Region Stockholm

11

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

HSN 2021-0910

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

När behovet får styra

– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa

Vol. 1



BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
JÄMLIK TANDHÄLSA

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:8

När behovet får styra

– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa

Vol. 1

Betänkande av Utredningen om jämlik tandhälsa

Stockholm 2021

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:8

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Omslagsbild: Martin Färnsten
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0026-2
ISSN 0375-250X

Till statsrådet Lena Hallengren

Regeringen beslutade den 8 mars 2018 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda och lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. Föreslagna förändringar ska gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och syfta till att minska skillnaderna i tandhälsa i befolkningen (dir. 2018:16).

Tilläggsdirektiv beslutades av regeringen den 9 januari 2020 med innebörden att uppdraget till utredningen utvidgades till att utreda och föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser (dir. 2020:1).

Ett ytterligare tilläggsdirektiv beslutades den 5 november 2020 med innebörden att utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd som i sin utformning tar ett första steg för att bli mer likt hälso- och sjukvårdens system i syfte att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader, gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och uppnå en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem (dir. 2020:115).

Utredningen har antagit namnet Utredningen om jämlik tandhälsa.

Den före detta riksdagsledamoten Veronica Palm förordnades att från och med den 8 mars vara särskild utredare. Som sakkunniga förordnades den 9 april 2018 kanslirådet Anna Hedin, Socialdepartementet samt departementssekreteraren Daniel Olai, Finansdepartementet. Som experter förordnades den 9 april områdeschefen Jan Bouveng, Försäkringskassan, utredaren Jakob Larsson, Folkhälsomyndigheten, verkställande direktören Eva Ljung, Folktandvårdsföreningen, enhetschefen Gun-Britt Lundin, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, näringspolitiske chefen Lars Olsson, Privattandläkarna, sakkunniga Hilda Ralsmark, Konkurrensverket, experten Agneta Rönn, Sveriges Kommuner och Regioner samt enhetschefen Elisabeth Wärnberg Gerdin, Socialstyrelsen. Vidare förordnades den 6 augusti tillsynstandläkaren Johan Blomgren, Inspektionen för vård- och omsorg, som expert i utredningen.

Departementssekreteraren Daniel Olai entledigades från sitt uppdrag som sakkunnig den 4 september 2019. Den 5 september förordnades ämnesrådet Sverker Lönnerholm, Finansdepartementet, som sakkunnig i utredningen. Den 4 september entledigades utredaren Jakob Larsson från sitt uppdrag som expert i utredningen. Den 5 september förordnades utredaren Ellen Wolf, Folkhälsomyndigheten, som expert i utredningen. Den 17 februari 2020 entledigades experten Agneta Rönn från sitt uppdrag som expert i utredningen. Den 17 februari 2020 förordnades handläggaren Gunilla Thörnwall Bergendahl, Sveriges Kommuner och Regioner samt bedömningstandläkaren Hans Flodin, Svensk Förening för Orofacial Medicin, som experter i utredningen. Den 18 juni 2020 entledigades områdeschefen Jan Bouveng från sitt uppdrag som expert i utredningen och samma datum förordnades den försäkringsodontologiske koordinatorn Lars Sjödin, Försäkringskassan, att vara expert i utredningen.

Ämnesrådet Martin Färnsten anställdes den 19 mars 2018 som sekreterare i utredningen med funktionen att vara huvudsekreterare. Den 1 maj 2018 anställdes juristen Marie Forssell samt departementssekreteraren Patrik Zetterberg som sekreterare i utredningen. Den 1 mars 2020 deltidsanställdes tandläkaren Barbro Hjärpe som sekreterare i utredningen. Från och med den 1 mars 2020 anlitades tandläkaren Pia Gabre att som konsult utföra vissa arbetsuppgifter i utredningen.

Utredningens sakkunniga och experter har under hela utredningsarbetet bidragit med värdefulla och konstruktiva synpunkter. Till betänkandet biläggs ett särskilt yttrande från Lars Olsson, Privattandläkarna. Utöver detta särskilda yttrande har utredningens sakkunniga och experter uttryckt avvikande uppfattningar i enskilda frågor. När begreppet utredningen används i betänkandet avses den särskilda utredaren samt sekretariatet. Den särskilda utredaren svarar ensam för innehållet i betänkandet.

I och med detta betänkande (SOU 2021:8) är uppdraget slutfört.

Stockholm i mars 2021

Veronica Palm

/Martin Färnsten
Marie Forssell
Patrik Zetterberg
Barbro Hjärpe
Pia Gabre

Innehåll

Sammanfattning 25

1 Författningsförslag 53

1.1 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) 53

1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) 59

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd 65

1.4 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 82

1.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 83

1.6 Förslag till förordning om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov 84

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m. 88

1.8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration 89

1.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket 92

1.10 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd 93

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen 111

2 Utredningens uppdrag och arbetssätt 113

2.1 Uppdraget 113

2.2 Arbetssätt 114
2.2.1 Expert- och sakkunniggrupp samt referensgrupper 114
2.2.2 Hearings och verksamhetsbesök 116
2.2.3 Övriga möten och arrangemang 116
2.2.4 Konferenser med workshops 117

2.3 Några reflektioner och kommentarer till uppdraget 117

2.4 Några frågor som enligt utredningen kan behöva utredas vidare 119
2.4.1 Tillståndsplikt 119
2.4.2 Lärosätenas förutsättningar att bedriva tandläkar- och tandhygienistutbildningar 120
2.4.3 Upphandling av regionfinansierad tandvård 120
2.4.4 Reformering av tandvårdslagstiftningen 121
2.4.5 Övrigt 123

2.5 Några centrala ord och begrepp 123
2.5.1 Oral hälsa och tandhälsa 123
2.5.2 Tandvård 125
2.5.3 Jämlik tandvård 126
2.5.4 Tandvårdssystemet 127
2.5.5 Utredningens definition av ett jämlikt tandvårdssystem 127
2.5.6 Tandvårdsförsäkring 128
2.5.7 Regioner och landsting 129
2.5.8 Ordlista 129
2.5.9 Förkortningar 131

2.6 Betänkandets disposition 131

3 Omvärldsfaktorer som påverkar tandhälsan och tandvården ... 133

3.1 Inledning ... 133

3.2 Den demografiska utvecklingen ... 133

3.3 Urbaniseringen ... 135

3.4 Migrationen ... 136

3.5 Välfärdssystemets utveckling och skillnader i livsvillkor ... 138

3.6 Ekonomisk fördelning, inkomster och förmögenheter ... 139

3.7 Förändrade levnadsvanor och konsumtionsmönster ... 141
3.7.1 Om barn och ungas matvanor ... 141
3.7.2 Sötsaker, godis och socker ... 142
3.7.3 Läsk och energidryck ... 143
3.7.4 Tobaksbruk ... 144

3.8 Covid-19-pandemin ... 145

4 Det svenska tandvårdssystemet ... 149

4.1 Det svenska tandvårdssystemets uppbyggnad ... 149
4.1.1 Gränsen mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård ... 150
4.1.2 Gränsen mellan rent estetisk tandvårdsbehandling och övrig tandvård ... 151

4.2 Tandvård till barn och unga vuxna ... 153
4.2.1 Framväxten av tandvårdsstöden till barn och unga vuxna ... 153
4.2.2 Dagens avgiftsfria tandvård till barn och unga vuxna ... 155
4.2.3 Tandvårdens ersättning och den tandvård som omfattas ... 156

4.3 Det statliga tandvårdsstödet ... 157
4.3.1 Framväxten av det statliga tandvårdsstödet ... 157
4.3.2 Dagens statliga tandvårdsstöd ... 161
4.3.3 Allmänt tandvårdsbidrag ... 162
4.3.4 Särskilt tandvårdsbidrag till vissa riskgrupper ... 162

4.3.5 Referenspriser ... 164
4.3.6 Skyddet mot höga kostnader ... 165
4.3.7 Avtal om abonnemangstandvård ... 166

4.4 Specialisttandvård ... 167
4.4.1 Framväxten av specialisttandvården ... 167
4.4.2 Dagens specialisttandvård ... 168

4.5 Regionernas särskilda tandvårdsstöd till vuxna ... 170
4.5.1 Särskilt tandvårdsstöd för oralkirurgiska åtgärder ... 171
4.5.2 Särskilt tandvårdsstöd som ett led i sjukdomsbehandling, under en begränsad tid ... 173
4.5.3 Särskilt tandvårdsstöd för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning ... 177
4.5.4 Särskilt tandvårdsstöd för extremt tandvårdsrädda personer ... 182
4.5.5 Särskilt tandvårdsstöd för utbyte av tandfyllningar ... 183
4.5.6 Särskilt tandvårdsstöd för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade ... 184
4.5.7 Tandvård till asylsökande och papperslösa ... 189

4.6 Andra stödformer för tandvård ... 191
4.6.1 Tandvård genom ekonomiskt bistånd ... 191
4.6.2 Tandvård via avtal och försäkringar ... 192
4.6.3 Organisationers bistånd till personer som inte har råd ... 194
4.6.4 Tandvård inom Försvarsmakten ... 197
4.6.5 Tandvård inom Kriminalvården ... 197

4.7 Olika modeller för vårdgivarens ersättning från tandvårdssystemet ... 199
4.7.1 Kapitering inom tandvård till barn och unga vuxna ... 199
4.7.2 Ersättning per åtgärd inom statligt tandvårdsstöd ... 200
4.7.3 Ersättning per åtgärd inom särskilda tandvårdsstöden ... 201

