5	5 263	44 %
Kvinnor	6,9	4 964	56 %
20–44 år	1,9	4 368	15 %
45–54 år	2,7	4 390	22 %
55–64 år	4,0	5 556	32 %
65 och äldre	3,8	5 714	31 %

Fler kvinnor har erhållit ersättning för protetisk behandling inom ramen för förhöjd ersättning men till en lägre genomsnittlig försäkringskostnad än män.

Inom de olika åldersgrupperna är det personer över 55 år som har fått mest ersättning inom ramen för den förhöjda ersättningen till en genomsnittskostnad som ligger högre än för övriga grupper.

2.4 **Försäkringskostnaden i de olika försäkringskassorna**

I tabell 8 framgår försäkringskassornas storlek utifrån befolkningens storlek 20 år och äldre. Stockholm som är den största försäkringskassan, 21 procent, har högst andel utbetalningar för bastandvård, 28 procent och protetik 33 procent, med en genomsnittlig kostnad för bastandvård på 2 042 kronor. Västra Götaland som har 17 procent av de försäkrade i hela landet har 9 procent av bastandvårdsutbetalningarna och 13 procent av protetikutbetalningarna med en genomsnittlig utbetalning för bastandvård på 1 297 kronor. Skåne har 13 procent av de försäkrade totalt men 9 procent av utbetalningarna för både bastandvård och protetik med en genomsnittlig utbetalning för bastandvård på 2 169 kronor. I Värmland är den genomsnittliga utbetalningen för bastandvårdsåtgärder 1 126 kronor.

Någon förklaring till variationerna i de olika genomsnittliga försäkringskostnaderna mellan försäkringskasseområdena har inte gått att finna på den tid som har stått till buds. RFV har för avsikt att analysera detta förhållande närmare.

Tabell 8 Jämförelse av försäkringskostnaden mellan försäkringskassorna under 2.5 år

<i>Försäkringskassa</i>	<i>Fk storlek (personer >19år)</i>	<i>Genomsnittlig försäkringskostnad, basandvård (kr)</i>	<i>Genomsnittlig försäkringskostnad, protetik (kr)</i>	<i>Andel basandvård</i>	<i>Andel protetik</i>
Stockholm	21 %	2 042	4 901	28 %	33 %
Uppsala	3 %	1 818	8 866	3 %	4 %
Södermanland	3 %	1 391	3 981	5 %	4 %
Östergötland	5 %	1 781	9 393	3 %	4 %
Jönköping	4 %	2 118	5 301	5 %	5 %
Kronoberg	2 %	1 478	4 856	2 %	1 %
Kalmar	3 %	1 556	5 502	4 %	4 %
Gotland	1 %	2 070	3 548	2 %	1 %
Blekinge	2 %	1 669	3 186	1 %	1 %
Skåne	13 %	2 169	5 114	9 %	9 %
Halland	3 %	2 620	6 825	4 %	4 %
Västra Götaland	17 %	1 297	5 675	9 %	13 %
Värmland	3 %	1 126	3 074	2 %	1 %
Örebro	3 %	1 224	6 135	2 %	3 %
Västmanland	3 %	1 315	2 336	3 %	0 %
Dalarna	3 %	1 496	3 835	3 %	2 %
Gävleborg	3 %	1 476	4 786	4 %	4 %
Västernorrland	3 %	1 448	3 163	2 %	2 %
Jämtland	2 %	922	1 430	0 %	0 %
Västerbotten	3 %	1 646	3 551	5 %	2 %
Norrbottn	3 %	1 342	5 529	3 %	2 %
Riket	100 %	1 691	5 080	100 %	100 %

2.5 Patientens del av den förhöjda ersättningen

Den förhöjda ersättningen innebär för patienten att denna får dubbel tandvårdsersättning i basandvården och även ersättning för undersökning (för undersökning utgår normalt ingen tandvårdsersättning i åldrarna över 29 år).

Detta innebär att tandvårdsersättning utgår med 212 kronor för t. ex. ett profylaxbesök i stället för 106 kronor i normalfallet.

För protetiska åtgärder avgår inget karensbelopp på 3 500 kronor innan tandvårdsersättning utges. Övrig ersättning för protetisk behandling är samma för alla försäkrade.

Detta innebär att den reella kostnadsminskningen för patienter med förhöjd ersättning inom protetiken är maximalt 3 500 kronor och drygt hälften av den tandvårdsersättning som utbetalas inom bastandvården.

I tidigare avsnitt har hela kostnaden för den förhöjda ersättningen presenterats men i detta avsnitt kommer endast den för patienten utökade bidragsdelen att redovisas.

För att en patient ska få förhöjd ersättning beviljad krävs förhandsprövning, läkarintyg och i många fall ett intyg om salivsekretionstest.

