Regionrådsberedningen

SKRIVELSE
2021-08-11

RS 2021-0322

Regionstyrelsen

Yttrande över betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)

Föredragande regionråd: Anna Starbrink

Ärendebeskrivning

Socialdepartementet har genom remiss bjudit in Region Stockholm att yttra sig gällande betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8). I betänkandet görs bedömningar och lämnas förslag som syftar till att främja en utveckling där ett eller flera av sex nämnda kriterier uppfylls, vilket sammantaget bedöms kunna bidra till ett mer jämlikt, förutsägbart och resurseffektivt tandvårdssystem.

Förslag till beslut

Regionrådsberedningen föreslår att regionstyrelsen beslutar följande.

1. Regiondirektörens tjänsteutlåtande utgör Region Stockholms yttrande till Socialdepartementet över betänkande När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)

2. Paragrafen justeras omedelbart.

Regionrådsberedningens motivering

Regionrådsberedningen ställer sig positiv till stora delar av betänkandet, men konstaterar att reformen kan leda till att kostnaderna överstiger utredningens uppskattningar. Utredningen har inte klarlagt de ekonomiska resursfördelningarna till regionerna, vilket kan leda till oförutsedda kostnader. Utredningen har heller inte beskrivit hur finansiering till regionerna ska säkerställas om utveckling och framtagande av de nya föreskrifterna, riskbedömningsverktygen och it-systemen försenas eller inte blir tillräckligt välutvecklade i tid till reformens ikraftträdande. Utöver detta anser Region Stockholm att det finns ett antal risker kopplat till frågan gällande om uppsökande verksamhet ska upphöra, som riskerar att ge motsatt effekt gentemot utredningens intentioner.

Regionen har i dagsläget en gedigen upparbetad samverkan med kommunerna rörande ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet. Regionrådsberedningen

ställer sig kritiska till att det föreslås upphöra. Att fördela ut ansvaret på kommunal nämnd eller den som yrkesmässigt bedriver enskild verksamhet ska ansvara för att tillgodose munvårdsutbildning till personal som bedriver insatser med stöd av socialtjänstlagen eller LSS riskerar att leda till ojämlikhet, då kunskapen om munhälsa bland personal inom omsorgen brister, enligt utredningen, i många kommuner i dag.

Reformen kan även leda till att utsatta patientgrupper inom barn- och ungdomstandvården förbises, eftersom utredningen inte beaktat barnkonventionen eller hanteringen av personer inom avgiftsfri tandvård som är placerade av samhället eller har skyddade personuppgifter.
Att unga vuxna mellan 20 och 23 år föreslås övergå till det statliga tandvårdsstödet är en efterfrågad förändring som skulle ge bättre förutsättningar till ökad resurseffektivitet genom att resurser frigörs inom andra delar av tandvårdssystemet där tandvårdsbehoven är större.

Beslutsunderlag

1. Regiondirektörens tjänstutlåtande
2. Sammanfattning – När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)
3. Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande den 27 maj 2021
4. Folktandvården Stockholms län AB:s yttrande den 10 juni 2021

Irene Svenonius Anna Starbrink

Regionledningskontoret
Camilla Grenby

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-06-22

RS 2021-0322

Regionstyrelsen

Yttrande över betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)

Regionledningskontorets förslag till beslut

Regionrådsberedningen föreslår att regionstyrelsen beslutar följande.

1. Regiondirektörens tjänsteutlåtande utgör Region Stockholms yttrande till Socialdepartementet över betänkande När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)
2. Paragrafen justeras omedelbart.

Sammanfattning

Socialdepartementet har genom remiss bjudit in Region Stockholm att yttra sig gällande betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8). I betänkandet görs bedömningar och lämnas förslag som syftar till att främja en utveckling där ett eller flera av sex nämnda kriterier uppfylls, vilket sammantaget bedöms kunna bidra till ett mer jämlikt, förutsägbart och resurseffektivt tandvårdssystem.

Region Stockholm ställer sig positiv till stora delar av betänkandet, men konstaterar att reformen kan leda till att kostnaderna överstiger utredningens uppskattningar. Utredningen har inte klarlagt de ekonomiska resursfördelningarna till regionerna, vilket kan leda till oförutsedda kostnader. Utredningen har heller inte beskrivit hur finansiering till regionerna ska säkerställas om utveckling och framtagande av de nya föreskrifterna, riskbedömningsverktygen och it-systemen försenas eller inte blir tillräckligt välutvecklade i tid till reformens ikraftträdande. Utöver detta anser Region Stockholm att det finns ett antal risker kopplat till frågan gällande om uppsökande verksamhet ska upphöra.

Bakgrund
Socialdepartementet har genom remiss bjudit in Region Stockholm att yttra sig gällande betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8). Ärendet har remitterats till hälso- och sjukvårdsnämnden, samt Folktandvården Stockholms län AB.

Enligt utredningen bör ett jämlikt tandvårdssystem kännetecknas av två egenskaper – frånvaro av omotiverade skillnader i behandling och tillgänglighet, samt en förmåga att kompensera för skillnader i olika människors risk för att drabbas av oral ohälsa och förutsättningar att konsumera tandvård. Utredningen har valt att definiera ett jämlikt tandvårdssystem utifrån följande sex kriterier:

- vård och behandling efter behov,
- god tillgång till behandlare i hela landet,
- vård och behandling av god kvalitet och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet,
- låg ekonomisk tröskel för patienten,
- nationellt likvärdig tillämpning av befintliga regelverk, samt
- förmåga att nå grupper som av socioekonomiska, kulturella eller andra skäl avstår tandvård.

I betänkandet görs bedömningar och lämnas förslag som syftar till att främja en utveckling där ett eller flera av dessa kriterier uppfylls, vilket sammantaget bedöms kunna bidra till ett mer jämlikt, förutsägbart och resurseffektivt tandvårdssystem. Utredningen föreslår att de nya reformerna träder i kraft den 15 januari 2026.

Region Stockholms yttrande
Utredningen har gjort en omfattande genomlysning av hela tandvårdssystemet i Sverige och ger ett antal bedömningar och förslag avseende olika delar av tandvårdssystemet. Förslagen ska leda till att hela tandvårdssystemet i Sverige utvecklas för att uppnå en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem.

Utredningen anser att Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) och Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla, reglera och implementera reformen i nära samverkan. Samverkan bör även ske med andra myndigheter, däribland Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), E-hälsomyndigheten och Inspektionen för vård och omsorg (IVO), samt med organisationerna Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Privattandläkarna.

Utredningen har inte redovisat hur och när utvärdering av reformens effekter ska genomföras.

Utredningen har inte beaktat pågående utveckling av digitala vårdbesök inom tandvården och hur det kommer att påverka reformen.

7.4.1 Inför etiska principer för tandvårdens prioriteringar
Utredningen vill att behovs-solidaritetsprincipen om att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till tandvården, samt att människovärdesprincipen ska föras in i tandvårdslagen. Kostnadseffektivitetsprincipen, den mer kostnadseffektiva åtgärden, bör väljas om allt övrigt är lika. Denna princip bör endast komma till användning sedan behovs-solidaritetsprincipen först tillämpats.

Region Stockholm ställer sig positiv till utredningens förslag att införa etiska principer i tandvårdslagen, dock med tillägget att undantaget mot hälso- och sjukvårdslagen är att patienten måste kunna betala för sig då tandvårdens ersättning väsentligt skiljer sig från hälso- och sjukvården.

7.4.3 Privata vårdgivare ska vid anmodan samverka med regionen i planeringen av tandvården
Utredningen anser att ett förtydligande, om att privata vårdgivare inom tandvård ska samverka med regionen i dess planering och utveckling av tandvården, ska föras in i tandvårdslagen.

Region Stockholm ställer sig positiv till utredningens förslag, med tillägget att det behöver förtydligas hur denna samverkan ska ske.

7.4.5 Tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras
Utredningen lyfter att det av regionerna inrättade nationella programområdet för tandvård (NPO tandvård) bör göra en behovsinventering i syfte att fastställa hur tandvårdens utvecklings- och förändringsbehov ser ut, vilka aktörer som bör medverka, hur samverkan med övriga hälso- och sjukvård kan utvecklas, samt om det är motiverat med särskilda utvecklingsmedel för tandvården.

Region Stockholm ställer sig positiv till utredningens förslag.

7.4.8 Regionen och inte folktandvården ska ansvara för tandvård för barn och unga vuxna samt specialisttandvård för vuxna
Utredningen föreslår att tandvårdslagen ändras så att det är regionen och inte folktandvården som ska ansvara för en fullständig tandvård till barn och unga vuxna, samt specialisttandvård för vuxna. Att i lagstiftningen peka ut regionens utförande och inte beställande funktion överensstämmer därför inte med hur svensk tandvård i dag ser ut och kan begränsa möjligheterna att skapa en väl fungerande, dynamisk och resurseffektiv tandvårdsmarknad. Utredningen anser att lagstiftarens särskilda krav på folktandvården, som är en av många utförare av tandvård, i stället bör ställas på regionen som huvudman och beställare av tandvård.

Region Stockholm ställer sig positiv till utredningens förslag.

8.9.1 Avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna ska erbjudas till och med det år de fyller 19 år
Regionen ska ansvara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 19 år. Riskbedömning avseende risk för oral sjukdom, eller progression av befintlig oral sjukdom, bör göras för alla patienter som omfattas av avgiftsfri barn- och ungdomstandvård. Unga vuxna mellan 20 och 23 år ska övergå till det statliga tandvårdsstödet.

Region Stockholm anser att en sådan förändring skulle ge förutsättningar till ökad resurseffektivitet genom att resurser frigörs inom andra delar av tandvårdssystemet där tandvårdsbehoven är större. Därutöver tar reformen med en utökad tandvård till barn och unga vuxna betydande resurser i anspråk inom folktandvården, vilket lett till undanträngningseffekter och en prioriteringsproblematik. Utredningen har dock inte utrett den avgiftsfria tandvården för barn och vuxna i sin helhet. Bland annat är det oklart hur patienter ska hanteras under en övergångsperiod, samt varför utredningen inte avser fastställa någon bortre tidsgräns för övergångsbestämmelser avseende ändrad ålder för barn- och ungdomstandvård.

8.9.3 Data om barn och unga vuxnas tandhälsa och tandvård till tandhälsoregistret
8.9.4 Nationella riktlinjer bör omfatta barn och unga vuxna
Utredningen anser att tandhälsoregistret bör utökas till att omfatta tandhälsa och munstatus, samt regelbunden och fullständig tandvård till barn och unga vuxna. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) bör ges i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen utveckla ett sådant

särskilt kodverk för barn och unga vuxna. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård bör omfatta tandvård till barn och unga vuxna.

Region Stockholm delar utredningens bedömning med tillägget att det finnas en risk för låg rapporteringsfrekvens om inte ersättning eller andra incitament till vårdgivare inom tandvård är knuten till rapporteringen. Det krävs också omfattande resurser i detta fall, i synnerhet när det gäller utvecklingen av rapportering genom ett it-system som kan samköras med alla befintliga och kommande patientjournalleverantörers system. Region Stockholm anser att regionerna ska vara delaktiga i detta utvecklingsarbete.

9.2.2 Tandhälsoplan ska ersätta ATB, STB och undersökningsprotokoll
Utredningen föreslår att en individuell tandhälsoplan ska utgöra en del av det statliga tandvårdsstödet och erbjudas till alla patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd. Patientavgiften för de behandlingsåtgärder som ingår i tandhälsoplanen ska vara fast och uppgå till 200 kronor per besökstillfälle. Vid ikraftträdandet av bestämmelser om tandhälsoplan ska Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och Särskilt tandvårdsbidrag (STB) upphöra som ersättning i det statliga tandvårdsstödet.

Region Stockholm är av uppfattningen att den fasta kostnaden kan förväntas öka patientens upplevda trygghet och handlingsutrymme och därmed leda till ett ökat fokus på prevention.

10.5 Förslag om ett nytt selektivt tandvårdsstöd som en del av det statliga tandvårdsstödet
Utredningen föreslår att dagens regionala särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdsförordningen upphör och ersätts med ett statligt selektivt tandvårdsstöd som omhändertar huvuddelen av dagens regionfinansierade särskilda tandvårdsstöd för vuxna, samt ett kompletterande nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för övriga vuxna med särskilda behov. Patienter som är 85 år och äldre ska omfattas av samma patientavgift som övriga patienter inom selektivt stöd. Det selektiva stödet ska bestå av ett stöd för basal tandvård under lång tid och ett stöd för viss behandling under viss tid. Utredningen lyfter att huvudskälet till att förslaget läggs fram är de förbättrade förutsättningar för samordning och integrering med det befintliga generella statliga tandvårdsstödet som detta skulle innebära.

Region Stockholm anser att utredningens förslag är bra. Nuvarande tandvårdsstöd är riktat till ett urval av medicinska diagnoser som bedömts kopplade till munhälsa. Förslaget minskar den administrativa bördan på

regionerna, samt ökar förutsägbarheten och rättssäkerheten för patienter och behandlare inom såväl tandvård som hälso- och sjukvård. Region Stockholm anser dock att det är viktigt att det som beskrivs verkligen realiseras för att det ska fungera. Det finns vissa oklarheter avseende de patientgrupper som stannar kvar i det nya regionala tandvårdsstödet.

10.7 Uppsökande verksamhet upphör
Utredningen föreslår att uppsökande verksamhet, som omfattar att munhälsobedömning utförs på patienter som har tillhörighet till nödvändig tandvård, upphör. Utredningen menar att de som redan har en regelbunden tandvårdskontakt bättre omhändertas och ges munhälsoråd vid en ordinarie undersökning och av den vårdgivare som har tillgång till patientjournal från tidigare besök.

Regionernas ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet föreslås upphöra. Kommunal nämnd eller den som yrkesmässigt bedriver enskild verksamhet ska ansvara för att tillgodose munvårdsutbildning till personal som bedriver insatser med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Kunskapen om munhälsa bland personal inom omsorgen brister, enligt utredningen, i många kommuner i dag. Kommunerna upplever stora behov av kompetensutveckling på området, medan tandvården å sin sida ofta upplever en svårighet att fylla platserna i utbildningslokalen och att utbildningstillfällena med tandvården prioriteras bort.

Region Stockholm anser att upphörandet av uppsökande verksamhet kan leda till risker för patienten, till exempel uteblivna utbildningsinsatser, och att länken mellan region, vårdgivare inom tandvård och kommunens vård- och omsorgspersonal försämras. Samarbetet aktörerna emellan gör att arbetet prioriteras och ständigt hålls aktuellt. Det kan också leda till ett utökat ansvar för kommunerna att själva tillse de boendes munhälsa.

10.10.3 Behandlingar som omfattas
Utredningen föreslår att de behandlingar som omfattas av regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården endast översiktligt regleras och att de vid behov kan förtydligas av regionala anvisningar. Utredningen föreslår vidare att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att, vid behov, stödja regionerna med kunskapsunderlag och nationella riktlinjer för sådan tandvård som utförs inom stödet.

Region Stockholm ser en risk att det föreslagna regionala tandvårdsstödet i samverkan med hälso- och sjukvården decimeras kraftigt jämfört med det nuvarande regionfinansierade tandvårdsstödet för vuxna. Den föreslagna indelningen av vissa patientgrupper kan leda till att ojämlikheter mellan regioner kvarstår. Eftersom behandlingsåtgärder som omfattas av det nya regionala tandvårdsstödet föreslås regleras översiktligt på nationell nivå och vid behov förtydligas av regionala anvisningar, kan det leda till kvarstående regionala skillnader. Tidigare har Socialstyrelsen inte försett regionerna med tydliga kunskapsunderlag och nationella riktlinjer för dessa grupper. Den tidsrymd som föreslås för framtagande av kunskapsunderlag och nationella riktlinjer är inte rimlig.

12.2.1 Sammanfattning av de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag
Av utredningen framgår att summan av alla förändringar beräknas resultera i oförändrade kostnader totalt och att förslagen således är finansierad inom ram. Statens kostnader beräknas öka med 1,52 miljarder kronor medan regionernas kostnader förväntas minska med 1,84 miljarder kronor och patienternas kostnader beräknas öka med 0,32 miljarder kronor. Att patienternas kostnader förväntas öka beror främst på att åldersgränsen för avgiftsfri tandvård sänks till 19 år, vilket medför att 20–23-åringar övergår till det generella statliga stödet.

Region Stockholm konstaterar att de kostnadsberäkningar som redovisas skulle upplevas som mer transparenta om data och övriga underlag för beräkningar funnits tillgängliga i bilagorna.
12.2.6 Ekonomiska konsekvenser för regionerna
Utredningen lyfter fram att med regionernas vårdgivare avses folktandvården.

Region Stockholm anser att de ekonomiska konsekvenserna behöver särredovisas för regionerna respektive folktandvården.

Ekonomiska konsekvenser
Region Stockholm konstaterar att reformen kan leda till att kostnaderna överstiger utredningens uppskattningar. Detta då Region Stockholm under den föreslagna övergångsperioden kan behöva bära kostnaderna för administration och ersättningar till vårdgivare inom tandvård, givet att generellt anslag till Region Stockholm minskas.

Förslaget om sänkt ålder för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården från 23 år till 19 år kan innebära att Region Stockholms kostnader ökar för patienter som enligt föreslagna övergångsregler ska behandlas färdigt inom ramen för den avgiftsfria tandvården under obegränsad tid. Utredningen har inte klarlagt de ekonomiska resursfördelningarna till regionerna, vilket kan leda till oförutsedda kostnader.

Utredningen har heller inte beskrivit hur finansiering till regionerna ska säkerställas om utveckling och framtagande av de nya föreskrifterna, riskbedömningsverktygen och it-systemen försenas eller inte blir tillräckligt välutvecklade i tid till reformens ikraftträdande.

Hans-Erik Malmros
Tf regiondirektör

Katarina Holmgren
Ekonomidirektör

Beslutsunderlag

1. Sammanfattning – När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)
2. Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande den 27 maj 2021
3. Folktandvården Stockholms län AB:s yttrande den 10 juni 2021

Beslutsexpediering

1. Socialdepartementet
2. Hälso- och sjukvårdsnämnden
3. Folktandvården Stockholms län AB

Godkänd av Hans-Erik Malmros, 2021-06-22

Sammanfattning

Svensk tandhälsa och det svenska tandvårdssystemet – nuläge och utveckling

Tandhälsan allt bättre på befolkningsnivå

Tandhälsan i Sverige har förbättrats markant under de senaste etthundra åren. Utbyggnaden av folktandvården under 1940- och 1950-talen, en ökad fluoranvändning och tandborstning samt en successivt ökad medvetenhet i befolkningen om betydelsen av förebyggande insatser har bidragit till detta. Exempelvis minskade antalet personer som var helt tandlösa markant under 1970- och 1980-talen. En bidragande orsak till den positiva tandhälsoutvecklingen har sannolikt även varit den förbättrade tillgängligheten till tandvård. Mellan åren 1974 och 1983 ökade antalet tandläkare med 30 procent. Ett allmänt ökat välstånd, tandvårdens utbyggnad och utvecklingen av nya metoder och teknik medförde att tänder kunde behandlas och tandlöshet rehabiliteras i större utsträckning än tidigare.