4.8 Patientens ställning 201
4.8.1 När patienten inte blir nöjd 205
4.8.2 När behandlingens kvalitet brister 207
4.8.3 När patienten blir skadad 207
4.8.4 Avtalsförhållandet mellan patient och vårdgivare inom det statliga tandvårdsstödet 208
4.8.5 Patienternas kunskap om sin tandhälsa och om tandvårdssystemet 209

4.9 Nationella riktlinjer för tandvård 210

5 Tandhälsan i Sverige – utveckling och nuläge 213

5.1 Inledning 213

5.2 De vanligaste orala sjukdomarna 214
5.2.1 Karies är en av de vanligaste infektionssjukdomarna 214
5.2.2 En av tio personer har allvarlig parodontit 214
5.2.3 Erosion är ett allt vanligare tillstånd 215

5.3 Tandhälsans utveckling – en historisk översikt 216

5.4 Mått på tandhälsan i befolkningen 217
5.4.1 Antal kvarvarande och intakta tänder 218
5.4.2 Index för kariesförekomst 219
5.4.3 Kariesförekomst bland de svårast sjuka – SiC-index 220
5.4.4 Andel patienter med förekomst av parodontit 220
5.4.5 Patientens upplevelser av den egna tandhälsan 221
5.4.6 Samband mellan tandhälsa och övrig hälsa 222
5.4.7 Levnadsvanor och tobaksanvändning 223

5.5 Barn och unga vuxnas tandhälsa 224
5.5.1 Positiv kariesutveckling bland barn men trendbrott för 6-åringar 224
5.5.2 Små skillnader i kariesförekomst mellan könen 226
5.5.3 Viss regional skillnad i kariesförekomst 226
5.5.4 Barn med karies har ytterligare ökat sin kariesförekomst 227
5.5.5 Kariesförekomsten bland små barn med mest sjukdom varierar över landet 229

5.5.6 Socioekonomi har betydelse för skillnader i barns tandhälsa 230

5.6 Kvarvarande och intakta tänder bland vuxna 230
5.6.1 Förbättrad tandhälsa bland unga vuxna 20–23 år .. 231
5.6.2 Befolkningen har fler kvarvarande tänder 233
5.6.3 Inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män 235
5.6.4 Fler kvarvarande tänder bland äldre patienter 235
5.6.5 Skillnader i tandhälsa på befolkningsnivå minskar över tid men ökar med ålder 236
5.6.6 Inkomst har större betydelse för skillnader i tandhälsa bland äldre än bland yngre 238
5.6.7 Sämre tandhälsa för patienter med särskilt tandvårdsstöd 238
5.6.8 Socioekonomisk position har betydelse för tandhälsan 240
5.6.9 Tandhälsan hos nyanlända 244

5.7 Förekomst av karies hos vuxna 245
5.7.1 Historisk utveckling av kariesförekomsten visar på stadig förbättring under lång tid 245
5.7.2 Kariesförekomsten fortsätter att minska 247

5.8 Förekomst av parodontit bland vuxna 248
5.8.1 Förekomsten av parodontit har under lång tid minskat 248
5.8.2 Förekomsten av parodontit har ökat under 2010-talet 250

5.9 Den självskattade tandhälsan har förbättrats 250
5.9.1 Kvinnor och unga har bättre självskattad tandhälsa 251
5.9.2 Inkomst är en viktig faktor för den upplevda tandhälsan 252
5.9.3 Stora skillnader i självskattad tandhälsa mellan socioekonomiska grupper 253
5.9.4 Funktionsnedsättning och upplevd tandhälsa 255
5.9.5 Levnadsvanors betydelse för tandhälsan 256
5.9.6 Samband mellan upplevd tandhälsa och risk för oral sjukdom 257

5.10 Svensk tandhälsa är bra i ett internationellt perspektiv 258
5.10.1 Få personer med ett ej uppfyllt tandvårdsbehov i Sverige 259
5.10.2 En nordisk jämförelse av ej uppfyllt tandvårdsbehov 261

6 Svensk tandvård – utveckling och nuläge 263

6.1 Inledning 263

6.2 Register och undersökningar om tandvård och tandhälsa 264
6.2.1 Goda möjligheter till uppföljning av tandvård i det statliga tandvårdsstödet 265
6.2.2 Ingen sammanhållen uppföljning av den regionalt finansierade tandvården 265
6.2.3 Tandhälsoregistret har medfört förbättrade möjligheter att studera tandhälsans utveckling ... 266
6.2.4 FASIT används för att studera effekterna av tandvårdsreformer 267
6.2.5 Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit 268
6.2.6 Inget rikstäckande register för tandvård till barn och unga vuxna 269

6.3 Finansiering av tandvårdssystemets olika delar 269
6.3.1 Stabil utveckling av tandvårdskostnaderna 270
6.3.2 Finansiering inom det statliga tandvårdsstödet ... 272
6.3.3 Regionfinansierad tandvård 275

6.4 Tandvårdsbranschen 282
6.4.1 Hälften av landets behandlare arbetar privat och hälften offentligt 283
6.4.2 Trend mot fler behandlare och färre vårdgivare i tandvården 285
6.4.3 Utförare inom tandvården 286
6.4.4 Den privata marknaden utvecklas mot allt färre vårdgivare men ökar sin omsättning 293
6.4.5 Folktandvården går med underskott i vissa regioner 296

6.4.6 Abonnemangstandvården omsätter en och en halv miljard kronor ... 297

6.5 Personalen i tandvården ... 298
6.5.1 De med tandvårdsutbildning är i stor utsträckning yrkesverksamma inom tandvården ... 300
6.5.2 Tandvården är en kvinnodominerad bransch ... 301
6.5.3 Tandvårdens personal blir allt äldre – och yngre ... 302
6.5.4 Antalet som examineras från tandvårdsutbildningarna varierar från år till år ... 304
6.5.5 Få tandhygienistlegitimationer utfärdades år 2019 ... 305
6.5.6 Antalet privat anställda specialisttandläkare ökar ... 307
6.5.7 Fler behandlare i tandvården men många är nyligen examinerade ... 307
6.5.8 Regionala skillnader i tillgängligheten till behandlare ... 308
6.5.9 Tandvården upplever en brist på personal ... 314

6.6 Patienter inom tandvård till barn och unga vuxna ... 317
6.6.1 Listning sker vanligtvis vid 3 års ålder ... 318
6.6.2 De flesta barn besöker tandvården regelbundet ... 319
6.6.3 Regionala skillnader i hur ofta barn besöker tandvården ... 321
6.6.4 Besök för personer 20–23 år ... 321

6.7 Patienter inom statligt tandvårdsstöd ... 322
6.7.1 Regionala skillnader i besöksfrekvens ... 323
6.7.2 Ekonomi och socioekonomi har betydelse för besöksmönstret ... 326
6.7.3 Generell trend mot lägre besöksfrekvens i tandvården ... 327
6.7.4 En patient besöker tandvården i snitt två gånger per år ... 328
6.7.5 Vilka åtgärder utförs? ... 331
6.7.6 Relationen mellan basundersökning och efterföljande behandling ... 333

6.7.7 Vilka blir undersökta mer än statistiskt förväntat? 338
6.7.8 De som endast besöker tandvården vid akuta besvär 341
6.7.9 Patienternas behandlingspanorama förändras 345
6.7.10 Tandvårdskostnaden skiljer sig stort mellan patienter 353
6.7.11 Vilka tar del av det statliga högkostnadsskyddet? 359
6.7.12 Patienternas kännedom om ATB 364
6.7.13 Patienternas nyttjande av STB 368
6.7.14 Felaktiga utbetalningar i det statliga tandvårdsstödet 372

6.8 Patienter med abonnemangstandvård 373
6.8.1 Abonnemangstandvården ökar i omfattning 374
6.8.2 Unga kvinnor är mest benägna att ingå avtal om abonnemangstandvård 374
6.8.3 Regionerna tillämpar modellen i varierande grad 376
6.8.4 Abonnemangstandvård är mindre vanligt i socioekonomiskt utsatta grupper 377
6.8.5 Låg sjukdomsrisk bland patienter med abonnemang 379

6.9 Patienter inom särskilt tandvårdsstöd 380
6.9.1 Patienter inom oralkirurgiska åtgärder 382
6.9.2 Patienter inom nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet 382
6.9.3 Patienter med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning 385
6.9.4 Patienter med tandvård som led i sjukdomsbehandling 389
6.9.5 Personer med särskilt stöd besöker tandvården oftare 390
6.9.6 Tandvård för extremt tandvårdsrädda personer och utbyte av tandfyllningar 392
6.9.7 Behandlingspanoramat för patienter med mer långvarigt särskilt stöd 392
6.9.8 Kostnad per patient inom det särskilda tandvårdsstödet 395

6.10 Patienter som erbjuds sådan tandvård som inte kan anstå ... 397

6.11 De som inte besöker tandvården ... 399
6.11.1 En av tio vuxna har inte besökt tandvården på tio år ... 399
6.11.2 Grupper med sämre tandhälsa är överrepresenterade bland de som inte nyttjar tandvårdsstödet ... 401
6.11.3 Personer som uppger att de inte besöker tandvården trots behov ... 403

6.12 Prisutveckling på tandvårdsmarkanden ... 404
6.12.1 Ersättning till vårdgivare för tandvård till barn och unga vuxna ... 404
6.12.2 Utvecklingen av vårdgivarpriserna i det statliga tandvårdsstödet ... 407
6.12.3 Höjt ATB minskade patienternas kostnadsandel ... 416
6.12.4 Kostnader enligt statistiken och de kostnader som inte syns ... 417