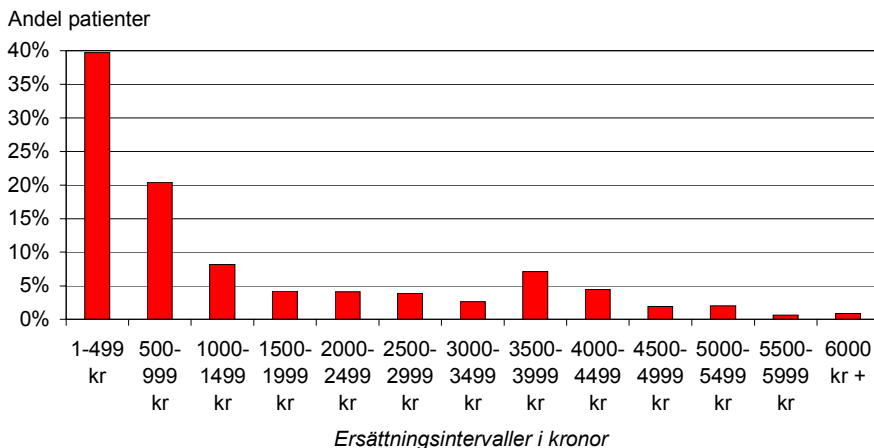
I de förhandsprövningsärenden som endast avser bastandvård, 65 procent av det totala antalet ärenden där utbetalningar har skett, har varje patient under år 2000 fått i genomsnitt cirka 765 kronor i extra ersättning. Eftersom det krävs läkarintyg och i många fall intyg på salivmängd vid salivsekretionstest för att ansökan om förhöjd ersättning skall vara fullständig kan kostnaden för de intyg som erfordras bli så stor för patienten att den förhöjda ersättningen som skulle komma patienten till del förbrukas.

En annan aspekt för patientens del är att den förhöjda ersättningen inte ger tillräckligt ekonomiskt skydd vilket innebär att det för många framstår som meningslöst att försöka söka förhöjd ersättning. Dessutom har prishöjningar inom tandvården i stort sett ätit upp värdet av den förhöjda ersättningen.

Många ansökningar har även avslagits p.g.a. mycket höga beviskrav på samband mellan ett långvarigt och väsentligt ökat tandvårdsbehov och långvarig sjukdom eller funktionshinder.

I diagram 4 nedan redovisas i olika intervall den extra ekonomiska ersättning som patienterna fick under 1 år, år 2000, när de beviljades förhöjd ersättning.

Diagram 4 Fördelning av den extra ersättning som patienten får inom ramen för den förhöjda ersättningen baserat på förhandsprovningar år 2000 avseende endast bastandvårdsåtgärder



I tabell 9 illustreras, med ett urval av bastandvårdsåtgärder några exempel på storleken av den förhöjda ersättningen för patienten och hur mycket mer patienten får i ersättning än övriga försäkrade.

Tabell 9 Några exempel på förhöjd ersättning inom bastandvården

Typ av behandling	Dubbelt grundbelopp (kr)	Förbättrad ersättning (kr)
Profylaxbehandling	212	106
En- eller flerytsfyllningar	182	91
Flerytsfyllningar	260	130
Rotfyllning en kanal	634	371

3 Sjukdomar som legat till grund för det ökade tandvårdsbehovet som lett till beviljandet av förhöjd ersättning

Anledningen till beviljande av förhöjd ersättning skall inte vara diagnosbe-
tingad. Bedömningen skall grundas på om det föreligger ett förhöjt tand-
vårdsbehov och om detta föreligger – anledningen till detta förhöjda tand-
vårdsbehov.

I flertalet fall finns enskilda diagnoser som orsak till det förhöjda tandvårds-
behovet. Tabell 10 visar de grundsjukdomar som varit den huvudsakliga an-
ledningen till den förhöjda ersättningen men detta betyder dock inte att t.ex.
alla med diagnosen diabetes har rätt till och har fått förhöjd ersättning. I
gruppen diabetes finns de som har sådan typ av diabetes att den kan förväntas
ge upphov till förhöjt tandvårdsbehov.

Den vanligaste orsaken till förhöjd ersättning har varit gruppen psykiska
sjukdomar, 23 procent. Därefter har reumatoida sjukdomar och immunosjuk-
domar kommit med 11 procent vardera. Neurologisk sjukdom har varit orsak
i 10 procent av fallen. Diabetes och ospecificerad muntorrhet i 9 procent av
fallen. Därefter har endast ett fåtal fall av mag- och tarmsjukdom, missbruk
och åtsförningar förekommit, 5 procent respektive 4 procent.