Den positiva utvecklingen av tandhälsan på befolkningsnivå bland dem som besöker tandvården har fortsatt under 2000-talets första årtionden. Även skillnaderna i tandhälsa har minskat över tid. Exempelvis var skillnaderna mellan de med bäst och sämst tandhälsa mindre år 2018 än år 2009. De som år 2018 hade den jämförelsevis sämsta tandhälsan i befolkningen, hade också en något bättre tandhälsa än de som hade den sämsta tandhälsan år 2009.

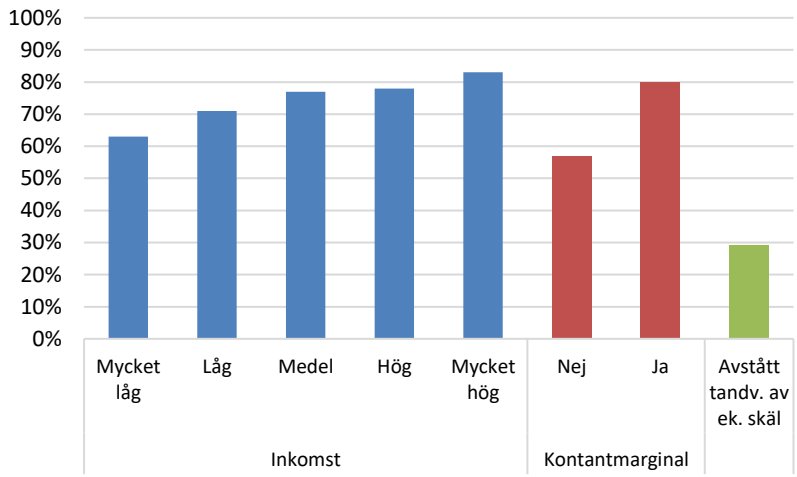
Det finns en trend mot att äldre har allt fler egna tänder kvar högre upp i åldrarna. Detta är något som förändrar vård- och behandlingsbehovet.

Tydliga socioekonomiska skillnader i tandhälsa

Samtidigt som utvecklingen på befolkningsnivå är positiv, finns tydliga socioekonomiska skillnader i tandhälsa. Inkomstskillnader förstärker skillnader i tandhälsa. Personer med lägre utbildningsnivå har en sämre tandhälsa. Även den självskattade tandhälsan är sämre bland personer i en socioekonomiskt utsatt position. Socioekonomi har också betydelse för skillnader i barns tandhälsa, mätt som karies-förekomst.

Figur 1 **Självskattad tandhälsa efter inkomstgrupper, år 2018**

Andel i befolkningen 16–84 år i respektive grupp som skattat sin tandhälsa som god



Källa: Folkhälsomyndigheten. Anmärkningar: Värdet för de som avstått tandvård på grund av ekonomiska skäl avser perioden 2004–2014. Ett hushåll med kontantmarginal klarar av att betala en oväntad utgift på 11 000 kronor inom en månad utan att låna eller be om hjälp.

Funktionsnedsättning påverkar såväl upplevd som faktisk tandhälsa negativt. Andelen som upplever sin tandhälsa som ganska eller mycket bra, minskar i takt med funktionsnedsättningens omfattning. För de med starkt nedsatt funktion skattar endast 56 procent sin tandhälsa som ganska eller mycket bra, att jämföra med cirka 80 procent för personer utan nedsatt funktion.

Tandvårdspatienterna betalar störst andel av kostnaden

De totala utgifterna för all tandvårdsverksamhet uppgick till cirka 29,4 miljarder kronor år 2018. Sedan lång tid tillbaka står patienterna för merparten av tandvårdskostnaderna. Att tandvårdssystemet reformerats ett antal gånger de senaste 10–15 åren har endast till viss del påverkat patienternas andel av de totala kostnaderna. Patienterna betalade sammanlagt 16,6 miljarder kronor för tandvård år 2018, vilket motsvarar 57 procent, jämfört med år 2002 då patienternas andel var 69 procent. Staten står för knappt 25 procent av de totala tandvårdsutgifterna, en nivå som varit ungefär densamma sedan införandet av det statliga tandvårdsstödet år 2008. Sett i ett längre historiskt perspektiv har statens utgifter dock ökat kraftigt. Regionernas utgifter för tandvård till barn och unga vuxna och det särskilda tandvårdsstödet har också ökat över tid och var år 2018 cirka 5,5 miljarder, vilket motsvarar knappt 20 procent av de totala tandvårdsutgifterna.

Under de senaste årtiondena har utvecklingen av tandvårdsutgifterna varit stabil. Per invånare var den genomsnittliga tandvårdskostnaden 2 860 kronor år 2018 vilket kan jämföras med 2 650 kronor år 2002 uttryckt i 2018 års priser. Med tandvårdskostnad avses här både den offentliga subventionen och det patienten själv betalar. Det var endast under de första åren efter det nuvarande statliga tandvårdsstödets införande som kostnaden per invånare tillfälligt ökade.

Totalt 4,5 miljarder kronor betalades ut i högkostnadsskydd år 2019, vilket motsvarade 70 procent av den statliga tandvårdsersättningen. En betydligt större andel av den statliga ersättningen betalas ut till privata vårdgivares patienter än till offentliga vårdgivares patienter, 72 procent jämfört med 28 procent. En relativt sett större andel av ersättningen går också till storstadsregionerna.

Regionernas kostnader för tandvård har ökat under senare år, framför allt som en följd av en ökad omfattning av de särskilda tandvårdsstöden. Tandvård till barn och unga vuxna är den enskilt största verksamheten inom den regionfinansierade tandvården. Den regionfinansierade tandvården går med underskott i 8 av 21 regioner. Folktandvårdens andel av tandvårdsmarknaden i det statliga tandvårdsstödet är cirka 30 procent mätt i vårdgivarpriser – en andel som har varit i princip oförändrad de senaste åren.

Tandvården är den mest lönsamma vårdsektorn

De privata tandvårdsföretagen består av ett stort antal mindre bolag samt ett fåtal större aktörer. Utvecklingen går mot allt färre och större vårdgivare och den privata tandvården ökar sin omsättning. Sedan flera år är tandvården den vårdsektor där privata företag har högst lönsamhet. Åren 2006 och 2007 var rörelsemarginalen för de privata tandvårdsföretagen omkring 7 procent, vilket var i linje med andra vårdsektorer i jämförelsen. Efter reformen år 2008 ökade lönsamheten för de privata aktörerna och sedan dess har den årliga rörelsemarginalen varit mellan 11 och 13 procent. År 2019 var rörelsemarginalen 12,7 procent, vilket till exempel kan jämföras med 5,6 procent för de privata företagen inom primärvården och 3,7 procent för privata assistansbolag. Det bör i sammanhanget påpekas att resultatet för år 2020 varit avsevärt sämre för såväl privata som offentliga vårdgivare på grund av covid-19-pandemin.

Tandvården upplever personalbrist trots fler behandlare

Generellt upplever tandvården en brist på personal. Samtidigt finns det fler behandlare i tandvården per invånare i dag än för exempelvis tio år sedan. Tandvården utmärker sig också som en bransch där en stor andel arbetar inom yrket. Drygt 80 procent av landets sysselsatta personer med en tandvårdsutbildning är kliniskt verksamma. Även om antalet tandläkare är flest i de tre storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne, finns inte något tydligt mönster av lägre antal behandlare per invånare i glesbygdsregionerna.

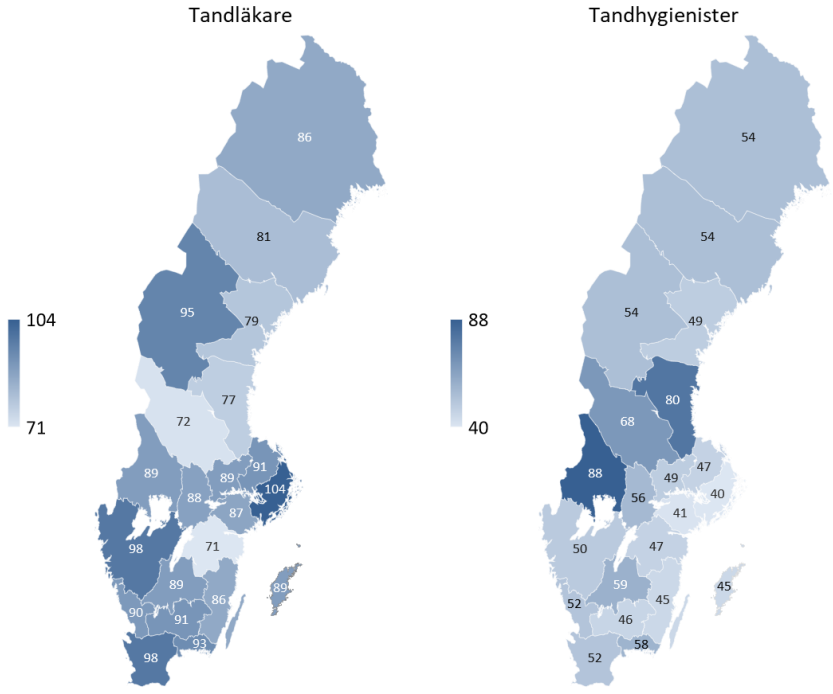
Tandläkarkåren blir allt äldre – och samtidigt allt yngre. Unga mindre erfarna tandläkare producerar i snitt 10–25 procent mindre tandvård än äldre mer erfarna, vilket betyder att för varje tandläkare som går i pension behövs mer än en nyexaminerad tandläkare för att bibehålla tandvårdens kapacitet. En behandlare tar i snitt emot färre besök i dag än för 10 år sedan. En konsekvens av detta är att, trots att det ojusterade utbudet av arbetskraft har ökat de senaste åren, motsvaras inte detta av en utökad, eller ens bibehållen, kapacitet i tandvården.

Tandvården är en kvinnodominerad bransch. Hälften av landets legitimerade behandlare arbetar privat och hälften offentligt. Folktandvårdens patienter är yngre än de privata vårdgivarnas patienter.

Privata vårdgivare utför fler omfattande behandlingar, vilket delvis förklaras av att de har fler äldre patienter än folktandvården.

Figur 2 **Behandlarkoncentration per region, år 2019**

Antal tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare 24 år och äldre



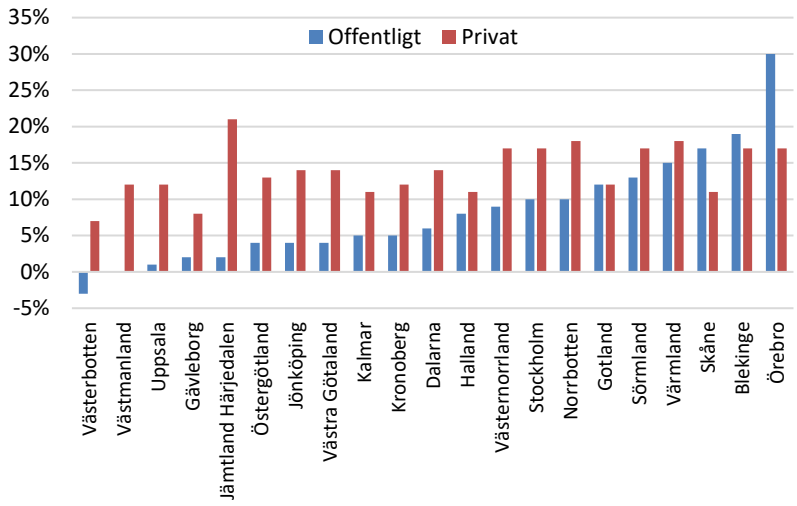
Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

Stora regionala variationer i prissättningen

Vårdgivarnas prissättning varierar över landet. Priserna var i genomsnitt 12 procent högre än referenspriserna år 2019. Offentliga vårdgivare har i genomsnitt 8 procent högre priser än referenspriserna, vilket är lägre än för de privata vårdgivarna som i genomsnitt ligger 14 procent över referenspriserna. Sedan systemet med referenspriser infördes år 2008 har prisavvikelsen med undantag för några få år varit relativt oförändrad, där de privata vårdgivarnas priser per åtgärd konstant har varit omkring 5 procentenheter högre än de offentliga vårdgivarnas.

Figur 3 **Prisavvikelse per region och vårdgivartyp, år 2019**

Genomsnittlig procentuell avvikelse mellan vårdgivarpriser och referenspriser på utförda åtgärder



Källa: SCB.

Sjunkande besöksfrekvens på befolkningsnivå

När det gäller besöksmönster är trenden en långsamt minskande besöksfrekvens på befolkningsnivå. Det finns också betydande regionala skillnader. Besöksfrekvensen är generellt lägre i glesbygdslän samt i socioekonomiskt utsatta storstadsområden. Av personer med mycket låga inkomster besökte endast 52 procent tandvården under tvåårsperioden 2018–2019, vilket kan jämföras med en andel på 82 procent av personer med mycket höga inkomster. De akuta tandvårdsbesöken blir fler, och med något undantag är akutbesöken fler i glesbygdslänen. Det är vanligare bland män att endast besöka tandvården akut. De akuta besökarna har även överlag en svagare socioekonomisk ställning.

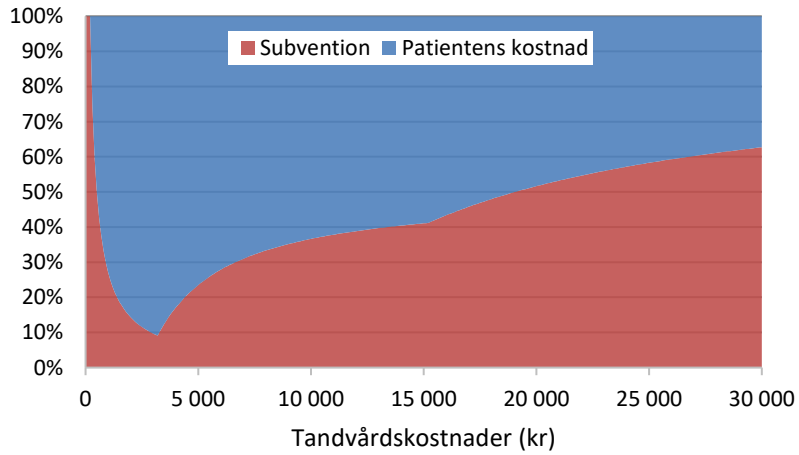
En patient i Sverige besöker tandvården i genomsnitt två gånger per år. En av tio vuxna har inte besökt tandvården på tio år. Folktandvårdens andel av utförda basundersökningar ökar. Det är också vanligare bland abonnemangspatienter att som enda behandling få en basundersökning. Unga kvinnor går på en undersökning oftare än vad som är förväntat givet deras tandhälsa.

Få patienter har mycket höga tandvårdskostnader

Merparten av patienterna i det statliga tandvårdsstödet har låga tandvårdskostnader, medan en liten andel av patienterna har höga eller mycket höga kostnader. Utformningen av det statliga tandvårdsstödet innebär att subventionsgraden ökar ju högre tandvårdskostnader patienten har. Som en följd, går en stor del av den statliga subventionen till de patienter som har de högsta kostnaderna. De 5 procent av patienterna som hade tandvårdskostnader över 15 000 kronor mottog år 2018 hälften av den statliga subventionen.

Figur 4 **Subvention och patientkostnad vid olika tandvårdskostnader**

Procentuell andel av kostnader



Källa: Egna beräkningar. Anmärkning: Beräkningen avser tandvårdskostnader för patienter 30–64 år enligt 2019 års regelverk.

Högkostnadsskyddet nyttjas mer av män och av äldre patienter. Nyttjandet är lägre bland patienter med en ekonomiskt och socioekonomiskt svag position. Å andra sidan är den statliga subvention som betalas ut till dessa patientgrupper i regel högre än för övriga befolkningen. År 2019 var den genomsnittliga subventionen 2 400 kronor för patienter med mycket låga inkomster jämfört med 1 600 kronor för patienter med mycket höga inkomster. Grupper med sämre tandhälsa är också överrepresenterade bland dem som inte nyttjar tandvårdsstödet. Med stigande ålder ökar skillnaden i tandhälsa och hur

mycket tandvård de med de lägsta respektive högsta inkomsterna konsumerar. Detta ger stöd för att den sociala hälsogradienten för tandvårdskonsumtion ökar över livscykeln och att den långsiktiga effekten av inkomst på tandhälsa är betydande.

Fler gör en basundersökning utan efterföljande behandling

Befolkningens kännedom om Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) är generellt sett låg. Fördubblat ATB för vissa grupper har inte lett till fler besök i tandvården. Drygt 80 procent använder ATB i samband med en basundersökning. Andelen patienter som genomgår en basundersökning utan efterföljande behandling har stigit kraftigt under senare år. Även om detta sannolikt delvis kan förklaras av att befolkningen blivit friskare, indikerar det också en viss överkonsumtion av basundersökningar. Detta sammanfaller med en kraftig ökning av folktandvårdens abonnemangstandvård. I dag har var tionde patient abonnemangstandvård, vilket motsvarar cirka 800 000 patienter. Abonnemangstandvårdens andel av marknaden varierar regionalt. I vissa glesbygdslän har folktandvårdens kapacitetsbrist begränsat möjligheten att erbjuda abonnemang. Unga kvinnor är mest benägna att ingå avtal om abonnemangstandvård. Abonnemang är mindre vanligt i socioekonomiskt utsatta grupper och generellt har patienter med abonnemang låg sjukdomsrisk.

Personer med särskilt regionfinansierat tandvårdsstöd besöker tandvården oftare och får fler åtgärder. Dessa patienter får också färre undersökningar men fler sjukdomsbehandlande åtgärder.

Inkomst och födelseland har betydelse för vilka som avstår tandvård trots behov

Andelen personer som uppger att de inte besöker tandvården trots behov under en tolvmånadersperiod uppgår till drygt 3 procent av befolkningen över 16 år (år 2018/19). Det finns ingen skillnad mellan kvinnor och män i detta avseende. Ålder och utbildningsnivå har viss, dock relativt liten, betydelse för hur vanligt det är att ha ett ej uppfyllt tandvårdsbehov. Inkomst och födelseland har större betydelse. Bland låginkomsttagare är andelen som har ett ej uppfyllt tandvårdsbehov drygt 7 procent jämfört med 1 procent bland hög-

inkomsttagare. Bland inrikes födda är denna andel 2 procent, jämfört med nästan 7 procent av de utrikes födda. Inom gruppen utrikes födda finns också stora skillnader – det är tre gånger så vanligt för utomeuropeiskt födda personer än för personer födda i Norden att ha ett ej uppfyllt tandvårdsbehov. Resultaten indikerar att patienternas socioekonomiska förutsättningar, däribland inkomst, har betydelse för besöksfrekvensen i tandvården.