6.13 Svensk tandvård i ett internationellt perspektiv ... 419

7 Förutsättningar för vårdgivare, medarbetare och patienter i tandvården ... 423

7.1 Tandvårdens uppdrag och ansvar ... 424
7.1.1 En god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen ... 424
7.1.2 Etiska principer inom tandvård ... 426
7.1.3 Regionala variationer i samverkan mellan offentlig och privat verksamhet ... 430
7.1.4 Utveckla arbetet med förebyggande insatser utanför klinikerna ... 435
7.1.5 Regionens ansvar för invånarnas tillgång till tandvård ... 437
7.1.6 Folktandvårdens särskilda ansvar för barn och unga vuxna ... 439
7.1.7 Folktandvårdens särskilda ansvar för specialisttandvården ... 440
7.1.8 Patientens behov av information ... 442

7.2 Tandvårdsmarknadens villkor 448
7.2.1 Den tudelade tandvårdsmarknaden 448
7.2.2 Olika ersättningsmodeller påverkar intresset och vilken tandvård som erbjuds 453
7.2.3 Regionens beslut påverkar förutsättningarna för all tandvård som utförs i regionen 460
7.2.4 Att jämföra pris och kvalitet 465
7.2.5 Prissättningens betydelse för en jämlik tandvård 472

7.3 Tandvårdens medarbetare 480
7.3.1 Några övergripande iakttagelser 480
7.3.2 Tandvården upplever personalbrist trots att behandlarna är fler 482
7.3.3 Inte påtagligt färre behandlare i de mest glesbefolkade länen – och inte heller större vårdtyngd 484
7.3.4 Kompetensförsörjningsproblemen kräver en förändrad organisation och nya arbetssätt 487
7.3.5 Tandvården bör ges möjlighet att medverka i initiativ på kompetensförsörjningsområdet 493
7.3.6 Ökad digitalisering kan fortsätta att bidra till ökad resurseffektivitet 495
7.3.7 Bristande samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård trots lagreglerat ansvar och goda juridiska förutsättningar 496
7.3.8 Bristande kvalitetsuppföljning utgör ett hinder för jämlik tandvård 498
7.3.9 Andra förutsättningar för kvalitetsutveckling och kunskapsstyrning i tandvården än i hälso- och sjukvården 501
7.3.10 Bristfälliga kunskaper om tandvårdssystemet och om journalsystemens uppbyggnad 504

7.4 Bedömningar och förslag 507
7.4.1 Inför etiska principer för tandvårdens prioriteringar 507
7.4.2 Inför principer för den offentligt finansierade tandvårdens organisering 516

7.4.3 Privata vårdgivare ska vid anmodan samverka med regionen i planeringen av tandvården 521
7.4.4 Tandvård ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet 524
7.4.5 Tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras 527
7.4.6 Vårdgivarens ansvar för information till patienten tydliggörs 530
7.4.7 Behandlarens tillvägagångssätt vid tillämpning av det statliga tandvårdsstödet tydliggörs 539
7.4.8 Regionen och inte folktandvården ska ansvara för tandvård för barn och unga vuxna samt specialisttandvård för vuxna 540
7.4.9 Avgifter vid uteblivande samt ersättning för tandvård som inte är regionens ansvar 541

8 Barn och unga vuxna 545

8.1 Höjd åldersgräns för tandvård till barn och unga vuxna innebär ett större åtagande för regionerna 546

8.2 Andra förutsättningar för datainsamling om barns och unga vuxnas tandvård och tandhälsa 547
8.2.1 Bristfälliga nationella data om annan oral ohälsa än karies hos barn och unga vuxna 547
8.2.2 Bristfällig kunskap om vilken tandvård som barn och unga vuxna får 548

8.3 Bättre tandhälsa bland barn men alltjämt kvarstår skillnader mellan grupper 550
8.3.1 Tandhälsan bland barn har förbättrats under lång tid 550
8.3.2 Indikationer på ökad ojämlikhet i yngre barns tandhälsa 551
8.3.3 Familjens socioekonomiska situation har betydelse för tandhälsan bland barn och unga vuxna 551

8.4 Unga vuxna mellan 20 och 23 år gör fler besök i tandvården efter den höjda åldersgränsen 553

8.5 Barn och unga vuxna som uteblir från tandvården 554

8.6 Regionala skillnader i tandvård till barn och unga vuxna ... 556
8.6.1 Innebörden av tandvård som är nödvändig för att uppnå ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat 556
8.6.2 Regionerna tillämpar olika revisionsintervall..... 557
8.6.3 Förebyggande insatser ser olika ut över landet ... 559
8.6.4 Utredningens sammanfattande bedömning..... 560

8.7 Tandvård till barn och unga vuxna som är folkbokförda i en annan region 560
8.7.1 Ungefär 10 procent är inte skrivna på sin studieort 562
8.7.2 Problemen med utomlänstandvård har aktualiserats av den höjda åldersgränsen för avgiftsfri tandvård..... 563

8.8 Avgiftsfri tandvård till unga vuxna – några sammanfattande iakttagelser 563
8.8.1 Positiv utveckling av tandhälsan bland unga vuxna 563
8.8.2 Effekter av höjd åldersgräns för avgiftsfri tandvård..... 564
8.8.3 Fler besök i tandvården efter reformen – men finns det ett behov?..... 565
8.8.4 Den höjda åldersgränsen har påverkat regionernas organisering av tandvården..... 566
8.8.5 Systematisk riskgruppering kan bidra till en effektivare fördelning av tandvårdens resurser.... 566

8.9 Bedömningar och förslag..... 568
8.9.1 Avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna ska erbjudas till och med det år de fyller 19 år..... 568
8.9.2 Riskbedömning av barn och unga vuxna..... 571
8.9.3 Data om barn och unga vuxnas tandhälsa och tandvård till tandhälsoregistret..... 573
8.9.4 Nationella riktlinjer bör omfatta barn och unga vuxna 577

9 Vuxna utan särskilda behov 579

9.1 Analys 579
9.1.1 Vuxnas tandhälsa förbättras – men skillnaderna mellan grupper kvarstår 580
9.1.2 Både lägre besöksfrekvens och sämre tandhälsa bland personer med svag socioekonomisk position 581
9.1.3 Besöksfrekvens och konsumtionsmönster återspeglar inte fullt ut befolkningens behov 582
9.1.4 Inga betydande könsskillnader i tandhälsa – men kvinnor konsumerar mer tandvård än män 584
9.1.5 Fler besöker endast tandvården akut 585
9.1.6 Äldre konsumerar mer tandvård än yngre – och har sämre tandhälsa 586
9.1.7 Skyddet mot höga kostnader har en omfördelande effekt mellan inkomstgrupper 587
9.1.8 ATB har en begränsad stimulerande effekt för förebyggande och regelbunden tandvård 588
9.1.9 Flera samverkande faktorer bakom beslut att avstå tandvård 589
9.1.10 Abonnemangstandvårdens grundprinciper viktiga att bibehålla och utveckla 591
9.1.11 Tendens till överkonsumtion av basundersökningar 591
9.1.12 Målen i 2008 års tandvårdsreform alltjämt ändamålsenliga för att nå ett mer jämlikt tandvårdssystem 594

9.2 Bedömningar och förslag 595
9.2.1 Enhetlig individuell riskbedömning 595
9.2.2 Tandhälsoplan ska ersätta ATB, STB och undersökningsprotokoll 600
9.2.3 Tandhälsoplan, behandlingsplan och annan information om utförd tandvård ska tillgängliggöras via e-tjänsten Mina sidor 630
9.2.4 Försäkringskassan ska kontrollera att patienten erbjuds tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan 634

9.2.5 Patienter kan stödja Försäkringskassan i arbetet med att stävja fusk och bedrägerier 639
9.2.6 Myndigheters ansvar för utveckling, reglering och implementering av reformerna 639

10 Vuxna med särskilda behov..... 645

10.1 Funktionsnedsättning påverkar såväl upplevd som faktisk tandhälsa negativt 646

10.2 Personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning konsumerar mer tandvård..... 647

10.3 Analys av brister och tillämpningsproblem med dagens särskilda tandvårdsstöd samt särskilt tandvårdsbidrag 648
10.3.1 Patienten saknar kunskap om de särskilda tandvårdsstöden som dessutom är svåra att förstå..... 649
10.3.2 Systemet är komplext och saknar detaljerade regler vilket ger variationer mellan regionerna 651
10.3.3 Det vetenskapliga stödet för vilka grupper som har särskilda behov är bristfälligt..... 652
10.3.4 Bristande kunskap om patientgruppers behov kan medföra felaktig exkludering eller inkludering 653
10.3.5 Glappet mellan regionalt och statligt tandvårdsstöd..... 654
10.3.6 Tillämpningssvårigheter inom respektive regionalt särskilt stöd 655
10.3.7 Regionernas erfarenheter behöver tillvaratas..... 672

10.4 Principiella utgångspunkter för ett reformerat selektivt stöd 673
10.4.1 Utredningens överväganden 676
10.4.2 Att skapa ett selektivt stöd som når avsedda patienter och som är lättare att tillämpa och följa upp 680
10.4.3 Målgrupp för selektivt stöd..... 682
10.4.4 Sköra äldre med ännu inte identifierat omsorgsbehov..... 685

10.5 Förslag om ett nytt selektivt tandvårdsstöd som en del av det statliga tandvårdsstödet 686
10.5.1 Skäl till förslaget om ett nytt selektivt stöd som en del av det statliga tandvårdsstödet 688
10.5.2 Bedömning av möjliga nackdelar med förslaget 693
10.5.3 Sammanvägd bedömning avseende ett förändrat huvudmannaskap 697
10.5.4 Myndigheternas ansvar för utveckling, reglering och administration..... 699
10.5.5 Hur det statliga tandvårdsstödet ska fungera för patienter i behov av selektivt stöd..... 706
10.5.6 Patienter som är 85 år och äldre ska omfattas av samma regler om patientavgift inom selektivt stöd 711
10.5.7 Bättre förutsättningar för att ett selektivt tandvårdsstöd ska nå avsedda patienter 712
10.5.8 Bättre förutsättningar för ökad kännedom om selektivt tandvårdsstöd 716
10.5.9 Bättre förutsättningar för enkel tillämpning och uppföljning med en minskad administrativ börda 719
10.5.10 Fortsatt fast åtgärdsersättning till vårdgivaren för patienter med selektivt stöd 723