Tabell 10 Ett antal sjukdomar som legat till grund för det ökade tandvårdsbehovet som lett till beviljandet av förhöjd ersättning fördelat på kön och totalt

<i>Grundsjukdomar</i>	<i>Män</i>	<i>Kvinnor</i>	<i>Totalt</i>
Psykiska sjukdomar	21 %	24 %	23 %
Reumatoida sjukdomar	7 %	14 %	11 %
Immunosjukdom (bl.a. transplanterade patienter)	15 %	7 %	11 %
Neurologisk sjukdom	10 %	10 %	10 %
Diabetes	11 %	8 %	9 %
Ospecificerad muntorrhet	9 %	10 %	9 %
Mag- och tarmsjukdom	5 %	5 %	5 %
Missbruk	6 %	3 %	4 %
Ätstörningar	2 %	6 %	4 %
Stroke	4 %	3 %	3 %
Respiratorisk sjukdom	1 %	2 %	2 %
Fibroserande alveolit	1 %	2 %	2 %
Hjärt- och kärlsjukdom	2 %	1 %	2 %
Cancer	2 %	1 %	2 %
Njursjukdom	1 %	1 %	1 %

4 Slutsatser

I proposition 1997/1998:112 ”Reformerat tandvårdsstöd” beräknade man att omkring 300 000 personer skulle kunna vara berättigade till förhöjd tandvårdsersättning p.g.a. ökat tandvårdsbehov vid långvarig sjukdom eller funktionshinder och att kostnaden då beräknades bli 300 miljoner kronor per år, dvs. 1 000 kronor per individ. Utredningen hade ej gjort några djupare analyser över hur många personer med långvarig sjukdom som kunde ha ökat tandvårdsbehov.

RFV tog inför den praktiska planeringen av reformen hjälp av medicinsk och odontologisk expertis för att få fram riktlinjer hur bedömningen skulle göras på försäkringskassorna och det har senare visat sig att det inte var så många som kunde få del av ersättningen. Anledningen till detta var att det inte fanns så många medicinska åkommor som gav upphov till förhöjt tandvårdsbehov som man tidigare trott.

Andra troliga förklaringar till varför så få har sökt förhöjd ersättning är att de allra flesta långvarigt sjuka och funktionshindrade personer uppfyller inte de kriterier som gäller för att få förhöjd ersättning och att informationen om systemet har haft svårt att nå fram till läkare, tandläkare och inte minst till funktionshindrade.

Under en period av 2,5 år har endast 17 600 personer sökt förhöjd ersättning varav cirka 10 000 personer, exklusive gruppen med Sjögrens syndrom och strålbehandlade, beviljades ersättning till en kostnad av 34 miljoner kronor för hela perioden.

I 65 procent av det totala antalet beviljade ärenden har prövningen endast avsett bastandvårdsåtgärder. Av dessa ärenden fick 50 procent som erhöll förhöjd ersättning mindre än 1 000 kronor/individ och 74 procent mindre än 2 000 kronor/individ under hela den studerade perioden.

Administrationskostnaderna för försäkringskassan för förhandsprövningsärenden avseende förhöjd ersättning är cirka 500 kronor/ärende enligt konsultrapport. Dessutom tillkommer kostnader både för patient och sjukvårdsadministration för erforderliga läkarintyg. Dessa kan skattas till ca 1 000 kronor per ärende. Det har alltså i ärenden med beviljad förhöjd ersättning som gällt enbart bastandvårdsåtgärder kostat mer att administrera besluten än vad storleken i ersättning blivit för 50 procent av de som erhållit förhöjd ersättning. I 74 procent av de som erhållit förhöjd ersättning, vad avser endast

bastandvårdsåtgärder har det kostat lika mycket att administrera besluten som de belopp som betalats ut.

Handläggningstiderna i ärenden med förhöjd ersättning blir många gånger långa då ärendena ofta måste kompletteras med förtydligat läkarintyg, journaler och intyg på salivsekretionsvärden. Ett flertal ärenden skall dessutom bedömas av både försäkringstandläkare och försäkringsläkare. I vissa fall har inkomna handlingar varit så bristfälliga att detta måste göras flera gånger innan handläggaren har haft tillräckligt underlag för att fatta beslut i ärendet.

Det kan ifrågasättas om denna förmån är samhällsekonomisk effektiv med tanke på vad den kostar att administrera i förhållande till ersättningens storlek. Det kan även ifrågasättas om förhöjd ersättning ger ett tillräckligt ekonomiskt skydd för de som ska utnyttja förmånen med tanke på att ersättningsnivån är så låg och prishöjningar inom tandvården i stort sett ätit upp värdet av den förhöjda ersättningen.