Svensk tandhälsa bra i ett internationellt perspektiv

Sett i ett internationellt perspektiv står sig svensk tandhälsa och svensk tandvård väl. Enligt WHO:s studier av utvecklingen av karies-förekomst och parodontit som en del av ett större indikatorsystem för att mäta och jämföra olika länders generella hälsotillstånd, har den svenska befolkningen en mycket bra tandhälsa i ett internationellt perspektiv. Resultaten gäller såväl för barn som för vuxna. Andelen som inte har ett uppfyllt behov av tandvård är lägre i Sverige än i övriga Norden och betydligt lägre än EU-genomsnittet. Sverige är det land i Norden som har högst subventionsgrad för mer omfattande tandvård. Vad gäller förebyggande tandvård är å andra sidan subventionen högre i exempelvis Danmark. Även finansieringen av tandvård till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning varierar. Kostnaderna för tandvård som andel av totala kostnader för hälso- och sjukvård, är högre i Sverige än i många andra europeiska länder.

Utredningens övergripande analys och slutsatser

Utredningens definition av ett jämlikt tandvårdssystem

Ett jämlikt tandvårdssystem bör kännetecknas av två egenskaper – frånvaro av omotiverade skillnader i behandling och tillgänglighet samt en förmåga att kompensera för skillnader i olika människors risk för att drabbas av oral ohälsa och förutsättningar att konsumera tandvård. Det är också centralt vilka principer som styr hur de befintliga ekonomiska och personella resurserna fördelas. Utifrån dessa utgångspunkter blir det uppenbart att insatser behöver göras både när det gäller vårdgivarnas förutsättningar att erbjuda god tandvård

på lika villkor och när det gäller att skapa jämlika förutsättningar för människor att kunna få tandvård. Definitionen rymmer således både ett vårdgivar- och ett patientperspektiv. Utredningen har valt att definiera ett jämlikt tandvårdssystem utifrån följande sex kriterier:

- vård och behandling efter behov,
- god tillgång till behandlare i hela landet,
- vård och behandling av god kvalitet och i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet,
- låg ekonomisk tröskel för patienten,
- nationellt likvärdig tillämpning av befintliga regelverk, samt
- förmåga att nå grupper som av socioekonomiska, kulturella eller andra skäl avstår tandvård.

Utredningen har med dessa sex kriterier som utgångspunkt gjort en systematisk genomlysning och analys av det svenska tandvårdssystemets olika delar. De bedömningar och förslag som lämnas i betänkandet syftar till att främja en utveckling där ett eller flera av dessa kriterier uppfylls, vilket sammantaget bedöms kunna bidra till ett mer jämlikt, förutsägbart och resurseffektivt tandvårdssystem.

Tandvårdssystemets finansieringsmodell i kombination med ökad ojämlikhet i samhället riskerar att befästa skillnader i tandhälsa

Målsättningen att alla människor ska ha samma möjligheter till en god hälsa finns uttryckt såväl i svensk grundlag som i internationella deklarationer. Ett gott hälsotillstånd handlar inte enbart om frånvaro av sjukdom och smärta, utan även om fysiskt, mentalt och socialt välbefinnande. Tandhälsa är en viktig och integrerad del av en människas allmänna hälsotillstånd. Trots samhällets övergripande målsättning om en god och jämlik hälsa för alla, finns det i Sverige i dag systematiska skillnader i hälsa mellan samhällsgrupper med olika social position. Människor med olika utbildning, yrken och inkomst skiljer sig åt i hälsa, sjukdomsrisk och livslängd. Även när det gäller tandhälsa är dessa sociala bestämningsfaktorers påverkan på hälsoutfallet tydlig. Skillnader i tandhälsa och allmänhälsa följer i detta avseende samma mönster. Tandvårdens finansieringsmodell där patien-

ten själv betalar en stor del av kostnaden innebär en tröskel för personer som helt eller delvis saknar betalningsförmåga. Detta gör att socioekonomiska skillnader påverkar besöksfrekvens, val av behandlingsalternativ och ytterst även tandhälsan. I vilken utsträckning tandvårdens finansieringsmodell påverkar tandhälsan negativt, beror i hög grad på samhällsutvecklingen i stort. Den statliga Jämlikhetskommissionen konstaterade i sitt slutbetänkande från år 2020 att Sverige efter en historiskt positiv utveckling med en relativt sett hög grad av jämlikhet, nu står inför stora utmaningar. Ökade inkomst- och kapitalskillnader, kvalitetsskillnader i skolsystemet, bostadsbrist, segregation och sjunkande tillit till samhällets centrala funktioner är några faktorer som sammantaget ökar de socioekonomiska skillnaderna i samhället. Det är utredningens bedömning att tandvårdssystemets finansieringsmodell i kombination med denna ökade ojämlikhet i samhället riskerar att befästa skillnaderna i tandhälsa.

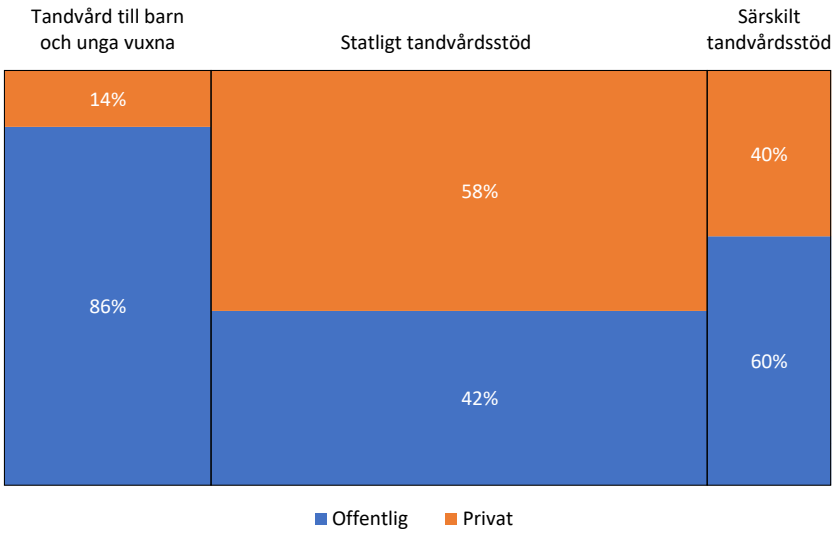
Den tudelade tandvårdsmarknaden tillvaratar inte tandvårdens hela potential

Regionernas utökade ansvar för vissa patientgrupper, däribland unga vuxna, i kombination med svårigheter att rekrytera och behålla personal leder till en allt tydligare uppdelning av tandvårdsmarknaden. En allt större del av folktandvårdens resurser tas i anspråk för tandvården till barn och unga vuxna, för befolkningsansvaret och för patientgrupper med särskilda behov. Som en konsekvens blir privattandvården alltmer koncentrerad till allmäntandvård till vuxna inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Denna tudelning av marknaden påverkar folktandvårdens attraktivitet som arbetsgivare negativt, eftersom behandlare ofta efterfrågar en variation av patienter och behandlingar. Privata vårdgivares goda tillgång till vuxna patienter inom det statliga tandvårdsstödet i kombination med villkor och ersättningar för att bedriva regionfinansierad tandvård som de privata vårdgivarna ser som otillräcklig, förstärker uppdelningen. Endast 14 procent av patienterna inom tandvården till barn och unga vuxna är listade hos en privat vårdgivare. Samtidigt redovisar mer än hälften av regionerna ett underskott för sin barn- och ungdomstandvård. Förhållandena pekar enligt utredningen på ett behov av att hitta sätt att motverka uppdelningen av tandvårdsmarknadens olika segment och patientgrupper mellan de offentliga och privata vård-

givarna. Från statens sida kan detta göras genom förändringar i gränssnittet mellan regionernas ansvar och det statliga tandvårdsstödet, exempelvis åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna och stödet till patienter med särskilda behov. Från regionernas sida behövs en fungerande dialog och samverkan med privata vårdgivare i planeringen av tandvården i regionen. De privata vårdgivarna bör också i högre grad än i dag medverka i planeringen av tandvården utifrån befolkningens behov och ta ett ökat ansvar i situationer och perioder då regionens samlade tandvårdspotential behövs för att möta befolkningens efterfrågan.

Figur 5 **Fördelning av marknaden mellan privat och offentlig tandvårdsverksamhet, år 2019**

Procentuell andel av patienter



Källa: Försäkringskassan och SKR.

Det behövs vägledande principer för hur tandvård bör bedrivas och organiseras

Tandvården påverkas på samma sätt som andra välfärdstjänster av samhälls- och omvärldsförändringar som urbanisering, demografi, migration och levnadsvaneförändringar. Därtill har framför allt den offentliga tandvården, i likhet med alla andra välfärdstjänster, begrän-

sade resurser. Ekonomin i många kommuner och regioner utanför landets tillväxtregioner försämras i takt med vikande skatteunderlag och åldrande befolkning. Samtidigt kan utredningen konstatera att tandvården i vissa avseenden har bättre förutsättningar att möta nämnda samhällsförändringar än andra välfärdstjänster, i synnerhet när det gäller tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. God tillgång till patienter i kombination med en enhetlig statlig ersättning, fri prissättning och fri etablering ger sammantaget goda marknadsmässiga villkor. Trots detta är bristen på aktiva behandlare ett betydande problem i många regioner. Det gäller såväl privata som offentliga vårdgivare. Givet det faktum att de ekonomiska och personella resurserna är begränsade behövs därför vägledande principer för hur tandvård bör bedrivas och organiseras. Principen om vård efter behov bör tydligare än i dag styra prioritering och resursfördelning i tandvården. Behovs-solidaritetsprincipen bör utgöra en central utgångspunkt för svensk tandvård och återspeglas i tandvårdslagen. Även människovärdesprincipen bör uttryckas i tandvårdslagstiftningen. Ett tydligt krav behövs på att verksamheten bedrivs i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vidare bör en princip vara att helt eller delvis offentligt finansierad tandvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet, eftersom de allmänna medlen är begränsade och patienternas egenfinansiering hög. Tandvård ska också som huvudprincip ges nära befolkningen, men får, om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, koncentreras geografiskt. Samtliga av dessa principer finns redan i dag uttryckta i den övriga hälso- och sjukvårdens ramlagstiftning och bör alltså även omfatta tandvården.

Regionens lagreglerade planeringsansvar för tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov förutsätter en fungerande samverkan mellan regionen och tandvårdens vårdgivare. Vårdgivare, såväl privattandvård som folktandvård, ska därför vid anmodan av den region inom vilken de verkar samverka med regionen i dess planering och utveckling av tandvården.

Reformering av de särskilda tandvårdsstöden behövs för att nå ett mer jämlikt, resurseffektivt och förutsägbart system

Utredningens analys av de särskilda regionfinansierade tandvårdsstöden bekräftar och förstärker den bild som Socialstyrelsen redovisade i en rapport år 2018. Patienter saknar kunskap om de särskilda tandvårdsstöden som dessutom är svåra att förstå. Systemet är komplext och saknar precisa regler, vilket skapar variationer mellan regionerna. Det vetenskapliga stödet för vilka grupper som har särskilda behov är bristfälligt. Bristande kunskap om patientgruppers behov kan medföra felaktig exkludering eller inkludering av patienter till de särskilda tandvårdsstöden. Glappet mellan regionalt och statligt tandvårdsstöd kan leda till att patienter lämnas helt utan stöd. Det finns också betydande tillämpningssvårigheter inom respektive regionfinansierat tandvårdsstöd.

Inför en reformering av de särskilda stöden är det viktigt att ta tillvara regionernas långa erfarenhet. Administrationen behöver vara enkel och smidig, den tar för mycket tid i dagens system – både för behandlaren och för regionen. Det behövs ett väl fungerande enhetligt IT-system som hanterar det särskilda stödet. Regelverket bör vara integrerat i journalsystemet för att stödja behandlaren. Det behövs ett nationellt tydligt regelverk som styr vad som får göras för respektive patientgrupp där endast vissa behandlingar ersätts. Väsentligt är att regelverket ska vara lika över hela landet och att det även omfattar omgörningsregler samt ett krav på vetenskap och beprövad erfarenhet. En god kostnadskontroll kan medföra att särskilt stöd kan komma fler patienter med särskilda behov till godo. Förhandsprövningarna bör vara få och hanteras via ett digitalt system. Efterhandskontroller är av stor vikt, liksom en möjlighet att kunna vidta åtgärder mot systematisk felanvändning.

Utredningens bedömningar och förslag

Bedömningar och förslag som avser hela tandvårdssystemet

- Tandvårdslagen bör innehålla vissa etiska principer för tandvårdens prioriteringar. Behovs-solidaritetsprincipen om att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till tandvården ska föras in i tandvårdslagen. Principen om att tandvården

ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet ska föras in i tandvårdslagen.

- Tandvårdslagen bör innehålla principer för tandvårdens organisering. Helt eller delvis offentligt finansierad tandvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Helt eller delvis offentligt finansierad tandvårdsverksamhet ska organiseras så att den kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får tandvården koncentreras geografiskt.
- Regionens planeringsansvar för tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov förutsätter en fungerande samverkan mellan regionen och offentliga och privata vårdgivare. Ett förtydligande införs i tandvårdslagen om att privata vårdgivare, vid anmodan av den region inom vilken de verkar, ska samverka med regionen i dess planering och utveckling av tandvården.
- Bestämmelser om att tandvården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet förs in i tandvårdslagen.
- Tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras, dels för att möjliggöra samverkan med hälso- och sjukvården och omsorgen i ett gemensamt utvecklingsarbete, dels för att utveckla för tandvården specifika områden. Det av regionerna inrättade nationella programområdet för tandvård (NPO tandvård) bör göra en behovsinventering i syfte att fastställa hur tandvårdens utvecklings- och förändringsbehov ser ut, vilka aktörer som bör medverka i olika delar, hur samverkan med övrig hälso- och sjukvård och omsorg kan utvecklas samt om det är motiverat med särskilda utvecklingsmedel för tandvården.
- Vårdgivarens ansvar för att ge patienten information om behandling och egenvård tydliggörs i tandvårdslagen. En följdändring införs även i patientsäkerhetslagen.
- Det tillvägagångssätt som vårdgivaren har för att patienten ska få tandvårdsstöd för sin behandling tydliggörs för ökad följsamhet i lagen om statligt tandvårdsstöd.
- Tandvårdslagen ändras så att det är regionen och inte folktandvården som ska ansvara för en fullständig tandvård till barn och unga vuxna och specialisttandvård för vuxna.

Bedömningar och förslag som avser tandvård till barn och unga vuxna

- Avgiftsfri tandvård till unga vuxna i åldersgruppen 20–23 år innebär inte att offentliga resurser används på ett sätt som bidrar till ett mer jämlikt och resurseffektivt tandvårdssystem. Den nuvarande åldersgränsen för avgiftsfri tandvård står inte i överensstämmelse med principen om att den med störst behov ska ges företräde till tandvården. Åldersgränsen ökar regionernas åtagande på ett sätt som riskerar att leda till undanträngningseffekter och kapacitetsbrist, vilket försvårar regionernas förutsättningar att erbjuda tandvård till patienter med större behov. Regionen ska därför ansvara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 19 år.
- Riskbedömning avseende risk för oral sjukdom, eller progression av befintlig oral sjukdom, bör utföras av alla patienter som omfattas av avgiftsfri barn- och ungdomstandvård. Riskbedömningen bör göras med stöd av en särskild anpassad version av det riskbedömningssystem som enligt förslag ska utvecklas inom det statliga tandvårdsstödet för systemet med tandhälsoplan.
- Tandhälsoregistret bör utökas till att omfatta tandhälsa och munstatus samt regelbunden och fullständig tandvård till barn och unga vuxna. Detta inkluderar uppgifter om risk, tillstånd och utförd tandvårdsåtgärd i likhet med uppgifter som registreras för vuxna. Uppgifter om barn och unga vuxnas tandhälsa och tandvård som genereras vid riskbedömning samt vid behandling bör överföras från vårdgivarna via Försäkringskassan till Socialstyrelsen enligt samma förfarande som gäller för uppgifter om tandhälsa i form av kvarvarande och intakta tänder för vuxna patienter inom det statliga tandvårdsstödet. En förutsättning för att kunna rapportera utförda åtgärder på barn och unga vuxna är att ett särskilt nationellt kodverk för dessa patienter utvecklas som ett komplement till nuvarande kodverk inom det statliga tandvårdsstödet. TLV bör ges i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen utveckla ett sådant särskilt kodverk för barn och unga vuxna.
- Alla barn och unga vuxna bör erbjudas tandvård som baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. För att främja detta bör Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård omfatta tandvård till barn och unga vuxna.

Bedömningar och förslag som avser tandvård till vuxna utan särskilda behov

- Generella subventioner för att stimulera förebyggande tandvård behöver ersättas av behovsstyrda subventioner för förebyggande tandvårdsbesök utifrån orala sjukdomsbehov och risk att utveckla oral sjukdom eller risk för progression av befintlig oral sjukdom.
- Enhetlig individuell riskbedömning av patienter bör göras inom hela tandvårdssystemet. Riskbedömning ger underlag för en omfördelning av resurser från patienter med inga eller små sjukdomsförebyggande behov till patienter med större sjukdomsförebyggande behov. Riskbedömning med krav på dokumentation och inrapportering ger goda möjligheter till datainsamling om tandhälsa för uppföljning, kunskapsutveckling och forskning.
- En individuell tandhälsoplan ska utgöra en del av det statliga tandvårdsstödet och erbjudas till alla patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd. Tandhälsoplanen ska utgå ifrån en individuell riskbedömning som genom Försäkringskassans system automatiskt genererar en risknivå. Tandhälsoplanen ska vara löpande och omfatta tandvård i form av undersökning med riskbedömning samt viss förebyggande vård beroende på patientens behov. Patienter som har abonnemangstandvård ska kunna kombinera tandhälsoplan och abonnemangsavtal. Inom det statliga tandvårdsstödet ska fast åtgärdsbaserad ersättning lämnas till vårdgivare för sådana undersökningar och förebyggande behandlingar som ingår i en tandhälsoplan.
- För att stimulera en utveckling där fler besöker tandvården regelbundet efter behov för undersökning och förebyggande information och instruktion kring egenvård, behöver de ekonomiska trösklarna för sådana besök sänkas. Patientavgiften för de åtgärder som ingår i tandhälsoplanen ska därför vara fast och uppgå till 200 kronor per besökstillfälle. Det kommer även fortsättningsvis vara möjligt för vårdgivare att erbjuda tandvård genom avtal om abonnemangstandvård. Ett sådant avtal blir då ett komplement till tandhälsoplanen. Vid ikraftträdandet av bestämmelser om tandhälsoplan ska Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och Särskilt tandvårdsbidrag (STB) upphöra som ersättning i det statliga tandvårds-

stödet. Nuvarande bestämmelser om undersökningsprotokoll tas bort och ersätts av bestämmelser om tandhälsoplan.