10.6 Ett selektivt stöd för basal tandvård under lång tid 726
10.6.1 Målgrupp för ett långvarigt stöd för basal tandvård 728
10.6.2 Tillvägagångssätt för att få tillhörighet till långvarigt stöd för basal tandvård 730
10.6.3 Regler för tillämpning..... 746
10.6.4 Tandvård som omfattas av basal tandvård för lång tid 748

10.7 Uppsökande verksamhet upphör 751
10.7.1 Regionens ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet ska upphöra..... 753

10.8 Ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid 756
10.8.1 Målgrupp för stöd för viss behandling, under viss tid 759
10.8.2 Tillvägagångssätt för att pröva tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid 764
10.8.3 Regler för tillämpning 766
10.8.4 Tandvård som omfattas av selektivt stöd för viss behandling under viss tid 769

10.9 Särskilt tandvårdbidrag upphör 773

10.10 Regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov 775
10.10.1 Målgrupp för regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården 780
10.10.2 Regler för tillämpning 788
10.10.3 Behandlingar som omfattas 791
10.10.4 Nationella data om vad som utförts 796

10.11 Fördelning av patienter med särskilda behov – en jämförelse mellan nuvarande system och utredningens förslag 798

11 Alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd 805

11.1 Utredningens bedömning av förutsättningarna att utföra tilläggsuppdraget 805
11.1.1 Kommittéförordningens finansieringskrav 806
11.1.2 Nuvarande reglering av skyddet mot höga kostnader 807
11.1.3 Utredningens tids- och resursmässiga förutsättningar 809

11.2 Ett högkostnadsskydd mer likt hälso- och sjukvårdens system – vad betyder det? 809
11.2.1 Tandhälsa i det folkhälsopolitiska arbetet 812
11.2.2 Allmänt om nuvarande högkostnadsskydd 813
11.2.3 Om dynamiska effekter 816

11.2.4 Alternativa modeller för ett nytt eller justerat högkostnadsskydd ... 817
11.2.5 Fasta beloppsgränser eller indexering ... 841
11.2.6 Alternativ till ett statligt högkostnadsskydd – kompletterande beräkningar och diskussion ... 843

12 Kostnadsberäkningar, finansieringsförslag och övriga konsekvenser ... 853

12.1 Förutsättningar för beräkningarna ... 854
12.1.1 FASIT som underlag för beräkningar av kostnader i det statliga tandvårdsstödet ... 855
12.1.2 Antaganden för beräkningar av kostnader för det nya selektiva tandvårdsstödet ... 857
12.1.3 Beräkning av framtida tandvårdskostnader givet ett oförändrat regelverk ... 859
12.1.4 Två beräkningsmetoder för uppskattning av kostnader för vissa reformer ... 860
12.1.5 Osäkerhet i kostnadsberäkningarna ... 862

12.2 Kostnadsberäkningar och ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag ... 863
12.2.1 Sammanfattning av de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag ... 865
12.2.2 Totala effekter av införandet av tandhälsoplan ... 866
12.2.3 Totala effekter av nytt statligt selektivt tandvårdsstöd ... 867
12.2.4 Totala effekter av generellt statligt tandvårdsstöd till personer 20 år och äldre ... 870
12.2.5 Ekonomiska konsekvenser för staten ... 872
12.2.6 Ekonomiska konsekvenser för regionerna ... 873
12.2.7 Ekonomiska konsekvenser för patienter med generellt statligt tandvårdsstöd ... 874
12.2.8 Ekonomiska konsekvenser för patienter med selektivt statligt tandvårdsstöd ... 885
12.2.9 Konsekvenser för vårdgivare inom det generella statliga tandvårdsstödet ... 891
12.2.10 Konsekvenser för vårdgivare inom det selektiva statliga tandvårdsstödet ... 896
12.2.11 Konsekvenser i övrigt ... 897

12.3 Om dynamiska effekter ... 898
12.3.1 Hur beräknas en dynamisk effekt ... 898
12.3.2 Utredningens förslag har såväl statiska som dynamiska effekter ... 899
12.3.3 Vad är en önskvärd effekt? ... 899
12.3.4 Erfarenheter från tidigare tandvårdsreformer visar på svårigheten att skatta dynamiska effekter ... 900
12.3.5 Dynamiska effekter och FASIT ... 903
12.3.6 Faktorer som verkar i kostnadsdämpande riktning ... 903
12.3.7 Faktorer som verkar i kostnadsdrivande riktning ... 907
12.3.8 Effekten av fler besökare i det generella statliga tandvårdsstödet ... 908

12.4 Konsekvenser för utvecklings- och driftskostnader ... 910
12.4.1 Konsekvenser för myndigheter och regioner ... 910

12.5 Finansieringsförslag ... 912

12.6 Övriga konsekvensanalyser ... 916
12.6.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 916
12.6.2 Konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet ... 917
12.6.3 Konsekvenser för sysselsättning och service i olika delar av landet ... 918
12.6.4 Konsekvenser för små företag ... 918
12.6.5 Konsekvensen för jämställdheten mellan kvinnor och män ... 919
12.6.6 EU-rättsliga konsekvenser ... 921
12.6.7 Konsekvenser för att nå det integrationspolitiska målet ... 923

13 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser ... 925

13.1 Ikraftträdande ... 925

13.2 Övergångsbestämmelser ... 926
13.2.1 Sänkt åldersgräns för barn- och ungdomstandvård ... 928

13.2.2 Allmänt tandvårdsbidrag upphör 928
13.2.3 Särskilt tandvårdsbidrag upphör 929
13.2.4 Övergång från regionalt särskilt tandvårdsstöd till statligt selektivt stöd 930

14 Författningskommentar 935

14.1 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) 935

14.2 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) 943

14.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd..... 950

14.4 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 972

14.5 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 973

Särskilt yttrande..... 975

Referenser..... 979

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2018:16..... 993

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2020:1.....1011

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2020:115.....1017

Bilaga 4 Selektivt stöd för basal tandvård under lång tid 1019

Bilaga 5 Selektivt stöd för viss behandling under viss tid 1049

Bilaga 6 Regionalt tandvårdsstöd för vuxna i samverkan med hälso- och sjukvården 1089

Bilaga 7 Underlag för beräkning av differentierade subventioner..... 1119

Sammanfattning

Svensk tandhälsa och det svenska tandvårdssystemet – nuläge och utveckling

Tandhälsan allt bättre på befolkningsnivå

Tandhälsan i Sverige har förbättrats markant under de senaste ett-hundra 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.

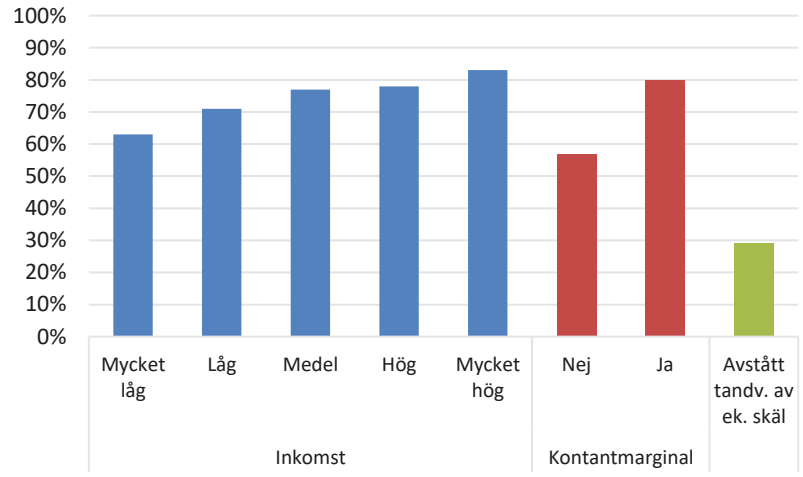
Det finns en trend mot att äldre har allt fler egna tänder kvar högre upp i åldrarna. Detta är något som förändrar vård- och behandlingsbehovet.

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.

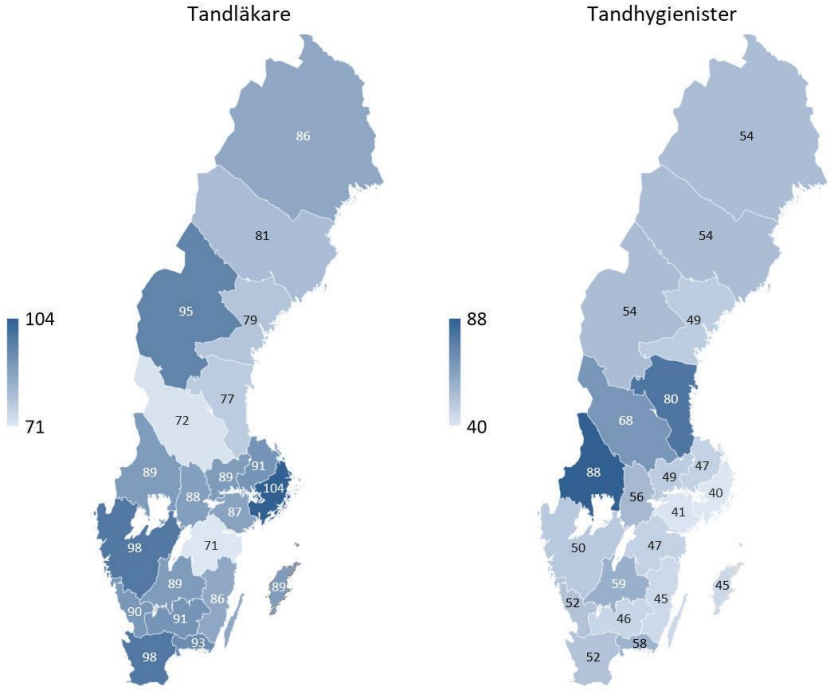
Tandläkarkåren blir allt äldre – och samtidigt allt yngre. Unga mindre erfarna tandläkare producerar i snitt 10–25 procent mindre tandvård än äldre mer erfarna, vilket betyder att för varje tandläkare som går i pension behövs mer än en nyexaminerad tandläkare för att bibehålla tandvårdens kapacitet. 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



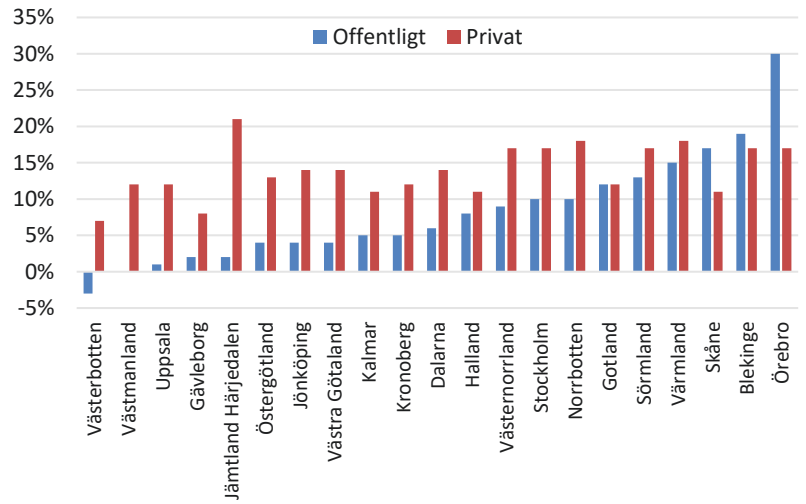
Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

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

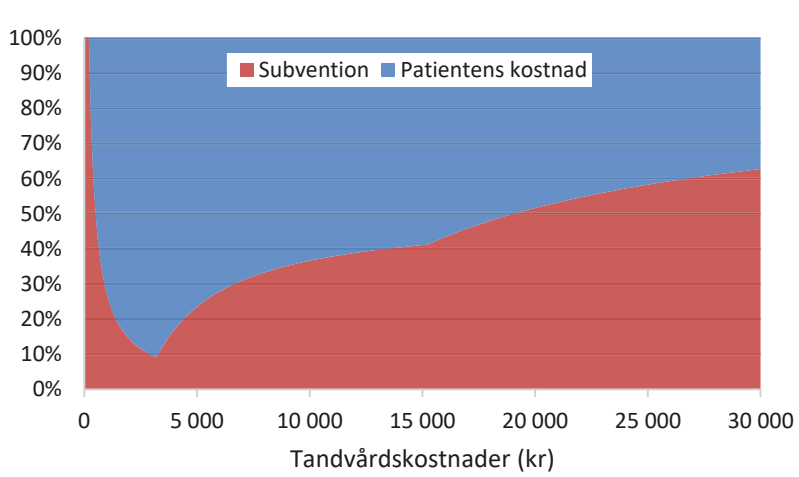
När det gäller besöksmönster är trenden en långsamt minskande besöksfrekvens på befolkningsnivå. Det finns också betydande regionala skillnader. Besöksfrekvensen är generellt lägre i glesbygdslän samt i socioekonomiskt utsatta storstadsområden. Av personer med mycket låga inkomster besökte endast 52 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**



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.

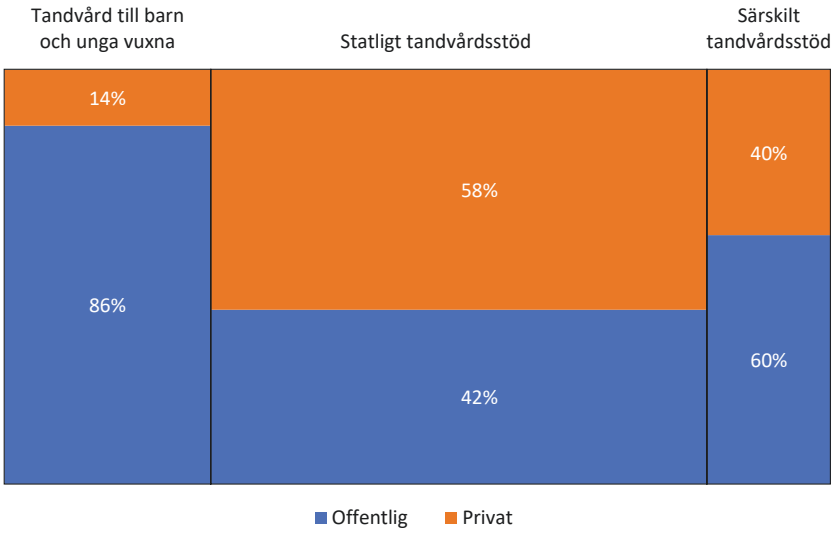
Den tudelade tandvårdsmarknaden tillvaratar inte tandvårdens hela potential

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.

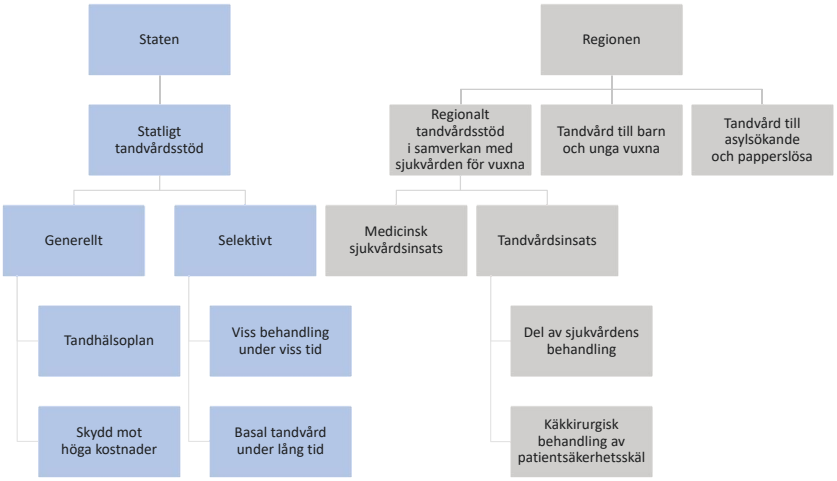
- Den behandling som utförs inom regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård.
- Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att stödja regionerna med att ta fram nationella kunskapsunderlag för en mer enhetlig vård och behandling.

Finansiering och genomförande av föreslagna reformer

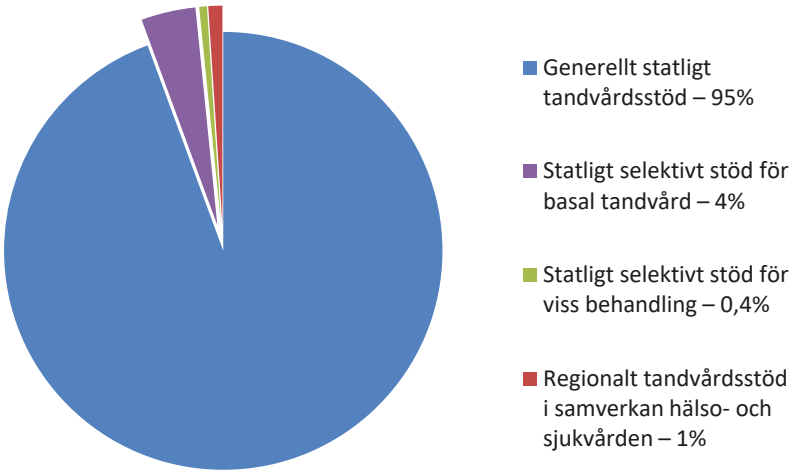
- Utredningens förslag är avvägda så att de kan finansieras inom ramen för tandvårdssystemets nuvarande resurser. Med tandvårdssystemets nuvarande resurser avses de statliga och regionala resurser som i dag avsätts för tandvård samt det patienterna betalar.
- Kostnader för förändrad åldersgräns för avgiftsfri 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.

1 Författningsförslag

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

Härigenom föreskrivs i fråga om tandvårdslagen (1985:125)

dels att nuvarande 3 c § ska betecknas 3 e §,

dels att 2, 3, 3 b, 4, 5 och 7 §§ och rubriken närmast före 2 § ska ha följande lydelse,

dels att rubriken närmast efter 4 b § ska lyda ”Regionernas organisation, planering och ansvar att erbjuda tandvård”,

dels att det ska införas tre nya paragrafer 3 c, 3 d och 16 b §§, och närmast före 16 b § en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
Mål för tandvården	**Mål *och principer* för tandvården**
	2 §
Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.	
	Tandvården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till vården.

3 §[1]

Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär att den ska

1. vara av god kvalitet med en god hygienisk standard *och* lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,

2. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

3. vara lätt tillgänglig,

4. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet,

5. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Akuta fall ska behandlas med förtur.

1. vara av god kvalitet *och stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet*, med en god hygienisk standard,

2. lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder,

3. tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen,

4. vara lätt tillgänglig,

5. bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet, *och*

6. främja goda kontakter mellan patienten och tandvårdspersonalen.