- Vårdgivare ska lämna patientens tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling till Försäkringskassan för publicering på e-tjänsten Mina Sidor tillsammans med övrig information ifrån socialförsäkringsdatabasen om utförd tandvård, aktuell ersättningsnivå och patientens ersättningsperiod.
- Försäkringskassan ska inom ramen för nuvarande efterhandskontroller även kontrollera att patienten erbjudits tandhälsoplan samt en skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling.
- Om det statliga högkostnadsskyddet ska förändras bör det göras genom att justera beloppsgränser och/eller ersättningsgrader för subvention av samtliga eller ett urval av tillstånd med tillhörande ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder.
- En förutsättning för att genom ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd kunna stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader för patienterna är att anslagsnivån för anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner i statsbudgeten höjs. Om anslagsnivån på anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner höjs i syfte att stärka skyddet mot höga kostnader bör regeringen ange vilka beloppsgränser och ersättningsgrader som det ökade utrymmet på anslaget är avsett att medge.
- Utredningen har kostnadsberäknat fyra alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd som tar ett första steg för att i sin utformning bli mer likt hälso- och sjukvårdens system. Beräkningarna har inte beaktat eventuella dynamiska effekter. För samtliga alternativa modeller har ett antagande för beräkningarna varit att subventionen täcker kostnader som högst motsvarar respektive åtgärds referenspris, alternativt vårdgivarens pris om detta är lägre. Det innebär att patienten betalar det eventuellt överskjutande belopp som utgör skillnaden mellan referenspris och vårdgivarpris. I de beräkningar av hur patienternas andel av kostnaderna förändras av respektive modell ingår även dessa patientkostnader.

- Ett första alternativ som kostnadsberäknats är en öppenvårdsmodell med en beloppsgräns. Det innebär att när en patients totala tandvårdskostnad i 2023 års prisnivå överstiger 1 200 kronor under en tolvmånadersperiod blir patienten berättigad till 100 procents subvention av den ersättningsberättigande tandvården beräknat utifrån respektive åtgärds referenspris.
- Ett andra alternativ som kostnadsberäknats är en öppenvårdsmodell med två beloppsgränser. Det innebär att när en patients totala tandvårdskostnad i 2023 års prisnivå överstiger 1 200 kronor under en tolvmånadersperiod blir patienten berättigad till 50 procents kostnadstäckning av den ersättningsberättigande tandvården beräknat utifrån respektive åtgärds referenspris upp till 15 000 kronor. För de tandvårdskostnader som överstiger 15 000 kronor under en tolvmånadersperiod blir patienten berättigad till 85 procents kostnadstäckning av den ersättningsberättigande tandvården beräknat utifrån respektive åtgärds referenspris.
- Ett tredje alternativ är en läkemedelsförmånsmodell. Den innebär att när en patients totala tandvårdskostnad i 2023 års prisnivå överstiger 1 200 kronor under en tolvmånadersperiod blir patienten berättigad till subvention av den ersättningsberättigande tandvården enligt den högkostnadstrappa bestående av fyra nivåer som tillämpas inom läkemedelsförmånen. Modellen innebär att en patient som mest betalar 2 400 kronor av den ersättningsberättigande tandvården beräknat utifrån respektive åtgärds referenspris under en tolvmånadersperiod.
- En fjärde modell som kostnadsberäknats bygger på differentierade subventioner. Den innebär i korthet att när en patient behandlas med åtgärder och för tillstånd som avser orala sjukdomar, sjukdomstillstånd och vissa reparativa och rehabiliterande behandlingar, betalar patienten endast en patientavgift på 200 kronor per besök.
- Beloppsgränser och ersättningsgrader kan kombineras på många olika sätt och i varierande grad påverka statens kostnader (se tabell nedan). De fyra alternativ som utredningen kostnadsberäknat och redovisat bedöms innebära ökade kostnader för staten med mellan 1,6 och 6,5 miljarder kronor per år, beroende på alternativ och utan hänsyn till eventuella dynamiska effekter.

Tabell 1 **Skillnader i statens kostnader vid olika ersättningsgrader och undre beloppsgränser samt borttagen övre beloppsgräns i högkostnadsskyddet**

Miljarder kronor i 2023 års prisnivå. Personer 24 år och äldre

Undre beloppsgräns, kronor	Ersättningsgrad										
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
0	–5,4	–3,8	–2,3	–0,7	0,9	2,5	4,1	5,7	7,2	8,8	10,4
1 000	–5,4	–4,2	–2,9	–1,7	–0,4	0,8	2,1	3,3	4,6	5,8	7,1
2 000	–5,4	–4,4	–3,4	–2,4	–1,3	–0,3	0,7	1,8	2,8	3,8	4,8
3 000	–5,4	–4,6	–3,7	–2,8	–1,9	–1,0	–0,2	0,7	1,6	2,5	3,3
4 000	–5,4	–4,7	–3,9	–3,1	–2,4	–1,6	–0,8	–0,1	0,7	1,5	2,2
5 000	–5,4	–4,7	–4,1	–3,4	–2,7	–2,0	–1,3	–0,7	0,0	0,7	1,4
6 000	–5,4	–4,8	–4,2	–3,6	–3,0	–2,4	–1,8	–1,2	–0,5	0,1	0,7
7 000	–5,4	–4,9	–4,3	–3,8	–3,2	–2,7	–2,1	–1,6	–1,0	–0,5	0,1
8 000	–5,4	–4,9	–4,4	–3,9	–3,4	–2,9	–2,4	–1,9	–1,4	–0,9	–0,4
9 000	–5,4	–5,0	–4,5	–4,1	–3,6	–3,1	–2,7	–2,2	–1,8	–1,3	–0,9
10 000	–5,4	–5,0	–4,6	–4,2	–3,7	–3,3	–2,9	–2,5	–2,1	–1,6	–1,2
11 000	–5,4	–5,0	–4,6	–4,3	–3,9	–3,5	–3,1	–2,7	–2,3	–1,9	–1,5
12 000	–5,4	–5,1	–4,7	–4,3	–4,0	–3,6	–3,3	–2,9	–2,5	–2,2	–1,8
13 000	–5,4	–5,1	–4,8	–4,4	–4,1	–3,7	–3,4	–3,1	–2,7	–2,4	–2,1
14 000	–5,4	–5,1	–4,8	–4,5	–4,2	–3,9	–3,5	–3,2	–2,9	–2,6	–2,3
15 000	–5,4	–5,1	–4,8	–4,5	–4,2	–4,0	–3,7	–3,4	–3,1	–2,8	–2,5

Källa: FASIT. Anmärkning: Positivt värde indikerar högre kostnader för staten efter reformen.

- Fördelarna med en förstärkning av det generella statliga högkostnadsskyddet är att det är en tekniskt enkel reform som, utan att i grunden förändra dagens system, innebär ett steg mot att göra tandvården till en gemensamt finansierad universell välfärdstjänst som mer liknar andra välfärdstjänster. Nackdelarna är risken för betydande dynamiska effekter i form av prisökningar och överkonsumtion samt att statliga medel används för att subventionera tandvård för stora grupper som utan större svårigheter själva kan finansiera sin tandvård.
- Fördelen med att genom differentierade subventioner erbjuda behandling av orala sjukdomar och sjukdomstillstånd till motsvarande hälso- och sjukvårdsavgift, är att tandvården då mer skulle komma att likna övrig hälso- och sjukvård. Nackdelarna är risken för kostnadsdrivande dynamiska effekter och att det förutsätter en långtgående prisreglering som försämrar de marknadsmässiga villkoren för tandvård och därmed riskerar att påverka såväl valfrihet som tillgänglighet negativt.

Bedömningar och förslag som avser tandvård till vuxna med särskilda behov

- Dagens regionala särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdsförordningen föreslås upphöra och i stället ersättas med ett statligt selektivt tandvårdsstöd som omhändertar huvuddelen av dagens regionfinansierade särskilda tandvårdsstöd för vuxna samt ett kompletterande nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för övriga vuxna med särskilda behov.
- Det statliga selektiva tandvårdsstödet ger ett enhetligt gränssnitt mellan stöden som skapar förutsägbarhet, tydlighet och ett mer jämlikt system. Ett gemensamt statligt system för generellt och selektivt stöd minskar risken för att patienter hamnar mellan stöden. Systemet med tandhälsoplan kan identifiera patienter med behov av selektivt stöd till en låg kostnad för patienten. Ett gemensamt system för generellt och selektivt stöd förenklar vårdgivarnas administration och rapportering samt minskar risken för felaktiga utbetalningar och fusk. Det ger bättre förutsättningar för tandvårdens kunskapsförsörjning och allmänhetens kännedom om tandvårdssystemet samt bättre förutsättningar för styrning, uppföljning, utveckling och forskning. Slutligen ger det bättre förutsättningar för privata vårdgivare, vilket kan bidra till en mindre uppdelad tandvårdsmarknad. Det nya selektiva stödet ska bestå av ett selektivt stöd för basal tandvård under lång tid och ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid.
- Det är viktigt att vårdgivare har kunskap om tandvårdssystemets regelverk så att patienterna kan ta del av de stöd som finns. Utredningen föreslår därför att vårdgivare under vissa förutsättningar ska vara skyldiga att se till att patienter med särskilda behov erbjuds en prövning av tillhörighet till selektivt stöd.
- Patientavgiften vid tandvård inom det selektiva stödet ska uppgå till 200 kronor per besökstillfälle, detta oavsett om behandlingen ges inom allmäntandvård eller specialisttandvård.
- Det selektiva stödet för basal tandvård ges under en längre tid för personer som på grund av en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion har väsentligt försämrade förutsättningar att bevara och påverka munhälsan eller genomgå tandvårdsbehand-

ling. Den nedsatta funktionen kan hänföras till en allmänsjukdom, alternativt ett medfött eller förvärvat tillstånd. Som förvärvat eller medfött tillstånd kan även avses sådan nedsatt funktion som lett till ett långvarigt omfattande vård- och omsorgsbehov där personen behöver stöd i sin dagliga livsföring. Vid ikraftträdandet av bestämmelser om stöd för basal tandvård under lång tid ska nödvändig tandvård och tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning i regional regi upphöra. Särskilda övergångsregler föreslås.

- Personer som kan ha rätt till stöd för basal tandvård under lång tid ska kunna identifieras av såväl tandvården som hälso- och sjukvården eller kommunala verksamheter. Berörda verksamheter ska ges tydliga roller inom sitt kompetensområde i processen för prövning av en persons tillhörighet till stödet. Intyg till Försäkringskassan föreslås hanteras digitalt. Försäkringskassan ges uppgiften att samordna processen som mottagare av intygen och att därefter fatta beslut om patientens tillhörighet med intyget som grund.
- När patienten fått sin tillhörighet till stöd för basal tandvård prövad, ska regelverket närmare anvisa vårdgivaren vilken behandling som ersätts beroende på patientens behov. Undantagsvis kan förhandsprövning för viss behandling behövas. IT-systemet bör indikera när selektivt stöd är tillämpligt.
- Socialstyrelsen ges i uppdrag att ta fram kunskapsunderlag avseende i stödet ingående diagnosgrupper samt hur nedsatt funktion bedöms. Försäkringskassan ges uppdraget att ta fram intygsblankett för hälso- och sjukvård, kommunal verksamhet och tandvård. TLV ges i uppdrag att föreskriva om tillämpliga tillstånd, villkorskriterier för stödets varaktighet, övriga villkor, åtgärder för behandling samt beräkna fast ersättning per åtgärd.
- Ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid införs för personer med specifika odontologiska tillstånd som är medfödda eller förvärvade. Vid ikraftträdandet av bestämmelserna ska regionalt särskilt tandvårdsstöd för oralkirurgiska åtgärder och tandvård som ett led i sjukdomsbehandling, tandvård för extremt tandvårdsrädda personer och utbyte av tandfyllningar i regional regi upphöra efter en övergångsperiod avseende pågående alter-

nativt tillstyrkt behandling. Stödets målgrupp är personer som drabbats av ett specifikt odontologiskt tillstånd inom följande fem grupper.

1. Medfödd missbildning i käkområdet, som inte är ringa.
2. Defekt i käken orsakad av sjukdom, medicinsk behandling eller trauma.
3. Tandskada orsakad av allmänmedicinsk sjukdom eller dess behandling.
4. Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma.
5. Oralmedicinska tillstånd i munslemhinnan.

Den närmare regleringen av vilka specifika tillstånd och behandlingar som ska omfattas ska göras på föreskriftsnivå och föregås av ett utvecklingsarbete av berörda myndigheter. TLV ges i uppdrag att närmare föreskriva om de tillstånd som berörs av stöd för viss behandling under viss tid inom det statliga tandvårdsstödet. Personer som kan omfattas av det selektiva tandvårdsstödet för viss behandling under viss tid ska kunna identifieras av såväl tandvård som hälso- och sjukvård. Försäkringskassan ges uppgiften att besluta om patientens tillhörighet. Det ska vara möjligt att under vissa förutsättningar få en förnyad behandling vid nya behov inom samma tillstånd. För viss patientgrupp kan en undersökning hos specialisttandläkare ingå i stödet innan Försäkringskassan utför en prövning om fortsatt tillhörighet.

- TLV, Försäkringskassan och Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utveckla, reglera och administrera det nya statliga selektiva stödet. Uppdragen bör samordnas med övriga uppdrag med anledning av utredningens förslag, däribland uppdragen avseende riskbedömning, tandhälsoplan och information på Mina Sidor. Samtliga uppdrag bör genomföras i nära samverkan. Samverkan bör även ske med IVO, E-hälsomyndigheten samt med organisationerna SKR och Privattandläkarna.
- Försäkringskassan bör ges uppdraget att efterhandskontrollera inrapporterad tandvård med syftet att minimera fusk och felaktiga utbetalningar. Efterhandskontroll behöver inte ske där

validering omöjliggör registrering i strid med regelverket eller där i stället förhandsprövning av en behandling utförts.

- Patienter som är 85 år och äldre ska omfattas av samma patientavgift som övriga patienter inom selektivt stöd. Patienter inom selektivt stöd för basal tandvård under lång tid ska omfattas av ett kostnadstak på 1 600 kronor per ersättningsperiod.
- Bestämmelser i socialförsäkringsbalken om preskription, återbetalningsskyldighet, ränta, uppgiftsskyldighet, ändring, omprövning och överklagande gäller för ärenden om statligt tandvårdsstöd, oavsett om stödet är generellt eller selektivt. Den allmänna förvaltningsrättsliga regeln om vem som har rätt att överklaga gäller för beslut om tillhörighet till statligt selektivt tandvårdsstöd samt beslut om subvention av en behandling.
- Försäkringskassan bör samordna och ytterst ansvara för riktade informationsinsatser till vårdgivare och behandlare om det statliga selektiva tandvårdsstödet. Socialstyrelsen bör i samverkan med SKR på olika sätt nå de som berörs av förslaget inom kommunal verksamhet och hälso- och sjukvården.
- Den ersättning som vårdgivaren får för utförd tandvård inom selektivt stöd ska vara fast per åtgärd och fastställas av Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV. Det ska inte vara möjligt att ta ut ytterligare ersättning från patienten utöver en patientavgift per besök för behandling som ingår i selektivt stöd. Detta är ingen förändring jämfört vad som gäller i dag inom särskilt tandvårdsstöd i regionernas regi.
- Inom det selektiva stödet för basal tandvård ges Försäkringskassan i uppdrag att kontakta och kommunicera med personer där hälso- och sjukvården eller tandvården identifierat behovet av tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård under lång tid men där kompletterande bedömning inte utförts för att kunna pröva personens tillhörighet. Därefter, samt i de fall kommunala verksamheter i stället intygat omfattande vård- och omsorgsbehov kommuniceras beslutet om tillhörighet till personen med information om vad stödet innebär.

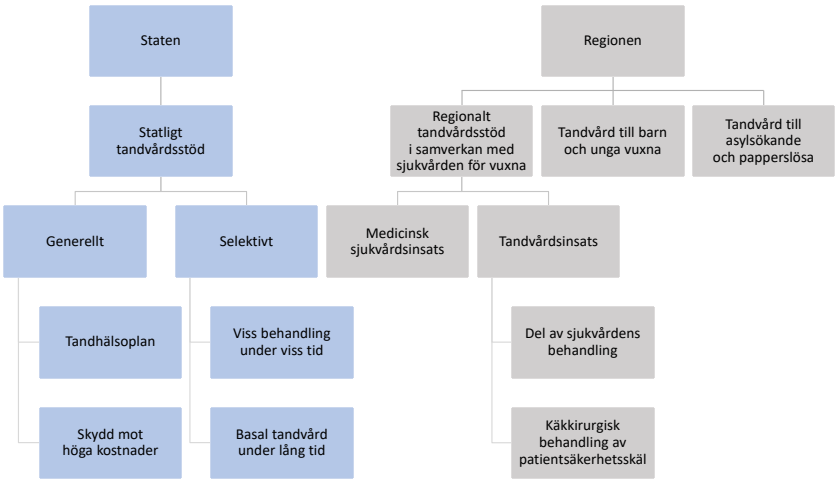
- Uppsökande verksamhet som omfattar att munhälsobedömning utförs på patienter som har tillhörighet till nödvändig tandvård upphör. Munvårdskort med instruktioner och råd till patient och omvårdnadsperson föreslås i stället ingå i tandhälsoplanen inom det långvariga selektiva stödet för basal tandvård.
- Regionernas ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet upphör. Insatser som bedrivs med stöd av socialtjänstlagen och LSS ska vara av god kvalitet. En förutsättning för detta är att det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Ansvaret för detta åvilar den ansvariga kommunala nämnden eller den som yrkesmässigt bedriver enskild verksamhet. Om det finns ett behov av munvårdsutbildning till personal som bedriver insatser med stöd av socialtjänstlagen eller LSS bör detta omfattas av nämnda ansvar.
- Ett regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov införs som ett kompletterande stöd vid sidan av det statliga selektiva stödet. Detta omfattar cirka 1 procent av samtliga tandvårdspatienter. Stödets målgrupp är
  1. Patienter som på grund av ett medicinskt beslut behöver tandvård som en del av sjukvårdens behandling.
  2. Patienter i behov av käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska eller tekniska resurser.
  3. Patienter vars medicinska sjukdom eller funktionsnedsättning medför att en sjukvårdsinsats krävs för att tandvårdsbehandling ska kunna utföras, ska få sjukvårdsinsatsen inom regionens regi som en del av det regionala tandvårdsstödet. För dessa patienter ges stöd för själva tandvårdsbehandlingen inom statligt tandvårdsstöd, antingen selektivt stöd eller generellt stöd, beroende på patientens tillhörighet.
- Den behandling som utförs inom regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård.
- Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att stödja regionerna med att ta fram nationella kunskapsunderlag för en mer enhetlig vård och behandling.