Tandvårdsverksamhet som helt eller delvis är offentligt finansierad ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

När tandvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas.

Bestämmelser om skyldighet att anmäla till socialnämnden att ett barn kan behöva nämndens skydd finns i 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

3 b §[2]

Patienten ska få information om sitt tandhälsotillstånd *och om* de *behandlingsmetoder* som *står till buds.*

Patienten ska få information om

1. sitt tandhälsotillstånd,

2. metoder för att förebygga sjukdom eller skada,

[1] Senaste lydelse 2014:823.
[2] Senaste lydelse 2014:823.

3. de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning,

4. möjliga metoder för undersökning, vård och behandling,

5. vid vilken tidpunkt undersökning, vård och behandling kan förväntas,

6. det förväntade vård- och behandlingsförloppet,

7. väsentliga risker för komplikationer och biverkningar,

8. behov av eftervård,

9. vilka garantier som vårdgivaren lämnar för behandlingen, och

10. vilket tandvårdsstöd som patienten kan vara berättigad till och i stort hur stödet fungerar.

Innan en undersökning eller behandling påbörjas ska patienten få information om kostnaden för åtgärden. Om en följd av behandlingar behövs ska patienten få information om de beräknade sammanlagda kostnaderna för behandlingarna. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras ska patienten få information om detta och om anledningen till ändringen.

Vårdgivaren är skyldig att på begäran av patienten överlämna ett intyg med uppgifter om vilka material som använts vid protetiska arbeten och andra behandlingar som syftat till att permanent ersätta förlorad vävnad.

När patienten är ett barn ska även patientens vårdnadshavare få information enligt första stycket. Informationen får inte lämnas om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

3 c §

Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga bakgrund och andra individuella förutsättningar. Mottagarens önskan om att avstå från information ska respekteras.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

Informationen ska lämnas skriftligen om det behövs med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar eller om mottagaren ber om det.

3 d §

När patienten är ett barn ska även patientens vårdnadshavare få information i enlighet med 3 b och 3 c §§.

Om informationen inte kan lämnas till en patient, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående till honom eller henne

Informationen får inte lämnas om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta.

4 §[3]

Vårdgivaren får ta ut ersättning för undersökning och *tandbehandling*. Ersättningen ska vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. I 15 a § finns särskilda bestämmelser om avgifter.

Innan en undersökning eller viss behandling påbörjas ska vårdgivaren upplysa patienten om kostnaden för åtgärden. Om en följd av behandlingar behövs ska vårdgivaren upplysa patienten om de beräknade sammanlagda kostnaderna för behandlingarna. Om förutsättningarna för behandlingsförslaget eller kostnadsberäkningen ändras ska patienten upplysas om detta och om anledningen till ändringen.

Vårdgivaren är skyldig att på begäran av patienten ge honom eller henne ett intyg med uppgifter om vilka material som använts vid protetiska arbeten och andra behandlingar som syftat till att permanent ersätta förlorad vävnad.

Vårdgivaren får ta ut ersättning för undersökning och *tandvårdsbehandling*. Ersättningen ska vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. I 15 a § finns särskilda bestämmelser om avgifter.

5 §[4]

Varje region ska erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta inom regionen. Detsamma gäller dem som har skyddad folkbokföring enligt 16 § folkbokföringslagen (1991:481) och stadigvarande vistas inom regionen. Även i övrigt ska regionen verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Tandvård som regionen själv bedriver benämns i denna lag folktandvård.

[3] Senaste lydelse 2011:1188.
[4] Senaste lydelse 2019:860.

En region ska organisera folktandvården så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt.

Vad som i denna lag sägs om regioner gäller också kommuner som inte ingår i en region.

En region får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen *och dess folktandvård* ansvarar för enligt denna lag. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

En region får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen ansvarar för enligt denna lag. Uppgifter som innefattar myndighetsutövning får dock inte med stöd av denna bestämmelse överlämnas till en juridisk person eller en enskild individ.

7 §[5]

Folktandvården ska *svara* för

Regionen ska *ansvara* för

1. regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 23 år,
2. specialisttandvård för personer från och med det år då de fyller 24 år, och
3. övrig tandvård för personer från och med det år då de fyller 24 år i den omfattning som regionen bedömer lämplig.

Samverkan

16 b §

Vårdgivare ska på regionens initiativ samverka i frågor som rör regionens planering och utveckling av tandvården.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

[5] Senaste lydelse 2019:860.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om tandvårdslagen (1985:125)

dels att 8 a § ska upphöra att gälla,

dels att 4, 7, 15 a–15 c och 17 §§ och rubrikerna närmast före 15 a och 15 b §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas en ny paragraf 8 b §, av följande lydelse.

Lydelse enligt 1.1	*Föreslagen lydelse*
	4 §[6]
Vårdgivaren får ta ut ersättning för undersökning och tandvårdsbehandling. Ersättningen ska vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. *I 15 a § finns särskilda bestämmelser om avgifter.*	Vårdgivaren får ta ut ersättning för undersökning och tandvårdsbehandling. Ersättningen ska vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt.
	Den fria prissättningen gäller inte vid:
	1. Tandvård enligt 2 kap. 1 och 7 §§ lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd där i stället den ersättning som lämnas samt den avgift som vårdgivaren får ta ut av patienten fastställs särskilt.
	2. Tandvård som regionen ansvarar för enligt 7 § 1 och 3 där i stället den ersättning som lämnas framgår av 15 b § samt den avgift som vårdgivaren får ta ut av patienten fastställs i enlighet med 15 a §.

[6] Senaste lydelse 2022:000.

7 §[7]

Regionen ska ansvara för	
1. regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller *23* år,	1. regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller *19* år,
2. specialisttandvård för *personer från och med det år då de fyller 24 år, och*	2. specialisttandvård för *vuxna*,
	3. ett regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov enligt 8 b §, och
3. övrig tandvård för *personer från och med det år då de fyller 24 år* i den omfattning som regionen bedömer lämplig.	*4.* övrig tandvård för *vuxna* i den omfattning som regionen bedömer lämplig.
Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	8 b §
	Ett regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården ska omhänderta vuxna patienter med särskilda behov av
	1. medicinsk sjukvårdsinsats för att kunna genomgå tandvårdsbehandling,
	2. tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling, och
	3. käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska eller tekniska resurser.
	Regeringen får meddela föreskrifter om vilka behandlingar som omfattas och övriga förutsättningar.

[7] Senaste lydelse 2022:000.

Avgifter	Avgifter *och ersättning från patienten*
	15 a §[8]
Tandvård som avses i 7 § 1 ska vara avgiftsfri för patienten. Uppkommer kostnader med anledning av att patienten uteblivit från avtalat tandvårdsbesök, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som *regionen* bestämmer. *Regionen får också ta ut avgift,* om patienten på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.	Tandvård som avses i 7 § 1 ska vara avgiftsfri för patienten. Uppkommer kostnader med anledning av att patienten uteblivit från avtalat tandvårdsbesök, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som *regionfullmäktige* bestämmer. *Ersättning får även tas ut* om patienten på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. *När sådan tandvård utförs inom folktandvård får ersättning tas ut enligt grunder som regionfullmäktige bestämmer.*
Avgiften tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när	Avgiften *alternativt ersättningen* tas ut av patientens förmyndare om patienten är under 18 år när
1. vården ges, eller 2. patienten uteblir från ett avtalat besök.	
Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften.	Om det finns flera förmyndare svarar de solidariskt för avgiften. *Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.*
Om det finns särskilda skäl får avgiften tas ut av den underårige.	

[8] Senaste lydelse 2019:860.

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § 2 och *3* får *regionen* ta ut *vårdavgifter* enligt grunder som regionfullmäktige bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

Vid tandvård som avses i *8 a § samt vid undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser* gäller bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Patienten ska ha rätt att välja om sådan tandbehandling som avses i 8 a § ska utföras av folktandvården eller av en enskild näringsidkare, ett bolag eller en annan juridisk person vars vård kan berättiga till ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

När tandvård som avses i 7 § 2 och 4 utförs inom folktandvård får ersättning tas ut enligt grunder som regionfullmäktige bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.

När tandvård som avses i *7 § 3 utförs* gäller bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Ersättning

Ersättning *till vårdgivaren*

15 b §[9]

För tandvård enligt 8 *a § andra och tredje styckena* lämnar regionen ersättning till vårdgivaren *med belopp som motsvarar folktandvårdens priser för tandvård* om inte regionen kommer överens med vårdgivaren om något annat. Den patientavgift som patienten betalat ska räknas av från ersättningen.

För tandvård enligt 8 *b § första stycket 2 och 3* lämnar regionen ersättning till vårdgivaren *enligt grunder* som *regionfullmäktige bestämmer* om inte regionen kommer överens med vårdgivaren om något annat. Den patientavgift som patienten betalat ska räknas av från ersättningen.

[9] Senaste lydelse 2019:860.

För tandvård enligt 7 § 1 lämnar regionen ersättning till vårdgivaren enligt grunder som regionfullmäktige bestämmer, om inte regionen kommer överens med vårdgivaren om något annat.

15 c §[10]

Vårdgivaren ska, *när det gäller tandvård enligt 8 a § andra stycket och tredje stycke 2*, till Socialstyrelsen lämna uppgifter om *patientens tandhälsa och om* den tandvård som har utförts.

Vårdgivaren ska till Socialstyrelsen lämna uppgifter om den tandvård som har utförts *enligt 8 b § första stycket 2 och 3.*

17 §[11]

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om

1. uppsökande verksamhet enligt 8 a § första stycket,

2. de sjukdomar och funktionsnedsättningar som avses i 8 a § tredje stycket och om tandvård i övrigt enligt 8 a §,

3. undersökning för och utförande av oralkirurgisk behandling som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser,

4. vårdgivares uppgiftsskyldighet enligt 15 c §, och

5. behörighet till och villkor för anställningar inom folktandvården.