Finansiering och genomförande av föreslagna reformer

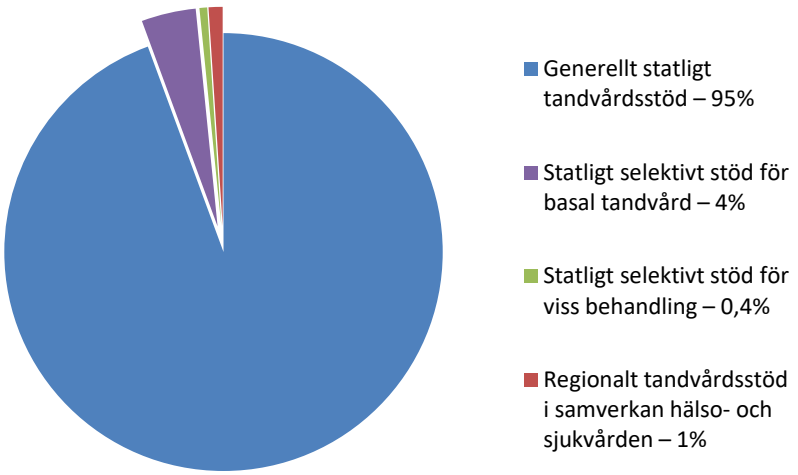
- Utredningens förslag är avvägda så att de kan finansieras inom ramen för tandvårdssystemets nuvarande resurser. Med tandvårdssystemets nuvarande resurser avses de statliga och regionala resurser som i dag avsätts för tandvård samt det patienterna betalar.
- Kostnader för förändrad åldersgräns för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna, tandhälsoplan, information på Mina Sidor, långvarigt selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård, selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid samt utvecklings- och driftskostnader för föreslagna reformer föreslås belasta anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner. Detta möjliggörs genom att statens kostnader för Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och särskilt tandvårdsbidrag (STB) upphör samt att medel tillförs anslaget efter justering av de generella statsbidragen till kommuner och regioner.
- Med hänvisning till den kommunala finansieringsprincipen och utredningens förslag föreslås att de generella statsbidragen via anslaget 1:1 Kommunalekonomisk utjämning inom utgiftsområde 25 minskas med sammanlagt 1,84 miljarder kronor och att dessa medel i stället tillförs anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner inom utgiftsområde 9.
- Regeringen bör genom en uppdelning av anslaget i anslagsposter ange ramar för fördelning av anslaget på de olika delarna av det statliga tandvårdsstödet. Ändamålet för anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner bör ändras så att även vissa utvecklingskostnader får belasta anslaget. Anslaget bör delas upp i anslagsposterna Skydd mot höga kostnader, Tandhälsoplan, Selektivt stöd samt Utvecklingskostnader samt stöd till kompetenscentrum på tandvårdsområdet.
- Socialstyrelsen, TLV och Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla, reglerna och implementera reformerna om tandhälsoplan, information på Mina Sidor och statligt selektivt stöd. Myndigheterna bör genomföra uppdragen i nära samverkan. Samverkan bör även ske med andra myndigheter, däribland SBU, E-hälsomyndigheten och IVO samt med organisationerna SKR och Privattandläkarna.

- Myndigheternas kostnader för utveckling av det nya tandvårdssystemet har beräknats till 150 miljoner under en treårsperiod och därefter 60 miljoner per år i permanenta kostnader. Utredningen föreslår att de nya reformerna träder i kraft den 15 januari 2026.

Figur 6 Förslag till ny struktur för det svenska tandvårdssystemet



Figur 7 Patienternas fördelning inom det föreslagna tandvårdssystemet



Källa: Egna beräkningar.

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsnämnden

PROTOKOLLSUTDRAG
2021-06-15

§ 221
Yttrande över betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)

HSN 2021-0910

Ärendebeskrivning
Regionstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8).

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8) med bilagor.
Protokollsutdrag tandvårdsberedningen 2021-06-09 § 29

Yrkande
Ordförande Anna Starbrink (L) yrkar bifall till tandvårdsberedningens förslag.

Propositionsordning
Ordföranden Anna Starbrink (L) ställer proposition på eget yrkande och finner att hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar enligt det.

Beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande överlämnas till regionstyrelsen som nämndens yttrande.

2. Paragrafen justeras omedelbart.

Deltar ej i beslut
Catarina Wahlgren (V) anmäler att V-ledamöterna inte deltar i beslutet.

Särskilt uttalande
Catarina Wahlgren (V) lämnar för V-ledamöterna ett särskilt uttalande (bilaga).

Paragrafen är justerad

Expedieras till

Regionstyrelsen
Akten

Region Stockholm

HSN

2021-06-15

Vänsterpartiet

Särskilt uttalande

Ärende nr 11

HSN 2021-0910

Bilaga § 221 HSN 210615

Yttrande över betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik hälsa.

Vänsterpartiet deltar inte i beslutet.

Vi delar inte den syn som förs fram i förvaltningens förslag till yttrande. Utgångspunkten för Vänsterpartiet är att tandvårdspolitiken måste ingå som en naturlig del av hela hälso- och sjukvården. Tänderna är en del av kroppen.

Alla ska kunna gå till tandläkaren oavsett om man har hög eller låg inkomst. Det ska inte synas i munnen hur mycket pengar man tjänar. Därför har Vänsterpartiet på nationell nivå lagt fram ett fullt ut finansierat förslag för ett ordentligt högkostnadsskydd i tandvården. Det är enda sättet att skapa en jämlik tandvård.

Den aktuella utredningen har goda intentioner, att skapa en mer jämlik tandvård. Men den försöker lappa och laga i ett system som inte fungerar bra. Det räcker inte. Det krävs en genomgripande reform. Vänsterpartiet vill införa ett riktigt högkostnadsskydd i tandvården. Förslaget innebär att alla kostnader över 2 000 kronor ska subventioneras fullt ut. Detta gäller de kostnader den enskilde har under en tolvmånadersperiod. Förslaget innebär ett avskaffande av det nuvarande systemet där staten subventionerar 50 procent på kostnader mellan 3 000 och 15 000 kronor och 85 procent från 15 000 kronor och uppåt. Tandvårdsbidraget påverkas inte av förslaget.

Vänsterpartiet föreslår även att de vanligaste behandlingarna får en nationell taxa som innebär ett tak på vad respektive behandling får kosta, oavsett vårdgivare. Reformen skulle göra att det blir klart och tydligt för varje patient vilka kostnader en behandling innebär. Reformen skulle även i många fall ge billigare tandvård. Detta eftersom den nationella taxan i praktiken skulle innebära ett tak för de priser som vårdgivaren sätter.

I en sådan reform skulle Folktandvården vara den avgörande kraften för förändring. Att bedriva tandvård i egen regi i icke-marknadsstyrt tandvårdssystem är också ett sätt att minska kostnaderna.

Inte minst i Region Stockholm vet vi hur flera tandvårdsföretag genom felaktig redovisning och fusk illegalt har tillskansat sig hundratals miljoner kronor av skattebetalarnas pengar. Det

tydliggjordes bland annat för något år sedan då kontroll skedde av en mindre andel företagsredovisningar, av så kallad nödvändig tandvård, till regionen. Många äldre och utsatta patienter utsattes för lidande. I flera fall genom behandlingar som de inte behövde, i andra fall genom att de inte fick de nödvändiga behandlingar som företaget påstod de hade fått.

Vänsterpartiet krävde då en kontroll av samtliga redovisningar för nödvändig tandvård. Det hade kunnat inbringa mycket stora summor i återbetalningar, troligen mer än 100 miljoner kronor. Men det blågröna styret sa nej. Ännu en gång bevisade styret att det inte har några större problem med att privata företag lurar till sig skattemedel genom grovt fuskande.

Ett nytt tandvårdssystem behöver ett regelverk som gör det nödvändigt att regionerna ska bryta samarbete med tandvårdsföretag som fuskar, samt att den brottsliga handlingen alltid måste rapporteras till polisen.

Hälso- och sjukvårdsnämnden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Tandvård
Therese Söderhielm

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2021-05-27

HSN 2021-0910

Hälso- och
sjukvårdsnämnden

Yttrande över betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8)

Ärendebeskrivning
Regionstyrelsen har begärt att hälso- och sjukvårdsnämnden ska yttra sig över betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8).

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
Betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8) med bilagor.

Ärendets beredning
Ärendet har beretts i tandvårdsberedningen.

Förslag till beslut
Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutar följande:

1. Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande överlämnas till regionstyrelsen som nämndens yttrande.

2. Paragrafen justeras omedelbart.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
Utredningen tillsattes i mars 2018 med direktivet att utreda och lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. I januari 2020 utvidgades uppdraget med tilläggsdirektivet att lämna förslag till en reglering för tandvård till personer med särskilda behov. I november 2020 utvidgades uppdraget ytterligare

med tilläggsdirektivet att utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd som i sin utformning ska bli mer likt hälso- och sjukvårdens system. Utredningen överlämnades till regeringen 1 mars 2021.

Utredningen har gjort en omfattande genomlysning av hela tandvårdssystemet i Sverige och ger ett antal bedömningar och förslag avseende olika delar av tandvårdssystemet. Förslagen ska leda till att hela tandvårdssystemet i Sverige utvecklas för att uppnå en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem. Nedan ges exempel på utredningens bedömningar och förslag:

- Behovs-solidaritetsprincipen och människovärdesprincipen förs in i tandvårdslagen liksom principer för tandvårdens organisering för att ges nära befolkningen och främja kostnadseffektivitet. Bestämmelser om att tandvården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet förs även in i tandvårdslagen.
- Ett förtydligande om att privata vårdgivare inom tandvård, vid anmodan av den region inom vilken de verkar, ska samverka med regionen i dess planering och utveckling av tandvården förs in i tandvårdslagen.
- Det av regionerna inrättade nationella programområdet för tandvård (NPO tandvård) bör göra en behovsinventering i syfte att fastställa hur tandvårdens utvecklings- och förändringsbehov ser ut, vilka aktörer som bör medverka och hur samverkan mellan aktörer kan utvecklas.
- En individuell tandhälsoplan ska utgöra en del av det statliga tandvårdsstödet och erbjudas till alla patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd. Patientavgiften för de behandlingsåtgärder som ingår i tandhälsoplanen ska vara fast och uppgå till 200 kronor per besökstillfälle. Vid ikraftträdandet av bestämmelser om tandhälsoplan ska Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och Särskilt tandvårdsbidrag (STB) upphöra som ersättning i det statliga tandvårdsstödet.
- Utredningen har enligt tilläggsdirektivet i november 2020 kostnadsberäknat fyra alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd för att i sin utformning bli mer likt hälso- och sjukvårdens system. Alternativen bedöms innebära ökade kostnader för staten med mellan 1,6 och 6,5 miljarder kronor per år, beroende på alternativ och utan hänsyn till eventuella dynamiska effekter.
- Regionen ska ansvara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 19 år. Unga vuxna mellan 20 och 23 år ska övergå till det statliga tandvårdsstödet. Riskbedömning avseende risk för oral sjukdom, eller progression av befintlig oral

sjukdom, bör utföras av alla patienter som omfattas av avgiftsfri barn- och ungdomstandvård.
- Tandhälsoregistret bör utökas till att omfatta tandhälsa och munstatus samt regelbunden och fullständig tandvård till barn och unga vuxna. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) bör ges i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen utveckla ett sådant särskilt kodverk för barn och unga vuxna. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård bör omfatta tandvård till barn och unga vuxna.
- Dagens regionala särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdsförordningen (nödvändig tandvård, uppsökande verksamhet, tandvård som led i sjukdomsbehandling och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt käkkirurgi) föreslås upphöra och ersättas med ett statligt selektivt tandvårdsstöd som omhändertar huvuddelen av dagens regionfinansierade särskilda tandvårdsstöd för vuxna, samt ett kompletterande nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för övriga vuxna med särskilda behov.
- Regionernas ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet föreslås upphöra. Kommunal nämnd eller den som yrkesmässigt bedriver enskild verksamhet ska ansvara för att tillgodose munvårdsutbildning till personal som bedriver insatser med stöd av socialtjänstlagen eller lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS).
- Socialstyrelsen, TLV och Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla, reglera och implementera reformen i nära samverkan. Samverkan bör även ske med andra myndigheter, däribland Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU), E-hälsomyndigheten och Inspektionen för vård och omsorg (IVO) samt med organisationerna Sveriges kommuner och Regioner (SKR) och Privattandläkarna.
- Utredningens förslag kan finansieras inom ramen för tandvårdssystemets nuvarande resurser. Med tandvårdssystemets nuvarande resurser avses de statliga och regionala resurser som i dag avsätts för tandvård samt den andel patienterna betalar.
- Utredningen har inte utrett de patientgrupper som föreslås stanna kvar inom regionfinansierad tandvård för vuxna och barn- och ungdomar på samma sätt som övriga patientgrupper.
- Utredningen föreslår att reformen träder i kraft den 15 januari 2026.

Överväganden
HSF har följande generella synpunkter på utredningen:

- HSF ställer sig försiktigt positiv till delar av den föreslagna reformen, men detta förutsätter att samtliga förslag är möjliga att realisera enligt utredningens föreslagna tidplan.
- HSF anser att den föreslagna reformen har goda intentioner för att göra tandvården mer jämlik för patienterna, men utredningen har inte redovisat hur och när utvärdering av reformens effekter ska genomföras.
- HSF ställer sig försiktigt positiv till utredningens förslag att sänka åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna och låta personer 20–23 år omfattas av förslaget om tandhälsoplan inom det statliga tandvårdsstödet. Utredningen har inte utrett barn- och ungdomstandvården i sin helhet.
- HSF ställer sig positiv till utredningens förslag att införa etiska principer i tandvårdslagen.
- HSF ställer sig positiv till utredningens förslag att privata vårdgivare inom tandvård ska samverka med regionen i dess planering och utveckling av tandvården, men det behöver förtydligas hur denna samverkan ska ske.
- HSF ställer sig positiv till utredningens bedömning att Nationella programområdet (NPO) tandvård ska genomföra en behovsinventering samt bedöma om det är motiverat med särskilda utvecklingsmedel för tandvården.
- HSF ställer sig negativ till förslaget att uppsökande verksamhet ska upphöra eftersom det kan leda till risker för patienten, t.ex. uteblivna utbildningsinsatser och att länken mellan region, vårdgivare inom tandvård och kommunens vård- och omsorgspersonal försvinner.
- HSF ställer sig frågande till om förslaget till denna reform, som kräver stora resurser i anspråk, i synnerhet ekonomiska, personella och tekniska resurser, kommer leda till en mer jämlik tandhälsa.
- HSF ställer sig negativ till att utredningen inte klargjort hur regionernas verksamhet inom tandvård ska finansieras under och efter föreslagna övergångsperioder.
- HSF ställer sig negativ till avsaknaden av tydliga kunskapsunderlag och nationella riktlinjer för de patientgrupper som fortsatt föreslås tillhöra det nya regionala tandvårdsstödet i samverkan med hälso- och sjukvården.
- HSF ställer sig negativ till förslaget att ytterligare ett högkostnadsskydd med en separat karenstrappa skild från hälso- och sjukvårdens

högkostnadsskydd införs. För individer i resurssvaga grupper kan det innebära en stor kostnadsökning.
- HSF ställer sig negativ till att utredningen inte har beaktat pågående utveckling av digitala vårdbesök inom tandvården och hur det kommer påverka reformen.
- HSF föreslår att det i författningsförslagen ska vara konsekvent användning av samma nomenklatur för att underlätta tolkning löpande genom författningsförslagen.

HSF redovisar nedan specifika kommentarer på respektive kapitel i betänkandet med de överväganden och ställningstaganden som gjorts.

Kapitel 1.1 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

I 2 § andra stycket föreslår HSF att skrivelsen ska definiera hur och av vem de etiska principerna ska tillämpas, dvs är det vårdgivarens, patientens och/eller deras respektive ekonomiska intressen som avgör patientens behov av tandvård och/eller ekonomiskt stöd.

I 3 § punkt 1 ställer sig HSF positiv till förslaget att tandvården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

I 3 § punkt 6 föreslår HSF att skrivelsen ska definiera hur tandvårdens kostnadseffektivitet ska bedömas och av vem. HSF anser att samtliga vårdgivare inom tandvård ska bedriva kostnadseffektiv tandvård oavsett finansieringsform.

I 3 b § punkt 3 föreslår HSF att det ska definieras vilka funktionsnedsättningar skrivelsen avser.

I 3 c § första stycket ser HSF en risk att vårdgivare inom tandvård kan underlåta att ge patienten information och ange att patienten önskar avstå från information när så inte är fallet. HSF föreslår att skrivelsen förtydligas med tillägget att patientens önskan om att avstå från information skall dokumenteras.

I § 3 d tredje stycket föreslår HSF att skrivelsen ska definiera vilken information som avses och till vem, när bestämmelser om sekretess och tystnadsplikt hindrar en vårdgivare inom tandvård från att lämna information till en patient.

I 4 § föreslår HSF att skrivelsen mer uttömmande ska definiera vilka tjänster vårdgivare inom tandvård får ta ut ersättning för. HSF föreslår att informations- och utbildningsinsatser till patienter läggs till i skrivelsen.

I 5 § första stycket föreslår HSF att det i skrivelsen läggs till ett stycke motsvarande 3 § 8 kap. hälso- och sjukvårdslag (2017:30). HSF föreslår att följande stycke införs:

Varje region ska erbjuda en fullständig tandvård åt dem som omfattas av 15 a § och som utan att vara bosatt befinner sig i regionen, med stöd av beslut eller dom. Bosättningsregionen ansvarar för kostnaderna för den tandvård som ges till patienten.

HSF:s förslag syftar till att uppfylla barnkonventionen inom tandvård och säkra jämlik tandvård och tandhälsa för personer som avtjänar fängelsestraff, är placerande enligt bl.a. lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU), lagen om verkställighet av sluten ungdomsvård (LSU) och socialtjänstlagen (SoL) eller personer 18–23 år som är asylsökande.

I 5 § andra stycket ser HSF en risk med förslaget att tandvården kan koncentreras geografiskt om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl kan leda till att tandvårdsmottagningar i utsatta områden i Stockholms län läggs ner.

I § 16 b ser HSF en risk att regionens samverkan med privata vårdgivare inom tandvård inte kan fungera som tänkt om det inte finns några sanktioner knutna till samverkan. HSF föreslår att skrivelsen förtydligar vilka vårdgivare inom tandvård som ska omfattas av kravet på samverkan med regionen, t.ex. vårdgivare inom tandvård som har avtal/överenskommelse med regionen.

Kapitel 1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

I 4 § andra stycket noterar HSF att samtliga åtgärdskoder som hör till tandhälsoplanen kommer kunna prisregleras. Eftersom Nämnden för statligt tandvårdsstöd beslutar om vilken tandvård som ska subventioneras, hur hög ersättningen i högkostnadsskyddet ska vara samt referenspriser för olika tandvårdsåtgärder, skulle det i teorin kunna omfatta mer än vad som föreslås i utredningen, dvs samtliga åtgärdskoder. Därutöver saknar

författningsförslaget en överbryggning mellan den fria prissättningen och det som ska utgöra patientens ersättning till vårdgivare inom tandvård.

I 7 § punkt 4 föreslår HSF att skrivelsen förtydligar hur regionerna ska bedöma i vilken omfattning övrig tandvård ska ges för att behandlingsåtgärder som ges till befolkningen ska vara jämlik över regiongränserna.

I § 8 b punkt 1 ser HSF en risk att patienter kan hamna i kläm mellan två tandvårdsstöd. För att undvika detta behöver skrivelsen definiera vem som ansvarar för patienten och vem som avgör vilka behandlingsåtgärder som krävs. HSF ser även risker med förslaget att uppsökande verksamhet ska upphöra, i synnerhet risker för patienten t.ex. uteblivna utbildningsinsatser och att länken mellan vårdgivare inom tandvård och kommunens vård- och omsorgspersonal försvinner.