1. vårdgivares uppgiftsskyldighet enligt 15 c §, och

2. behörighet till och villkor för anställningar inom folktandvården.

---

1. Denna lag träder i kraft den 15 januari 2026.

2. Om behandling har påbörjats i enlighet med 7 § 1 före denna lags ikraftträdande, gäller äldre ersättningsbestämmelser för de tand-

[10] Senaste lydelse 2011:1188.
[11] Senaste lydelse 2011:1188.

vårdsåtgärder som omfattas av vårdbeslutet, till och med 31 december 2028, trots den nya lydelsen. Även vid sådana behandlingar som beslutats men inte påbörjats före ikraftträdandet på grund av kapacitetsbrist gäller äldre ersättningsbestämmelser tills dess behandling är slutförd.

3. Patienter som beviljats tillhörighet till regionalt särskilt tandvårdsstöd enligt 8 a § första stycket 2 ska från denna lags ikraftträdande i stället omfattas av 2 kap. 7 § andra stycket 2 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. För tandvårdsåtgärd som påbörjats före ikraftträdandet och sådana behandlingar som förhandsprövats och tillstyrkts före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandling är slutförd, dock längst till och med 31 december 2028.

4. Patienter som beviljats tillhörighet till regionalt särskilt tandvårdsstöd enligt 8 a § första stycket 1 eller tredje stycket 2 ska från denna lags ikraftträdande i stället omfattas av 2 kap. 7 § andra stycket 2 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd till och med 31 december 2028. Därefter ska prövning av fortsatt tillhörighet utförts enligt 2 kap. 7 § första stycket lagen om statligt tandvårdsstöd. För tandvårdsåtgärd som påbörjats före ikraftträdandet och sådana behandlingar som förhandsprövats och tillstyrkts före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandling är slutförd, dock längst till och med 31 december 2028.

5. En region ska på Försäkringskassans begäran lämna de uppgifter som krävs för att identifiera de patienter som är berättigade till tandvård enligt 8 a § första stycket och tredje stycket 2.

6. För patienter som fått tillstyrkt förhandsprövning för viss tandvårdsbehandling enligt 8 a § tredje stycket 1 före denna lags ikraftträdande gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandlingen är slutförd.

7. För patienter som fått oralkirurgiska åtgärder som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser, som framgår av 17 § 3, påbörjade före denna lags ikraftträdande gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandlingen är slutförd, dock längst till och med 31 december 2028.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

dels att rubriken närmast före 2 kap. 1 a § ska utgå,

dels att rubriken till 2 kap. ska lyda ”Tandvårdsersättning”,

dels att 1 kap. 1–4 och 6 §§, 2 kap. 1, 1 a, 2, 3 och 4–6 §§, 3 kap. 3 § och 4 kap. 1–3, 5 a och 6 §§ och rubrikerna närmast före 2 kap. 1, 2, 3 och 4 §§ ska ha följande lydelse,

dels att det ska införas sju nya paragrafer, 2 kap. 1 b, 1 c, 3 a och 7–10 §§, och närmast före 2 kap. 7 § en ny rubrik av följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 kap.	
1 §[12]	
Denna lag innehåller bestämmelser om ersättning till vårdgivare för utförd tandvård (statligt tandvårdsstöd).	
Statligt tandvårdsstöd lämnas i form av *allmänt tandvårdsbidrag*, *särskilt tandvårdsbidrag och* tandvårdsersättning.	Statligt tandvårdsstöd lämnas i form av tandvårdsersättning *för tandvård som omfattas av en tandhälsoplan*, *skyddet mot höga kostnader samt selektivt stöd för patienter med särskilda behov.*
2 §	
I denna lag avses med	
1. tandvård: åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan,	
2. vårdgivare: fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård.	
	3. patientavgift: patientens vårdavgift per besök för sådan tandvård som omfattas av en tandhälsoplan eller som utförs inom selektivt stöd för patienter med särskilda behov.

[12] Senaste lydelse 2011:1189.

	En patientavgift uppgår alltid till fastställt belopp.
3 §	
Försäkringskassan lämnar statligt tandvårdsstöd för	Försäkringskassan lämnar statligt tandvårdsstöd för *tandvård som patienten behöver i form av*
1. förebyggande tandvård, och	
2. tandvård *som patienten behöver och* som syftar till att åstadkomma	2. tandvård som syftar till att åstadkomma
– frihet från smärta och sjukdomar,	
– förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, eller	
– ett utseendemässigt godtagbart resultat.	
Tandvården ska syfta till att så långt möjligt bevara munnens vävnader. Behandlingens kvalitet och hållbarhet ska vägas mot kostnaderna.	
Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddelar föreskrifter om vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning enligt denna lag och under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas för åtgärderna (ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder).	
4 §[13]	
Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller *24* år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för personer till och med det år då de fyller *23* år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).	Statligt tandvårdsstöd får lämnas för tandvårdsåtgärder som slutförs från och med det år då patienten fyller *20* år. Bestämmelser om avgiftsfri tandvård för personer till och med det år då de fyller *19* år finns i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

[13] Senaste lydelse 2016:1287.

6 §

Statligt tandvårdsstöd får inte lämnas för sådan tandvård som avses i *15 a § sjätte stycket* tandvårdslagen (1985:125).

Statligt tandvårdsstöd får inte lämnas för sådan tandvård som avses i *8 b § första stycket 2 och 3* tandvårdslagen (1985:125).

2 kap.

Allmänt tandvårdsbidrag

1 §[14]

Allmänt tandvårdsbidrag får användas för betalning av ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder under en period av högst två år räknat från och med den 1 juli varje år, om patienten detta datum uppfyller kraven i 1 kap. 5 § 1 eller 2.

Varje bidrag får användas för betalning vid endast ett tillfälle.

Tandhälsoplan

En tandhälsoplan fastställs utifrån en bedömning av patientens risk

– att utveckla oralt sjukdomstillstånd, eller

– för progression av befintligt oralt sjukdomstillstånd.

Den tandvård som omfattas av en tandhälsoplan utförs till patientavgift. Även sådan undersökning som behövs för att påbörja en tandhälsoplan utförs till patientavgift. Detsamma gäller sådan undersökning som behövs för att kunna bedöma och intyga en patients särskilda behov för prövning av tillhörighet till selektivt stöd.

I tandhälsoplanen fastställs vilka åtgärder som omfattas samt tidpunkt när dessa som tidigast kan utföras till patientavgift.

En patient med tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid enligt 7 § andra stycket 2 ges tandhälsoplan som en del av det selektiva stödet.

[14] Senaste lydelse 2011:1189.

1 a §[15]

Särskilt tandvårdsbidrag får användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder under två perioder om vardera högst sex månader varje år, räknat från och med den 1 januari respektive den 1 juli, om patienten

1. detta datum uppfyller kraven i 1 kap. 5 § 1 eller 2, och

2. när tandvårdsåtgärden påbörjas har en sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om de sjukdomar och funktionsnedsättningar som avses i första stycket 2.

För utförd tandvårdsåtgärd som omfattas av en tandhälsoplan lämnas ersättning. Ersättningen lämnas med fastställda priser. Den patientavgift som patienten betalat ska räknas av från ersättningen.

Ersättning för utförd tandvårdsåtgärd som omfattas av en tandhälsoplan inom selektivt stöd för basal tandvård lämnas enligt 9 §.

1 b §

En patient som inte påbörjat en tandhälsoplan ska av vårdgivare erbjudas sådan i samband med undersökning, vård eller behandling.

Skyldigheten att erbjuda tandhälsoplan gäller inte vid besök hos specialisttandläkare. Första stycket gäller inte heller vid akutbesök om patienten

1. har annan ordinarie tandvårdskontakt, eller

2. är boende i annan region.

[15] Senaste lydelse 2011:1189.

1 c §

Regeringen kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om patientavgiftens storlek vid utförande av tandvårdsåtgärder som omfattas av en tandhälsoplan.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning inom tandhälsoplan, under vilka förutsättningar som ersättning kan lämnas för åtgärderna (ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder) och den ersättning som fastställs per åtgärd som omfattas av en tandhälsoplan.

Gemensamma bestämmelser om tandvårdsbidrag

Abonnemangstandvård

2 §[16]

Tandvårdsbidrag får även användas för betalning enligt ett avtal om abonnemangstandvård, om avtalet innebär att vårdgivaren under en period av tre år till ett fast pris ska utföra den tandvård som patienten behöver i form av

Ett avtal om abonnemangstandvård får användas för en patients tandvård utöver tandhälsoplan om avtalet innebär att vårdgivaren under en period av tre år till ett fast pris ska utföra den tandvård som patienten behöver i form av

1. undersökningar och utredningar,
2. hälsofrämjande insatser,
3. behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, samt
4. reparativ vård.

Avtalet får även omfatta annan tandvård än som sägs i första stycket.

[16] Senaste lydelse 2011:1189.

Gemensamma bestämmelser om tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader och inom selektivt stöd för patienter med särskilda behov

3 §[17]

Regeringen meddelar föreskrifter om tandvårdsbidragens storlek.

Behandlande tandläkare eller tandhygienist fastställer patientens diagnos eller identifierar annat behov av behandling. Behandlingsbehovet ska omfattas av ett i tandvårdsstödet tillämpligt tillstånd för att berättiga till ersättning. Tillståndet anger vidare vilka tandvårdsåtgärder som omfattas och under vilka förutsättningar som dessa kan tillämpas för att behandla patienten.