HSF ser även att föreslagna återkommande informations- och utbildningsaktiviteter riskerar att inte fungera som beskrivet. Information till kommunala verksamheter sker idag genom en relation mellan kommun och region som bygger på en överenskommelse avseende den uppsökande verksamheten, vilken kommer upphöra att gälla i och med utredningens förslag.

I § 8 b punkt 3 anser HSF att begreppet ”ett sjukhus medicinska eller tekniska resurser” är föråldrat. I dagsläget finns dessa resurser på fler platser än sjukhus. Det krävs en tydligare gränsdragning mellan käkkirurgisk behandling enligt § 2 tandvårdsförordning (1998:1338) och lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Därmed krävs ytterligare utredning av denna fråga.

I § 15 a första stycket ställer sig HSF frågande till uppfattningen att regionfullmäktige behöver fastställa priserna eftersom det i regionen finns utrymme att delegera beslutsrätten för regionens priser, förutsatt att regionfullmäktige beslutat om grunderna för prissättning.

I § 15 a tredje stycket ser inte HSF att förslaget beaktar barnkonventionen som sedan den 1 januari 2020 gäller som svensk lag.

I § 15 a fjärde stycket anser HSF att privata vårdgivare inom tandvård ska omfattas även i detta stycke (se kommentar ovan till § 15 a första stycket).

I § 15 b första stycket ställer sig HSF positiv till förslaget eftersom det möjliggör för regionen att ingå avtal med vårdgivare inom tandvård avseende det regionala tandvårdsstödet för vuxna. Detta förslag gynnar Region Stockholms uppföljningsarbete av de cirka 1 400 vårdgivare inom tandvård som är verksamma i regionen.

I § 15 c anser HSF att det inte framgår hur uppgiftsinlämningen ska gå till rent praktiskt. HSF föreslår att skarpare sanktioner bör införas för vårdgivare inom tandvård som inte lämnar in uppgifter.
HSF ser en risk att övergångsbestämmelser punkt 2, 3, 4, 6 och 7 kan leda till ökade resursbehov avseende regionernas administration. Utredningen har inte klargjort hur regionerna ska kompenseras ekonomiskt under denna övergångstid eller hur det ska säkerställas att vårdgivare inom tandvård under övergångsperioden inte utnyttjar två olika ersättningssystem för samma behandlingsåtgärder på samma patient. I utredningen beskrivs olika tidsperioder för hur länge en förhandsprövning ska gälla beroende på en patients tillstånd, eftersom dessa tidsperioder är olika långa finns risk för missuppfattning och att patienter riskerar att komma i kläm.

I övergångsbestämmelser punkt 5 saknas tillräckligt lagstöd för att regionerna ska kunna lämna uppgifter till Försäkringskassan och vice versa för att detta ska ske på ett likartat sätt nationellt. Utredningen föreslås lägga till en lagändring som stödjer att regioner får lämna ut uppgifter till Försäkringskassan och vice versa.

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

I 1 kap § 1 andra stycket ser HSF en risk att förslaget kan leda till att patienter ges ett mer begränsat skydd mot höga kostnader jämfört med nuvarande föreskrifter.

I 1 kap § 2 punkt 3 ser HSF en risk att förslaget gör tandvårdssystemet svårare att förstå för äldre personer och personer med funktionsnedsättningar eftersom ytterligare ett högkostnadsskydd med en separat karenstrappa skild från hälso- och sjukvården införs. Det finns även risk för ökade kostnader för patienter som tillhör dagens regionala tandvårdsstöd, eftersom olika behandlingsåtgärder kan utföras inom olika föreslagna tandvårdsstöd under samma behandlingstillfälle.

I 2 kap § 1 första, andra och tredje stycket ser HSF en risk att vårdgivare inom tandvård kan underlåta att upprätta en tandhälsoplan för att

patientens behandlingsåtgärder istället ska utföras inom skyddet mot höga kostnader. HSF föreslår att det ska framgå av författningsförslaget att en vårdgivare inom tandvård är skyldig att upprätta en tandhälsoplan. Det kan även finnas en risk att åtgärdskoder som inte har utförts enligt behandlingsåtgärdens beskrivning rapporteras för att nå över karensen för skyddet mot höga kostnader.

I 2 kap § 1 b punkt 1 och 2 föreslår HSF att författningen ska reglera hur Försäkringskassan ska hantera vårdgivare inom tandvård som genom identifierade avvikande mönster gör avsteg från denna reglering. I punkt 2 är det inte tydligt vad ordet ”tandvårdskontakt” innebär, dvs om det är behandlaren eller vårdgivaren. Det lämnar öppet för tolkning kring när ett akutbesök ska föranleda tandhälsoplan.

I 2 kap § 1 c andra stycket anser HSF att förslaget inte beaktar behovet av diversifiering av ersättning till vårdgivare inom tandvård beroende på lokala faktorer. Detta kan leda till att vårdgivare inom tandvård i vissa regioner får mer fördelaktig ersättning än idag, medan det i andra regioner kan leda till att vårdgivare inom tandvård väljer bort dessa patienter till fördel för andra mindre vårdintensiva patientkategorier. Därutöver noterar HSF att samtliga åtgärdskoder som hör till tandhälsoplanen kommer kunna prisregleras. Eftersom Nämnden för statligt tandvårdsstöd beslutar om vilken tandvård som ska subventioneras, hur hög ersättningen i högkostnadsskyddet ska vara samt referenspriser för olika tandvårdsåtgärder, skulle det i teorin kunna omfatta mer än vad som föreslås i utredningen, dvs samtliga åtgärdskoder.

I 2 kap § 2 anser HSF att förslaget avseende abonnemangstandvård kan innebära en större ekonomisk risk för patienten, eftersom de kan behandlas inom upp till tre olika tandvårdsstöd under ett och samma besök. Det finns även en risk att vårdgivare inom tandvård som erbjuder abonnemangstandvård inte är transparenta med vad som ingår i abonnemangstandvård, vilket gör det svårt för patienten att jämföra behandlingsåtgärder mellan vårdgivare inom tandvård.

I 2 kap § 3 andra stycket föreslår HSF att Försäkringskassan vid en efterhandskontroll ska signalera till IVO vid misstanke om oegentligheter eller dylikt avseende utförda behandlingsåtgärder.

I 2 kap § 7 ser HSF följande risker med förslaget:

- Det kan bli ekonomiskt ofördelaktigt för patientgrupper med särskilda behov eftersom patienterna kan tillhöra upp till tre olika tandvårdsstöd under ett och samma besök.
- Det riskerar att exkludera patienter från det särskilda tandvårdsstödet.
- Det kan påverka patienters tillgänglighet till vårdgivare inom tandvård negativt eftersom vårdgivare inom tandvård kan välja att erbjuda behandlingsåtgärder endast till friska patienter.
- Det kan påverka samverkan mellan olika aktörer negativt, i synnerhet samverkan mellan regioner, kommun och vårdgivare inom tandvård.
- Det finns risk för jäv bland vårdgivare inom tandvård och hälso- och sjukvård när intyg ska utfärdas till patienter.
- Det är oklart vilka konsekvenser som kommer uppstå om en vårdgivare inom tandvård gör en felbedömning av en patient och vem som kommer belastas ekonomiskt av denna felbedömning.
- Mot bakgrund av tidigare erfarenheter finns en risk att de föreskrifter som myndigheter ska meddela inte blir tydliga nog.

I 2 kap § 8 ser HSF en risk att tandvårdssystemet kan upplevas mer komplicerat när ytterligare ett separat högkostnadsskydd, dvs utöver hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd, införs. Det som idag ingår i hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd kommer enligt förslaget tas ut som ett separat ersättningssystem, vilket ökar kostnaden för patienten med upp till 1 600 kronor per ersättningsperiod. Utöver det kan patienter behöva betala för omfattande behandlingar inom skyddet mot höga kostnader, hur mycket beror på vilken av de fyra föreslagna ekonomiska modellerna som antas. HSF bedömer således att de hastigt framtagna förslagen om ekonomiska modeller kan påverka en många gånger resurssvag patientgrupp.

I kap 2 § 9 andra stycket ser HSF en risk att vårdgivare inom tandvård i vissa regioner kan komma att välja bort patientgrupper med mer behov om tandvårdsersättningen till vårdgivare inom tandvård bestäms på nationell nivå. HSF instämmer inte med utredningens bedömning att risken för detta är låg. Förslaget beaktar inte behovet av diversifiering av ersättning beroende på lokala faktorer.

I kap 2 § 10 första och andra stycket ser HSF en risk att förslaget kan leda till merkostnader för en redan resurssvag patientgrupp. Förslaget kan leda till jäv bland vårdgivare som bedriver verksamhet inom både tandvård och hälso- och sjukvård. HSF föreslår att ordet ”uppmärksamma” byts ut till ett ord som bättre tydliggör att det är ett ansvar som ligger hos vårdgivare inom tandvård.

I kap 2 § 10 tredje stycket ser HSF en risk att vårdgivare inom tandvård som endast bedriver akuttandvård som affärsidé kommer avstå från att behandla patienter inom det selektiva tandvårdsstödet. Det kan leda till ökad risk för att patientgrupper som i högre utsträckning endast söker akuttandvård och egentligen skulle ha rätt till det selektiva tandvårdsstödet, istället får betala höga kostnader för akuttandvård inom det generella tandvårdsstödet.

I kap 3 § 3 ställer sig HSF positiv till förslaget eftersom det kan leda till ett utbyggt tandhälsoregister, i synnerhet om barn och unga vuxna kommer inkluderas. Det kräver dock en välbyggd teknisk infrastruktur för informationsöverföringen vilket ställer höga krav på IT-leverantörer och patientjournalleverantörer. Dessa uppdrag riskerar bli extremt tidskrävande och kan kräva längre tid än utredningens bedömning om 18 månader. Om IT-systemen för rapportering inte hinner utvecklas ordentligt finns det risk att administrationen för vårdgivare inom tandvård leder till att patientgruppen blir mindre attraktiv för olika vårdgivare inom tandvård.

I kap 4 § 1 ser HSF följande risker med förslaget:

- Stora resurser behövs för att utveckla det komplicerade system som krävs för att ta över regionernas ansvar.
- Legala utmaningar vid överföring av regionernas befintliga information om patienternas stöd till Försäkringskassan.
- Nuvarande etablerad relation mellan vårdgivare, kommun och region kommer försvinna. De förslag som ges för framtida samverkan riskerar att inte uppnå likvärdigt eller förbättrat resultat.
- Den befintliga kopplingen mellan socialtjänstlag och tandvårdslag kommer försvinna.

I kap 4 § 2 undrar HSF hur Försäkringskassan ska säkerställa att en patient inte har betalat för mycket för sin tandvård?

I kap 4 § 5 a punkt 1 ser HSF en risk att en vårdgivare inom tandvård kan behandla en patient inom tandhälsoplanen men komma på i efterhand att patienten hör till selektivt tandvårdsstöd, vilket kan innebära en ekonomisk risk för patienten. HSF instämmer inte med utredningens bedömning att risken för detta är låg.

I kap 4 § 6 ställer sig HSF positiv till förslaget eftersom det möjliggör kontroll av enskild legitimerad tandvårdspersonal hos en vårdgivare inom tandvård.

HSF ser en risk att övergångsbestämmelser punkt 2, 3, 4 och 5 kan leda till ökade resursbehov avseende regionernas administration. Utredningen har inte klargjort hur regionerna ska kompenseras ekonomiskt under denna övergångstid eller hur det ska säkerställas att vårdgivare inom tandvård under övergångsperioden inte utnyttjar två olika ersättningssystem för samma behandlingsåtgärder på samma patient.

1.4 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

I 6 kap § 6 ställer sig HSF positiv till att vårdgivare inom tandvård och behandlingsåtgärder inkluderas i patientsäkerhetslagen genom det föreslagna tillägget.

1.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

I 17 kap 6 § punkt 3 anser HSF att föreslaget inte kommer underlätta för patienten eftersom ändringen leder till införandet av ytterligare ett högkostnadsskydd med en separat karenstrappa skild från hälso- och sjukvården.

1.6 Förslag till förordning om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov

I § 2 punkt 1–3 föreslår HSF att införa förtydliganden avseende vilka utövare som omfattas och hur krav ska ställas på dem, vilka patientgrupper som ingår samt hur gränsdragningar ska göras för vilka patienter som omfattas och inte. Förslaget innebär även en ekonomisk risk för patienten som kan tillhöra upp till tre olika tandvårdsstöd samtidigt.

I § 3 punkt 5 välkomnar HSF förslaget att akut tandvård i livets slutskede, palliativ slutenvård, ska ingå i tandvårdsinsatser som utförs som en del av hälso- och sjukvårdens behandling. Dock finns det en risk för överbehandling av denna patientgrupp om uppdraget inte regleras tydligt.

I § 5 ser HSF en risk för ökat resursbehov avseende regionernas administration och att jävssituationer mellan vårdgivare inom tandvård och hälso- och sjukvård kan uppstå. Det krävs förtydliganden gällande vilken instans i regionerna som ska hantera prövningar av behandlingsförslag. Det

finns även en risk att bedömningarnas kvalitet kan bli ojämn och variera över landet.

I § 7 instämmer inte HSF med utredningens bedömning att det inte behöver införas några nya sanktionsbestämmelser avseende vårdgivare inom tandvårds skyldigheter att lämna begärda uppgifter till Socialstyrelsens tandhälsoregister. HSF ser en risk att vårdgivare inom tandvård inte kommer lämna begärda uppgifter om det inte finns någon ersättning knuten till rapporteringen. HSF föreslår att sanktioner bör införas för vårdgivare inom tandvård som inte rapporterar till Socialstyrelsen.

HSF ser en risk att övergångsbestämmelser punkt 3, 4, 6 och 7 kan leda till ökade resursbehov avseende regionernas administration. Utredningen har inte klargjort hur regionerna ska kompenseras ekonomiskt under denna övergångstid eller hur det ska säkerställas att vårdgivare inom tandvård under övergångsperioden inte utnyttjar två olika ersättningssystem för samma behandlingsåtgärder på samma patient. I punkt 5 undrar HSF hur uppföljning kommer göras av patienter som fått käkkirurgiska behandlingsåtgärder som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser?

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m.

I § 2 undrar HSF hur regionerna kommer finansieras om käkkirurgiska behandlingsåtgärder som kräver ett sjukhus medicinska resurser tas bort från statsbidraget?

1.8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration

I § 2 punkt 15 anser HSF att det är en förutsättning att riskbedömningsverktyg, föreskrifter och IT-system för tillstånds- och åtgärdskoder finns på plats innan förordningens ikraftträdande. Dessa uppdrag riskerar att bli extremt tidskrävande och kan kräva längre tid än utredningens bedömning om 18 månader. Det finns även en risk att tiden inte är tillräcklig för patientjournalsystemleverantörer att utveckla sina IT-system som möjliggör rapporteringen för vårdgivare inom tandvård.

1.10 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

I § 4 föreslår HSF att det ska framgå i lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd att endast legitimerad tandvårdspersonal kan fastställa en tandvårdsplan. I samma paragraf föreslås även att en definition över vilka åtgärdskoder som avses med ”vissa förebyggande tandvårdsåtgärder” införs. Avsaknaden av en definition riskerar leda till att en vårdgivare inom tandvård inte rapporterar åtgärdskoderna inom tandhälsoplanen.

I § 4 a tredje stycket undrar HSF om en tandhälsoplan kan revideras obegränsat antal gånger?

I § 4 e föreslår HSF att det i bilaga 5 ska förtydligas hur och av vem ett besök till tandläkare med bevis om specialistkompetens ska initieras samt begränsas avseende bedömning av tillhörighet till det selektiva stödet under viss tid. Det finns en risk att den kompetens en tandläkare med bevis om specialistkompetens har, inte utnyttjas på rätt sätt när de ska ansvara för att bedöma vilka patienter som ska omfattas av det selektiva stödet under viss tid. Förslaget kan leda till en ökning i systematisk bedömning av patienter som i slutändan inte kommer tillhöra det selektiva stödet under viss tid. Därutöver har inte utredningen diskuterat avsaknaden av vetenskaplig evidens för utbyte av fyllningar som föreslås ingå i det statliga tandvårdsstödet.

I § 4 f ser HSF följande risker med förslaget:

- Det kan bli kostnadsdrivande, bland annat på grund av att fler patienter kommer omfattas av det statliga tandvårdsstödet.
- Jäv bland vårdgivare inom tandvård och hälso- och sjukvård när systemet för utfärdande av intyg ändras.
- Både vårdgivare inom tandvård och patienter kan komma att utnyttja systemet.

I § 4 g undrar HSF vilka åtgärdskoder som kommer ingå i det selektiva tandvårdsstödet och vilka åtgärdsrestriktioner som kommer vidtas? Tandvårdssystemet kan komma att upplevas mer komplicerat när ytterligare ett separat högkostnadsskydd, dvs utöver hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd införs. Det kan även innebära en ekonomisk risk för en många gånger resurssvag patientgrupp. Hur stor den ekonomiska risken blir beror på vilken av de fyra föreslagna modellerna för högkostnadsskyddet som antas.

I § 4 h anser HSF att det är en förutsättning att förslag på riskbedömningsverktyg, föreskrifter och IT-system för tillstånds- och åtgärdskoder finns på plats innan förordningens ikraftträdande.

I § 6 a ser HSF att det finns etiska problem med förslaget om omgörningsregler för protetisk behandling för patienter inom selektivt stöd. T.ex. löper patienter med kognitiva funktionsnedsättningar hög risk att tappa bort proteser. Hur garanteras denna patientgrupp att inte belastas ekonomiskt av dessa omgörningsregler?

I § 7 anser HSF att förslaget kan leda till en ökad ekonomisk risk för patienter som hör till selektivt tandvårdsstöd (se även § 6 a ovan), eftersom det inte är patienten utan en tredje part som betalar denna tandvård. Det är oklart vilka åtgärdskoder som kommer ingå i det selektiva stödet och därmed vilka åtgärdskoder som kommer omfattas av omgörningsreglerna.

HSF ser följande risker med förslaget:

- Riskgrupperingen av denna patientgrupp kan komma att inte fungera om inte systemet anpassas efter patientgruppen.
- Risk för jäv bland vårdgivare inom tandvård och hälso- och sjukvård vid utfärdande av intyg.

I § 10 andra stycket anser HSF att det är oklart om tandvårdsstöden kommer hanteras inom ett och samma karenssystem eller om det kommer hanteras i olika karenstrappor för patienter som återfinns i både generella tandvårdsstödet och det selektiva tandvårdsstödet.

I § 10 tredje stycket ser HSF en risk att vårdgivare inom tandvård kan tolka skrivelsen att inga diagnoser behöver ställas på en patient. I dagsläget har HSF kännedom om att vårdgivare inom nödvändig tandvård varken utfärdar terapi- eller behandlingsplaner för patienterna. Utredningen har inte beaktat de bestämmelser om behandlingsplan som regleras i patientdatalag (2008:255).

I § 11 punkt 1 och 2 föreslår HSF att det i skrivelsen läggs till att TLV:s åtgärdskodsbeskrivningar enligt gällande föreskrift ska stå på patientens kvitto. Det ska inte vara möjligt för vårdgivare inom tandvård att ange sina egna åtgärdskodsbeskrivningar på patientens kvitto.

I § 12 andra stycket undrar HSF vad som anses vara giltigt skäl för att inte fastställa en tandhälsoplan? Försäkringskassan behöver säkerställa rutiner för uppföljning av fastställande av tandhälsoplan och införa lämpliga sanktioner för vårdgivare inom tandvård som inte fastställer en tandhälsoplan. Förslaget innebär att vårdgivare inom tandvård som endast bedriver akutmottagningar ges möjlighet att inte behöva upprätta någon tandhälsoplan.

I § 12 a föreslår HSF att det ska framgå av skrivelsen om det är patientens eller vårdgivaren inom tandvårds ansvar att förmedla tandhälsoplanens råd till kommunens vård- och omsorgspersonal. Eftersom det i förslaget är oklart vem som bär ansvaret finns det en risk att förmedlingen av tandhälsoplanens råd inte kommer fungera som tänkt när det regionfinansierade tandvårdsstödet föreslås tas bort. HSF undrar hur vård- och omsorgspersonal ska få tillgång till patientens munvårdskort om det endast kan kommas åt via patientens Bank-ID på Försäkringskassans Mina Sidor, givet att inte alla patienter har Bank-ID.

I § 15 punkt 8 undrar HSF vad som händer om patientavgiften inte har betalats av patienten inom de två veckor som en vårdgivare inom tandvård ska inkomma med underlag till Försäkringskassan?

I § 15 a undrar HSF vad som anses vara särskilda skäl för att en vårdgivare inom tandvård ska avstå från direktåtkomst avseende en patients underlag?

I § 19 c undrar HSF hur patienter med kognitiva funktionsnedsättningar eller äldre patienter ska komma åt uppgifter om sig själva som finns lagrade hos Försäkringskassan eftersom denna grupp sällan använder Bank-ID. Hur säkerställs att omsorgspersonal, god man eller nära anhörig får åtkomst till dessa uppgifter?

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen

I § 4 punkt 1 undrar HSF om det med tillstånd avses tillståndskod eller den beskrivande texten för tillståndskoden? Vilken information inkluderas i utförd riskbedömning? Hur ska vårdgivare inom tandvård rapportera resultatet av riskbedömningen till Socialstyrelsen?

I § 4 punkt 4 ställer sig HSF frågande till vilken information som ska omfattas och hur överföringen av nuvarande grupperingar enligt dagens tandvårdsförordning (nödvändig tandvård, uppsökande verksamhet, tandvård som led i sjukdomsbehandling och tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning) ska genomföras. HSF undrar om vårdgivare inom tandvård behöver rapportera in diagnoskoder enligt klassifikationen ICD-10? Hur ska rapporteringen göras om grunden är behovsbaserad? HSF undrar även hur barn och unga vuxna ska inkluderas i tandhälsoregistret?

Kapitel 2. Utredningens uppdrag och arbetssätt

2.4.2
HSF ställer sig positiv till utredningens förslag att vidare utreda frågan om tillståndsplikt för vårdgivare inom tandvård. HSF ställer sig även positiv till utredningens förslag att utreda lärosätenas förutsättningar att bedriva tandläkar- och tandhygienistutbildningar.

2.4.3
HSF ställer sig positiv till utredningens förslag att vidare utreda om det regionala tandvårdsstödet ska hanteras i likhet med upphandlingar enligt lagen om valfrihetssystem (LOV) inom barn- och ungdomstandvården.

2.4.4
HSF delar utredningens bedömning att tandvårdslagen kräver en ny systematisk och heltäckande översyn för att tydliggöra och anpassa gränsdragningar till hälso- och sjukvården.

Kapitel 7. Förutsättningar för vårdgivare, medarbetare och patienter i tandvården

7.2.2.
HSF instämmer inte med utredningens bedömning att regionerna bör förändra upphandlingsförfarandet eller se över de krav som ställs på vårdgivare inom barn- och ungdomstandvård. Om kraven skulle lättas innebär det att mindre seriösa vårdgivare kan vara verksamma inom barn- och ungdomstandvård, vilket ökar patientriskerna samt att ersättningssystemet kan utnyttjas. HSF instämmer däremot i utredningens resonemang att administrationen för vårdgivare behöver minskas, men det ska inte ske med avkall på de krav som ställs på vårdgivare inom barn- och ungdomstandvården.

7.4.5
HSF ställer sig positiv till utredningens bedömning att NPO tandvård ska genomföra en behovsinventering i syfte att fastställa hur tandvårdens utvecklings- och förändringsbehov ser ut, vilka aktörer som bör medverka i olika delar, hur samverkan med övrig hälso- och sjukvård kan utvecklas samt om det är motiverat med särskilda utvecklingsmedel för tandvården.

Kapitel 8. Barn och unga vuxna

HSF noterar att utredningen inte har utrett den avgiftsfria tandvården för barn och unga vuxna i sin helhet. Utredningen har exempelvis inte beaktat barnkonventionen eller hanteringen av utsatta grupper, t.ex. personer som är placerade av samhället eller har skyddade personuppgifter. Utredningen borde vidare utrett frågan om lagar som motsäger varandra vid folkbokföring vid studier inom annan region, eftersom detta problem kvarstår även för patienter i gymnasieålder.

8.9.1
HSF ställer sig försiktigt positiv till utredningens förslag att sänka åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna och låta personer 20–23 år omfattas av förslaget om tandhälsoplan inom det statliga tandvårdsstödet. HSF saknar ett resonemang kring varför just åldern 19 år anses vara en lämplig ålder för att lämna den avgiftsfria tandvården för barn och unga vuxna. Utifrån begreppet jämlik tandhälsa och en tandvård där patientens behov ska styra kan en kronologisk ålder vara en nackdel eftersom hänsyn inte tas till patienternas individuella utvecklingsnivå.

8.9.2
HSF delar utredningens bedömning att riskbedömning ska utföras på alla patienter som omfattas av avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna. Däremot finns idag inget riskbedömningsverktyg med vetenskaplig evidens att det fungerar. Utvecklingen av ett riskbedömningssystem anpassat för tandvård till barn och unga vuxna kräver omfattande resurser och det finns risk att ett tillräckligt välutvecklat IT-system inte kommer hinna driftsättas i tid till reformens ikraftträdande.

8.9.3
HSF delar utredningens bedömning att utöka tandhälsoregistret till att omfatta uppgifter om barns och unga vuxnas tandhälsa. Dock kan det finnas en risk för låg rapporteringsfrekvens om inte ersättning eller andra incitament till vårdgivare inom tandvård är knuten till rapporteringen. Även i detta fall krävs omfattande resurser, i synnerhet när det gäller utvecklingen av rapportering genom ett IT-system som kan samköras med alla befintliga och kommande patientjournalleverantörers system. Regionerna bör även vara delaktiga i detta utvecklingsarbete.

8.9.4
HSF delar utredningens bedömning att Socialstyrelsens nationella riktlinjer även bör omfatta barn och unga vuxna.

Kapitel 10. Vuxna med särskilda behov

HSF ser följande risker med de förslag som ges för ett nytt selektivt statligt tandvårdsstöd:

- Skillnader mellan privata och offentliga vårdgivare inom tandvård kommer bestå eller öka eftersom förslagen gynnar selektion av patienter.
- Det kan bli mer komplicerat för patienterna eftersom de behöver hålla reda på fler typer av stöd än idag. Patienter som idag får tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift kommer enligt utredningens förslag få ett separat karenssystem för tandvård och ett separat karenssystem för hälso- och sjukvård. Detta riskerar att påverka patientgruppens ekonomi negativt.
- Det är tveksamt om dessa förslag kan leda till ökad jämlikhet i tandhälsa eftersom utredningen inte redogjort för hur och när effekterna av reformen ska utvärderas.
- Det är oklart om fler eller färre patienter kommer inkluderas i de föreslagna tandvårdsstöden och om förslaget kommer påverka patienters tillgänglighet till tandvården positivt eller negativt.
- Förslagen riskerar att påverka den befintliga samverkan mellan kommun, region och vårdgivare inom tandvård negativt.

10.2

HSF anser att Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit (SKaPa) inte är representativt för hela tandvården eftersom en stor del av vårdgivare inom tandvård i Stockholms län inte är anslutna. Enligt SKaPa är endast Folktandvården Stockholms län AB och mottagningar inom Praktikertjänst AB som använder patientjournalsystemet Frenda anslutna. Totalt var 142 mottagningar anslutna till SKaPa år 2020, vilket utgjorde ca 10 % av det totala antalet tandvårdsmottagningar i Stockholms län. Motsvarande gäller även tandhälsoregistret där rapporteringsskyldighet föreligger; endast 70% av den regionfinansierade tandvården i Stockholms län blir inrapporterad.

10.3.3

HSF uppmärksammar att utredningen inte diskuterat avsaknaden av vetenskaplig evidens avseende behandlingar för vissa patientgrupper som kvarstår inom regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna.

10.3.4

HSF ställer sig positiv till att utredningen tydligt tar upp personer som omfattas av LSS med enbart mindre insatser som en patientgrupp som inte alltid har tillräckliga behov för att omfattas av tandvårdsstöd.

10.3.6
HSF ställer sig positiv till att utredningen belyser risken att patienter bedöms olika mellan regionerna och riskerar hamna i olika ersättningssystem.

HSF delar utredningens bedömning att lagstiftningen gällande nödvändig tandvård försvårar regionens kontroll över de behandlingsåtgärder som utförs. Att fortsatt utreda möjligheten att upphandla den regionfinansierade verksamheten är önskvärt.

10.4
HSF delar såväl utredningens som Socialstyrelsens bedömning att tandvårdsförordningen behöver genomgå en översyn och att behovet av revidering behöver utredas.

10.5.7
HSF instämmer inte med utredningens förslag om att en mottagning som endast utför akuttandvård ska kunna undantas från skyldigheten att informera berörda patienter om möjlighet till selektivt stöd. Detta förslag kan leda till att patienten felaktigt belastas med en kostnad för behandling som skulle kunna ingå i berättigat stöd.

HSF anser att tredjepartsidentifiering inte är en fullgod lösning för att stävja jävsproblematik mellan patient och behandlare inom tandvården. Redan idag erhåller HSF information från personal inom hälso- och sjukvården som utsätts för påverkan av patienter och vårdgivare inom tandvård att godkänna och utfärda intyg.

10.5.8
HSF anser att förslaget om återkommande informations- och utbildningsaktiviteter inte är realistiskt med tanke på de cirka 1 400 vårdgivare inom tandvård som är verksamma i regionen.
Information till kommunala verksamheten ges idag via en etablerad relation mellan kommun och region, och ska enligt utredningens förslag kvarstå enligt tandvårdslag. HSF menar att denna verksamhet i praktiken kommer upphöra med anledning av att den uppsökande verksamheten i regionerna föreslås upphöra. Således ser inte HSF att relationen och kommunikationsvägarna kommer fungera som beskrivet.

10.5.10
HSF instämmer inte med utredningens förslag att ersättning inom det selektiva stödet ska vara fast per åtgärdskod och fastställas nationellt av TLV. HSF anser att förslaget inte beaktar behovet av diversifiering av ersättning till vårdgivare inom tandvård beroende på lokala faktorer. Detta kan leda till att vårdgivare inom tandvård i vissa regioner kommer få mer fördelaktig ersättning än idag, medan det i andra regioner kan leda till att patienter inom det selektiva stödet väljs bort till fördel för andra mer ekonomiskt fördelaktiga patientkategorier.

10.6.2
HSF delar utredningens resonemang att vårdgivare inom tandvårds skyldighet att erbjuda patienter prövning för selektivt stöd kan öka risken för överutnyttjande. Utredningen föreslår att det ska stävjas genom att part utan egenintresse, dvs hälso- och sjukvården, vidimerar. HSF ser dock en risk att förslaget kan leda till kostnadsdrivning då signaler redan idag inkommer om att behandlare inom hälso- och sjukvården utsätts för påverkan av patienter och vårdgivare inom tandvård att godkänna och utfärda intyg.

Enligt utredningen kommer upphörandet av den uppsökande verksamheten leda till en avlastande effekt för kommunerna. HSF ser däremot att det kan leda till ett utökat ansvar för kommunerna att själva tillse de boendes munhälsa. Den uppsökande verksamheten är uppskattad av kommunerna och innebär en aktiv relation mellan kommun och region där tandvården och den viktiga egenvården lyfts fram på ett sätt som inte kommer vara möjligt i det föreslagna systemet. Den föreslagna frivillighetsprincipen riskerar att inte identifiera personer som är berättigade. Dagens system med den aktiva relation som finns mellan kommun, region och vårdgivare inom tandvård gör att arbetet prioriteras och ständigt hålls aktuellt.

10.6.4
HSF delar utredningens resonemang att riskbedömningsverktyget behöver anpassas för att fånga upp de specifika riskfaktorerna som återfinns i målgruppen. Det bör noteras att det idag inte finns något riskbedömningsverktyg med vetenskaplig evidens att det fungerar. Utvecklingen av ett riskbedömningssystem anpassat för tandvård till vuxna med särskilda behov kräver omfattande resurser och det finns risk att ett tillräckligt välutvecklat IT-system inte kommer hinna driftsättas i tid till reformens ikraftträdande.

10.10.2
HSF ställer sig positiv till utredningens förslag att regionerna förutsätts konkurrensutsätta de delar av det regionala tandvårdsstödet som är möjliga att lämna till annan aktör. HSF bedömer att det är möjligt att konkurrensutsätta delar av den regionfinansierade tandvården för vuxna patienter, och ställer sig positiv till utredningens bedömning att det behöver utredas ytterligare.

10.10.3
HSF ser en risk med att det föreslagna regionala tandvårdsstödet i samverkan med hälso- och sjukvården decimeras kraftigt jämfört med det nuvarande regionfinansierade tandvårdsstödet för vuxna. Den föreslagna indelningen av vissa patientgrupper kan leda till att ojämlikheter mellan regioner kvarstår. Eftersom behandlingsåtgärder som omfattas av det nya regionala tandvårdsstödet föreslås regleras översiktligt på nationell nivå och vid behov förtydligas av regionala anvisningar, kan det leda till kvarstående regionala skillnader. Tidigare har Socialstyrelsen inte försett regionerna med tydliga kunskapsunderlag och nationella riktlinjer för dessa grupper. HSF anser att den tidsrymd som föreslås för framtagande av kunskapsunderlag och nationella riktlinjer inte är rimlig.

10.10.4
HSF ställer sig positiv till utredningens förslag att Socialstyrelsen ska ta fram kompletterande åtgärdskoder som också ska rapporteras till tandhälsoregistret. HSF ställer sig dock frågande till de tekniska lösningar som föreslås och ser en risk att den tidsrymd som ges för utvecklingen inte kommer vara tillräcklig.

Kapitel 12. Kostnadsberäkningar, finansieringsförslag och övriga konsekvenser

HSF:s generella synpunkt är att de kostnadsberäkningar som redovisas skulle upplevas mer transparenta om data och annat underlag för beräkningarna funnits tillgängliga i bilagorna.

12.2.1 - 12.2.4
I redovisningarna av kostnadsfördelningarna i tabell 12.2, 12.3, 12.4 observerar HSF att patienternas andel av kostnaderna i samtliga föreslagna tandvårdsstöd beräknas öka efter implementeringen av reformen.

12.2.6

HSF anser att utredningens redovisning av ekonomiska konsekvenser för regionerna inte kan appliceras på samtliga regioner i Sverige. I Region Stockholm bedrivs folktandvårdens verksamhet i bolagsform, vilket innebär att regionen och folktandvården inte kan likställas på det sätt som utredningen gör. HSF anser därmed att utredningen behöver särredovisa konsekvenserna för regionen och folktandvården.

12.2.7 - 12.2.8
HSF observerar att patienters kostnader beräknas öka något för friska patienter medan kostnaderna för patienter med en viss risk för sjukdom eller hög risk för sjukdom beräknas minska. För patienter inom de selektiva stöden som har behov av övrig hälso- och sjukvård kommer kostnaderna öka efter reformen. Detta innebär att skillnaderna i patienters kostnader för tandvård kommer kvarstå, alternativt öka, även för patienter inom samma typ av riskgrupp.

12.3.6 - 12.3.7
HSF anser att utredningen har underskattat de dynamiska effekterna av reformen.

- I Region Stockholm är inte tandvårdens kapacitet begränsad eftersom det finns cirka 1 400 verksamma vårdgivare inom tandvård i regionen.
- Utredningens förslag att ersättning inom det selektiva stödet ska vara fast per åtgärd och fastställas nationellt beaktar inte behovet av diversifiering av ersättning beroende på lokala faktorer. Detta kan leda till att vårdgivare inom tandvård i vissa regioner kommer få mer fördelaktig ersättning än idag, medan det i andra regioner kan leda till att dessa patienter väljs bort till fördel för andra mer ekonomiskt attraktiva patientkategorier.
- Utredningen har inte tillräckligt beaktat konsekvenser av tredjepartsfinansiering och risken att det kan bli kostnadsdrivande.
- Utredningens förslag att tandläkare med bevis om specialistkompetens ska utreda patienters tillhörighet till det selektiva stödet för viss behandling under viss tid riskerar att bli kostnadsdrivande. Detta kan leda till en resursfördelningsproblematik och eventuella undanträngningseffekter om friska patienter som önskar en utredning blir mer ekonomiskt gynnsamma än att ta emot sjuka patienter med större behov.

Kapitel 13. Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

13.2

HSF instämmer inte med utredningens bedömning att inte fastställa någon bortre gräns för övergångsbestämmelser avseende ändrad ålder för barn- och ungdomstandvård. Förslaget om att behandlingsåtgärder ska slutföras inom det ersättningssystem där de påbörjades kan leda till att vårdgivare inom tandvård skjuter upp patienters behandlingar eller att kapacitetsbrister uppstår. Utredningen har inte redovisat hur det ska säkerställas att vårdgivare inom tandvård under övergångsperioden inte utnyttjar två olika ersättningssystem för samma behandlingsåtgärder på samma patient.

Bilaga 4
Utredningen använder en föråldrad definition av begreppen sällsynta hälsotillstånd och sällsynta diagnoser, och tar inte hänsyn till den nya definitionen och bredare inklusionskriterier. Vidare så tas endast de diagnoser som finns på Socialstyrelsens hemsida upp och beaktar inte att Socialstyrelsen i sin tur refererar till Orpha.net för fullständigt underlag.

Bilaga 5
Utredningen har inte redovisat vad som ligger till grund för förslaget att tandläkare med bevis om specialistkompetens ska utreda patienters tillhörighet till det selektiva stödet för viss behandling under viss tid.

HSF undrar hur Försäkringskassan ska utbilda tandläkare med bevis om specialistkompetens i att genomföra korrekta prövningar för patienters tillhörighet till tandvårdsstöden. HSF ser en risk att förslaget kan leda till undanträngningseffekter för patienter som har större behov av en specialisttandläkares odontologiska kompetens.

Bilaga 6
De patientgrupper utredningen lämnar till regionerna att vidare besluta om riskerar att få sämre förutsättningar för jämlik tandhälsa eftersom det regionala tandvårdsstödet inte har utretts i sin helhet. Att regionerna ska besluta om dessa patientgrupper kan även leda till ojämlikheter mellan regionerna eftersom nationella kunskapsstöd saknas för dessa patientgrupper. Det är olyckligt att utredningen detaljstyr en viss del av regionens vårdkedja, t.ex. behandling mot tandvårdsfobi, när det regionala tandvårdsstödet inte har utretts i sin helhet.

Utredningen föreslår att all tandvårdsbehandling under narkos, oavsett patientens medicinska behov, endast ska utföras på sjukhus. Detta riskerar att leda till undanträngningseffekter för patienter som har större medicinska behov av andra behandlingar under narkos. I dagsläget finns

resurser i regionen för att genomföra tandvårdsbehandlingar under narkos på fler platser än sjukhus. HSF ser också en risk att förslaget kan leda till att regionen får en begränsad insyn i de tandvårdsbehandlingar som utförs under narkos, eftersom tandvårdsbehandlingarna till största del kommer ersättas inom de statliga tandvårdsstöden.

Ekonomiska konsekvenser
Reformen kan leda till att regionens kostnader överstiger utredningens uppskattningar eftersom utredningen i kostnadskalkylerna inte beaktat samtliga dynamiska effekter som kan uppstå inom regionerna.

Reformen kan leda till att regionen under den föreslagna övergångsperioden behöver bära kostnaderna för regionens administration och ersättningar till vårdgivare inom tandvård, givet att generellt anslag till regionen minskas. Utredningen har inte klarlagt de ekonomiska resursfördelningarna till regionerna, vilket kan leda till oförutsedda kostnader.

Reformen kan leda till oförutsedda kostnader för regionen eftersom utredningen inte har beskrivit hur finansiering till regionerna ska säkerställas om utveckling och framtagande av de nya föreskrifterna, riskbedömningsverktygen och IT-systemen försenas eller inte blir tillräckligt välutvecklade, vilket hände vid införandet av det statliga tandvårdsstödet 1 juli 2008.

Det mervärde som den nuvarande regionfinansierade uppsökande verksamheten ger kommer försvinna, bland annat samverkansvinster mellan huvudmän som överstiger det monetära värdet. HSF:s kostnader för den regionfinansierade uppsökande verksamheten (<1 miljon kronor år 2019) står för en bråkdel av den totala kostnaden för nödvändig tandvård (255 miljoner kronor år 2019).

Förslaget om att sänka åldern för den avgiftsfria barn- och ungdomstandvården från 23 år till 19 år kan totalt sett leda till minskade kostnader för regionen. Däremot kan regionens kostnader öka för patienter som enligt föreslagna övergångsregler ska behandlas färdigt inom ramen för den avgiftsfria tandvården under obegränsad tid.

Förslaget om ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården kan leda till ökade kostnader för regionen på kort sikt, på grund av de föreslagna övergångsbestämmelserna där patienter som påbörjat behandling inom regionfinansierat tandvårdsstöd kommer behandlas färdigt inom ramen för de regionfinansierade tandvårdsstöden under en

övergångsperiod. På lång sikt kan det finnas risk att ett minskat statsbidrag inte till fullo täcker kostnaderna för de kvarvarande patientgrupperna.

Konsekvenser för patientsäkerhet
Reformen kan innebära oförutsedda konsekvenser för patientsäkerheten eftersom utredningen inte har riskbedömt reformens påverkan på patientsäkerheten. Förslagen utredningen lämnat har ännu inte konstruerats av myndigheterna som ska ansvara för implementeringen av reformen, vilket kan innebära en patientsäkerhetsrisk.

Reformen kan leda till att patientsäkerheten påverkas vid överföringen av patienter inom dagens regionfinansierade tandvårdsstöd till de nya statliga selektiva stöden. Den nuvarande samverkan mellan kommuner och regioner avseende regionfinansierade tandvårdsstöd föreslås upphöra vilket kan innebära en risk att sköra äldres tandvårdsbehov förbises.

Förslaget om sänkning av åldern för avgiftsfri barn- och ungdomstandvård kan leda till att vårdgivare inom tandvård upplever tidspress att på kort tid utföra tandvård som kräver längre behandlingstider för att patienten ska hinna behandlas färdigt inom den avgiftsfria tandvården. Vårdgivare inom tandvård kan även skjuta upp en patients tandvård för att omfattas av det statliga tandvårdsstödets högkostnadsskydd där patienten står för en del av tandvårdskostnaden.

Förslaget att hälso- och sjukvården ska bedöma en patients behov av tandvårdsbehandlingar under narkos, och att narkosen ska bekostas av regionen kan ge ekonomiska incitament att utföra tandvårdsbehandlingar under narkos. Denna risk för kostnadsdrivning kombinerat med att regionen saknar fullständig insyn i tandvårdsbehandlingarna (som ersätts via de statliga tandvårdsstöden) som utförs under narkos, gör att HSF ställer sig frågande till lämpligheten i denna kostnadsfördelning. Ett ökat antal behandlingar som utförs under narkos kan i sig innebära en patientsäkerhetsrisk.

Konsekvenser för jämlik och jämställd vård
Reformen kan leda till att fler patienter får tillgång till undersökning och förebyggande vård, men det finns en risk att tandvården inte blir jämlik för patienter som har omfattande tandvårdsbehov av behandlingar som inte kommer täckas av de föreslagna stöden. Utredningen har inte redovisat hur och när utvärdering av reformens effekter ska genomföras.

Förslaget att patienter ska lämna den avgiftsfria barn och ungdomstandvården vid en fastställd kronologisk ålder tar inte hänsyn till

patienters individuella utvecklingsnivå och kan leda till ojämlikheter utifrån utredningens perspektiv att patientens behov av tandvård ska styra.

Reformen kan leda till ojämlikheter mellan regioner eftersom utredningen inte har definierat på nationell nivå vilka behandlingsåtgärder som ska ingå i rehabiliterande/habiliterande tandvård för barn och unga vuxna eller vilka behandlingsåtgärder barn och unga vuxna bör ha fått tillgång till innan de lämnar den avgiftsfria tandvården.

Reformen kan leda till att utsatta patientgrupper inom barn- och ungdomstandvården förbises, eftersom utredningen inte beaktat barnkonventionen eller hanteringen av personer inom avgiftsfri tandvård som är placerade av samhället eller har skyddade personuppgifter.

Reformen kan leda till ojämlikheter mellan regionerna eftersom det saknas vetenskaplig evidens för vissa behandlingsåtgärder som omfattas av det nya regionala tandvårdsstödet. Det finns t.ex. ingen vetenskaplig evidens för utbyte av fyllningar, vilket kan leda till olika tolkningar i regionerna.

Miljökonsekvenser
Reformen förväntas leda till oförändrande konsekvenser för miljön.

Administrativa konsekvenser
Reformen innebär att ytterligare ett statligt IT-system utvecklas och ska hanteras parallellt med befintliga regionala IT-system. Regionfinansierat tandvårdsstöd för vuxna kommer ersättas av ett kraftigt decimerat regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården, med regionala regelverk och redan befintliga separata IT-system. Administrationen för vårdgivare inom tandvård kan förväntas öka genom att rapportering av utförda behandlingsåtgärder sker till olika IT-system, beroende på vilket tandvårdsstöd patienten hör till.

Förslagen om övergångsregler kan leda till ökad administration för både regionen och vårdgivare inom tandvård eftersom olika delar av tandvården som ges till patienter kommer hanteras av olika regelverk.

Johan Bratt
TF hälso- och sjukvårdsdirektör

Lena Hanberg
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
Regionstyrelsen
Godkänd av Johan Bratt, 2021-05-27

Folktandvården

2021-06-10

Diarienummer: FTV 2103-0148

Till: Region Stockholm,
regionledningskontoret

Yttrande över betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8), RS 2021-0322

Folktandvården Stockholm tackar för möjligheten att yttra sig över rubricerat betänkande.

Sammanfattningsvis ser Folktandvården positivt på betänkandet. Det presenterar ett flertal förslag som både kan ge hälsovinster för invånarna och innebära att tandvårdens samlade potential används på ett mer effektivt sätt än idag.

Folktandvården vill därutöver lämna följande kommentarer.

7.2.1 Folktandvården instämmer i analysen att dagens tudelade tandvårdsmarknad inte tillvaratar hela tandvårdens samlade potential samt att en allt större del av Folktandvårdens resurser tas i anspråk för tandvården till barn och unga vuxna och för patientgrupper med särskilda behov. Dessa delar är de minst lönsamma på tandvårdsmarknaden och påverkar privattandläkarnas möjligheter att fritt sätta sitt eget pris eftersom de är kapiterade/prisreglerade. Folktandvårdens bild är att privat- och folktandvården bör samverka och dela på ansvaret för att kunna täcka behoven och erbjuda en god tandvård för alla invånare. En av flera möjliga lösningar är att höja den regionala ersättningsnivån för barntandvård och för patienter med särskilda behov så att även privattandvården ser fördelar och anser sig ha råd att bedriva tandvård i utsatta områden och till utsatta grupper i högre grad än idag.

7.4 Folktandvården välkomnar föreslagna införanden i tandvårdslagen, bland annat att etiska principer samt utgångspunkt i vetenskap och beprövad erfarenhet, likt hälso- och sjukvårdslagen, med undantaget att patienten måste kunna betala för sig då tandvårdens ersättning väsentligt skiljer sig från hälso-och sjukvårdens.

8.9.1 Folktandvården delar synen med övriga tandvårdsaktörer om att förslaget om sänkt ålder till 19 år för den kostnadsfria barn- och ungdomstandvården bör införas för att därmed skapa utrymme för patienter med större behov. Att den tidigare genomförda reformen med höjd ålder för kostnadsfri tandvård är underfinansierad har också konstaterats av Sveriges kommuner och regioner (SKR) vilket lett till dialog med Socialdepartementet om frågan.

9.2.1 Folktandvården anser i linje med betänkandet att en enhetlig individuell riskbedömning som styrmedel för den fortsatta planeringen av revisionsintervall och omfattning av förebyggande tandvård subventionerad via tandvårdsförsäkringen bör genomföras, eftersom odontologiska indikationer bör

styra den tandvård som staten betalar för. Folktandvården ställer sig också bakom förslaget att individuell riskbedömning ska bli obligatorisk även för barn. Tillräcklig kunskap om tandhälsa och odontologisk risk på individnivå är nödvändigt för att göra riktiga bedömningar av befolkningens vårdbehov och fördela resurserna dit de behövs som bäst. Folktandvården anser också att det är nödvändigt att det tas fram ett nationellt verktyg för riskbedömning som regleras och inte kan lämna utrymme för tolkningar eller missbruk. Systemet måste vara integrerbart i befintliga journalsystem och inte medföra ökad administrationsbörda.

9.2.2 Folktandvården är välkomnar att tandhälsoplan ersätter allmänt tandvårdsbidrag och särskilt tandvårdsbidrag. Idag känner relativt få patienter till och utnyttjar nämnda bidrag. Att patientavgiften för de åtgärder som ingår i tandhälsoplanen ska vara fast och uppgå till 200 kronor per besökstillfälle blir en påtaglig förbättring för patienterna som får en låg och tydlig instegskostnad till tandvården. Vårdgivarna får utöver patientavgiften ersättning enligt en av Tandvårds- och läkemedelförmånsverket (TLV) fastställd referensprislista. Den fasta kostnaden förväntas även öka patientens upplevda trygghet och handlingsutrymme. Att inte i förväg veta vad besöket kommer att kosta är idag en stor källa till osäkerhet och missnöje hos våra patienter. Förslaget innebär även en tydligare inriktning mot förebyggande tandvård där patienten betalar 200 kronor per besök för viss förebyggande tandvård inom tandhälsoplanen, vilket Folktandvårdens anser vara ett nödvändigt steg för en hållbar tandvård med ett ökat fokus på prevention.

Folktandvårdens erfarenhet av den abonnemangstandvård, så kallad Frisktandvård, som vi erbjuder är att fast pris leder till ökad kundnöjdhet och påverkar patientens delaktighet och tandhälsa i en positiv riktning.

Avgörande för att det preventiva syftet med de prisreglerade åtgärderna nås, är att prissättningen från TLV blir adekvat då annars de ingående åtgärderna kommer att urholkas. Det kan i sammanhanget vara värt att notera att Folktandvården Stockholms av regionfullmäktige beslutade priser ligger i snitt sju procent över TLV:s referenspriser. Privattandvården i regionen ligger i medeltal tio procent över referenspris.

9.2.3 Folktandvården ser också positivt på att tandhälsoplan, behandlingsplan och annan information om utförd tandvård ska tillgängliggöras via e-tjänst, vilket möter de förväntningar på digital tillgänglighet och delaktighet vi identifierat att våra patienter har. Betänkandet föreslår att Försäkringskassan ansvarar för e-tjänsten vilket är en möjlighet, men Folktandvården förespråkar i första hand 1177.se som ska vara invånarnas naturliga ingång för ärenden som rör all vård.

10.5 Folktandvården instämmer i förslaget att dagens regionala särskilda tandvårdsstöd ska upphöra och ersättas av ett nytt selektivt statligt tandvårdsstöd. Idag är reglerna olika i olika regioner, vilket tillsammans med regionala sparkrav medför att vissa patientgrupper inte får lika vård över landet.

Nuvarande tandvårdsstöd är riktat till ett urval av medicinska diagnoser som bedömts kopplade till munhälsa. Ämnesområdet är dock ofullständigt beforskat och det foreligger ett omfattande kunskapsgap avseende munhälsans betydelse för progression av kroniska sjukdomar och den allmänna hälsan. Utredningens förslag om ökad vetenskaplig aktivitet och stimulans till klinisk uppföljning välkomnas därför. Vi ser också positivt på förslagen om att inrikta stödet mot diagnosgrupper inom ICD-10 och fokus på nedsatt funktion istället för specifika, enskilda diagnoser. Det innebär att många patientgrupper med som idag faller mellan stolarna får adekvat stöd. Till exempel får en reumatiker hjälp med ledbesvär och ledsmärta inom sjukvården, men inte om det gäller käkleden. Den omfattas nämligen inte av dagens tandvårdsstöd utan patienten måste betala vårdkostnaden själv. Samma sak gäller för patienter som regelbundet behöver ta biopsier för eventuell malignitet i munhålan, vilka kan kosta från 5 000 till 25 000 kronor per tillfälle. En liknande situation har smärtpatienter och epileptiker. Sjukdomar med stor kognitiv påverkan, som demens och psykossjukdomar, är andra utsatta patientgrupper som föreslås inkluderas i det långvariga selektiva stödet, vilket är glädjande.

Att 75 procent av de regionala stöden lyfts bort från regionerna och överförs till staten som föreslås minskar dessutom den administrativa bördan på regionerna.

10.6 Vidare ökar införandet av ett nytt selektivt statligt tandvårdsstöd förutsägbarheten och rättssäkerheten för patienterna, behandlare inom tandvården och behandlare inom hälso- och sjukvården. I dagens regionala stöd kan varken patient, behandlare inom tandvården eller behandlare inom hälso-och sjukvården överklaga ett beslut, vilket både är rättsosäkert och påverkar patientens möjlighet att till exempel ta del av en avgörande infektionssanering i munnen inför en medicinsk behandling. Det föreslagna nya stödet förväntas också ger bättre administrativt stöd till vårdgivarna samt förbättrade möjlighet till uppföljning och stävjande av missbruk. Det system som Försäkringskassan sedan tidigare tagit fram och använder för administration av det etablerade statliga tandvårdsstödet för vuxna är väl fungerande och uppskattat av privata såväl som offentliga tandvårdsaktörer, vilket visar på goda möjligheter att skapa bra systemstöd.

Folktandvården vill också uppmärksamma delförslaget om tandvård till primärvårdstaxa för invånare 85 år och äldre, då trenden mot att allt fler seniorer har allt fler egna tänder kvar högt upp i åldrarna förändrar vård- och behandlingsbehovet inom såväl vård- och omsorg som tandvård. Det finns stora hälsovinster att göra för den äldre individen och för seniorer som grupp genom att säkerställa en god munhälsa under åldrandets faser av minskande autonomi. Forskning har visat att god tuggfunktion ökar möjligheterna för ett aktivt liv och livskvalitet för de sköra äldre, bland annat genom möjlighet att nutriera sig adekvat. Att vara fin i munnen är också en förutsättning för ett fortsatt gott socialt liv. För att systemet ska fungera måste det vara tydligt definierat vilken tandvård som ska ingå och att de av TLV fastställda referensåtgärderna prissätts på ett rimligt sätt.

Vi välkomnar även den föreslagna digitala process där tandvårdspersonal, sjukvårdspersonal och omsorgspersonal kan initiera respektive vidimera en persons behov av selektivt tandvårdsstöd, vilket skapar kortare beslutsvagar, smidigare administration och tydligare regelverk. För patientgrupper med stora behov av både vård och omsorg, till exempel personer på särskilda boenden och individer med demenssjukdom eller psykossjukdom, har det stor betydelse att vårdpersonal i individens närhet kan initiera respektive bekräfta behovet av tandvård.

Folktandvården anser sammanfattningsvis att det statliga befintliga tandvårdsstödet fungerar bra för de flesta, men grupper av patienter hamnade utanför när stödet infördes. De regionala selektiva stöden har heller inte fångat upp dessa personer som varken får stöd i det statliga eller i de regionala stöden. Dessutom följs de regionala selektiva stöden idag inte upp på samma sätt som det statliga och är på så sätt varken en hjälp för behandlarna eller ett stöd för regionen och för skattebetalarna för att stävja eventuellt missbruk. Genom uppföljning via Försäkringskassan, som fått till stånd förordningsförändringar som möjliggjort att myndigheten kan begära återkrav respektive stänga av vårdgivare vid missbruk, kan följsamheten till regelverket förbättras. En av de mest betydande konsekvenserna av föreslagen förändring är att den enskilde individen får vård på lika villkor i hela landet, oavsett i vilken region man bor.

10.7 Folktandvården ställer sig positiv till förslaget att uppsökande verksamhet som omfattar munhälsobedömning på patienter som har tillhörighet till nödvändig tandvård upphör. Inom Region Stockholm medför den uppsökande verksamheten svårigheter för omvårdnadspersonalen på särskilda boenden då de kontaktas av många olika tandvårdsaktörer som vill erbjuda nödvändig tandvård. Det finns flertal exempel på att samma patient har behandlats av flera tandvårdsaktörer under en kort tidsperiod och sålunda även en risk att nödvändig tandvård överutnyttjas.

10.7.1 Förslaget att ansvaret för utbildning av vård- och omsorgspersonal ska överföras till kommunerna välkomnas av Folktandvården eftersom det skapar möjlighet för mer långvariga samarbeten mellan tandvårdsaktörer och vård- och omsorgsverksamheter. Idag är det dock en liten andel medarbetare inom kommunal omsorg som har tagit del av utbildning och på dagens grundutbildningar inom vård- och omsorgsyrken utgör praktiskt omvårdnadsarbete med utförande av daglig munvårdsrutin en mycket liten del. Det är därför av stor vikt att erfarenheter från liknande verksamheter inhämtas inför genomförande av en sådan förändring.

Detta yttrande har beslutats av verkställande direktör Eva Ljung.