Försäkringskassan kan vid en efterhandskontroll fastställa ett annat tillämpligt tillstånd, annan ersättningsberättigande åtgärd eller besluta att åtgärden inte varit ersättningsberättigande.

3 a §

En ersättningsperiod är ett år. Ersättningsperioden påbörjas när en första ersättningsberättigande åtgärd inom skyddet mot höga kostnader, selektivt stöd eller som omfattas av en tandhälsoplan har slutförts. Vårdgivaren kan på patientens begäran anmäla hos Försäkringskassan att en ny ersättningsperiod ska påbörjas innan den tidigare ersättningsperioden har löpt ut.

[17] Senaste lydelse 2011:1189.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om anmälan enligt första stycket samt om när en ny ersättningsperiod ska börja löpa.

Regeringen kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen vid extraordinära händelser i fredstid meddela sådana föreskrifter om beräkning av tandvårdsersättning som avviker från bestämmelserna om ersättningsperioder i första stycket.

Tandvårdsersättning	Tandvårdsersättning *inom skyddet mot höga kostnader*
4 §[18]	
För ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under en ersättningsperiod *om ett år*, lämnas tandvårdsersättning med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader, i den mån dessa överstiger det belopp som har fastställts enligt 6 § 1.	För ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under en ersättningsperiod, lämnas tandvårdsersättning med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader, i den mån dessa överstiger det belopp som har fastställts enligt 6 § 1.

Kostnaderna beräknas med utgångspunkt i referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder. Kostnaden för en utförd åtgärd får dock inte beräknas högre än ett belopp motsvarande vårdgivarens pris för åtgärden för den aktuella patienten.

Ersättningsperioden enligt första stycket påbörjas när en första ersättningsberättigande åtgärd har slutförts. Vårdgivaren kan på patientens begäran anmäla hos Försäkringskassan att en ny ersätt-

[18] Senaste lydelse 2020:712.

ningsperiod ska påbörjas innan den tidigare ersättningsperioden har löpt ut.	
Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om anmälan enligt tredje stycket samt om när en ny ersättningsperiod ska börja löpa.	
Regeringen kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen vid extraordinära händelser i fredstid meddela sådana föreskrifter om beräkning av tandvårdsersättning som avviker från bestämmelserna om ersättningsperioder i första och tredje styckena.	
	4 a §[19]
Vid beräkning av tandvårdsersättning enligt 4 § ska sådana kostnader för tandvård, läkemedel eller övriga vårdprodukter som lagts till grund för beslut om ersättning enligt 10 § lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet *medräknas*.	Vid beräkning av tandvårdsersättning enligt 4 § ska *följande kostnader medräknas*:
	1. Sådana kostnader för tandvård, läkemedel eller övriga vårdprodukter som lagts till grund för beslut om ersättning enligt 10 § lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Euro-

[19] Senaste lydelse 2013:517.

	peiska ekonomiska samarbetsområdet.
	2. Betalad patientavgift per besök inom tandhälsoplan enligt 1 § eller inom selektivt stöd enligt 8 § för patienter med särskilda behov.
5 §[20]	
Tandvårdsersättning får inte lämnas för sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård enligt *2* §.	Tandvårdsersättning *inom skyddet mot höga kostnader enligt 4 §* får inte lämnas för sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av *1.* ett avtal om abonnemangstandvård enligt *2* §, *2. tandhälsoplan enligt 1 §, eller* *3. selektivt stöd enligt 7 § om patienten har tillhörighet därtill.*
Tandvårdsersättning får inte heller lämnas för tandvårdsåtgärder till den del dessa betalas med tandvårdsbidrag.	
6 §[21]	
Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, *meddelar* föreskrifter om	Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, *kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela* föreskrifter om
1. vilket belopp som patientens sammanlagda tandvårdskostnader under ersättningsperioden ska överstiga för att tandvårdsersättning ska kunna lämnas,	1. vilket belopp som patientens sammanlagda tandvårdskostnader under ersättningsperioden ska överstiga för att tandvårdsersättning *enligt 4 §* ska kunna lämnas,

[20] Senaste lydelse 2011:1189.
[21] Senaste lydelse 2010:251.

2. med vilken andel av patientens sammanlagda kostnader överstigande beloppet enligt 1 som tandvårdsersättning ska lämnas, *samt*	2. med vilken andel av patientens sammanlagda kostnader överstigande beloppet enligt 1 som tandvårdsersättning ska lämnas,
3. referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder.	3. referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder, *samt*
	4. vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning enligt 4 § och under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas för åtgärderna (ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder).
	Tandvårdsersättning för patienter med särskilda behov
	7 §
	Selektivt tandvårdsstöd får lämnas om patienten med särskilda behov efter en prövning enligt 4 kap. 5 a § ges tillhörighet. Selektivt tandvårdsstöd får även lämnas för specialistundersökning inför prövning av patientens tillhörighet om så särskilt föreskrivs.
	Tillhörighet får ges för:
	1. viss behandling under viss tid, för en patient som på grund av viss allmänmedicinsk sjukdom, alternativt medfött eller förvärvat tillstånd, har ett specifikt odontologiskt tillstånd som påverkar funktionen att äta, tugga eller tala utan större hinder eller medför ett avvikande utseende.

2. basal tandvård under lång tid, för en patient som på grund av viss allmänmedicinsk sjukdom, alternativt medfött eller förvärvat tillstånd, har en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion som ger väsentligt försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling. Med medfött eller förvärvat tillstånd likställs ett omfattande vård- och omsorgsbehov.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om de allmänmedicinska sjukdomar, funktionsnedsättningar, medfödda eller förvärvade tillstånd som avses, vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning inom selektivt tandvårdsstöd, under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas för åtgärderna (ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder), när selektivt stöd kan lämnas för särskild prövning av patientens tillhörighet samt när förhandsprövning ska ske i andra fall än som avses i första stycket.

8 §

Den tandvård som omfattas av selektivt tandvårdsstöd utförs till patientavgift.

Regeringen kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om patientavgiftens storlek samt vad den totala kostnaden för patientavgifter vid

utförande av tandvårdsåtgärder som omfattas av selektivt stöd högst får uppgå till under en ersättningsperiod.

9 §

För utförd tandvård som omfattas av selektivt tandvårdsstöd lämnas tandvårdsersättning. Ersättningen lämnas i fastställda priser. Den patientavgift som patienten betalat ska räknas av från ersättningen.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om den tandvårdsersättning som fastställs per åtgärd som omfattas av selektivt tandvårdsstöd.

10 §

När en vårdgivare uppmärksammar att patienten har ett behov som kan ge tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid enligt 7 § andra stycket 1 ska vårdgivaren erbjuda att en prövning utförs, alternativt erbjuda remittering för specialistundersökning och prövning i enlighet med 7 § första stycket.

Detsamma gäller om vårdgivaren uppmärksammar att patient har ett behov som kan ge tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård under lång tid enligt 7 § andra stycket 2, under förutsättning att vårdgivaren får kännedom om patientens nedsatta

funktion, allmänmedicinska sjukdom eller annat medicinskt tillstånd som kan vara en förutsättning för stöd.

En sådan skyldighet gäller inte mottagning som endast utför akuttandvård.

3 kap.

3 §[22]

Vårdgivaren ska till Försäkringskassan lämna uppgifter om

1. utförd tandvård, *och*

2. innehållet i *ingångna* avtal om abonnemangstandvård enligt 2 kap. 2 § och om ett sådant avtal har upphört att gälla i förtid.

Vårdgivaren ska till Socialstyrelsen lämna uppgifter om *sina patienters* tandhälsa.

1. utförd tandvård,

2. innehållet i *ingånget* avtal om abonnemangstandvård enligt 2 kap. 2 § och om ett sådant avtal har upphört att gälla i förtid,

3. utförd riskbedömning samt patientens tandhälsoplan, eller uppgift om att tandhälsoplan inte fastställs,

4. underlag inför prövning om patienten har särskilda behov, och

5. skriftlig behandlingsplan till patienten vid mer omfattade behandling.

Vårdgivaren ska till Socialstyrelsen lämna uppgifter om *patientens* tandhälsa.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer får meddela föreskrifter om vårdgivarens uppgiftsskyldighet i förhållande till Försäkringskassan och Socialstyrelsen och om den information som vårdgivaren ska lämna till en patient.

[22] Senaste lydelse 2011:1189.

4 kap.

1 §

Försäkringskassan ska på begäran av en vårdgivare tillhandahålla de uppgifter som vårdgivaren behöver för att kunna beräkna en patients kostnad för tandvården.

Försäkringskassan ska på begäran av en vårdgivare tillhandahålla de uppgifter som vårdgivaren behöver för att kunna

1. beräkna en patients kostnad för tandvården,

2. behandla en patient med åtgärder som omfattas av en tandhälsoplan, och

3. stödja en patient inför prövning av selektivt stöd.

2 §[23]

Om en vårdgivare har fått ersättning enligt denna lag med ett för högt belopp, får Försäkringskassan kräva tillbaka den ersättning som felaktigt har betalats ut. Försäkringskassan får, i stället för att kräva återbetalning, räkna av beloppet från en annan fordran som vårdgivaren har på ersättning enligt denna lag.

Första stycket gäller inte särskilt tandvårdsbidrag, om vårdgivaren har haft skälig anledning att anta att patienten varit berättigad till sådant bidrag.

3 §

Försäkringskassan får kräva tillbaka den ersättning som har lämnats till en vårdgivare som har utfört en protetisk behandling som behöver göras om, under förutsättning att den nya behandlingen

1. inte är ersättningsberättigande enligt vad som anges i föreskrifter som meddelats med stöd av *1 kap. 3 § tredje stycket*, och

1. inte är ersättningsberättigande enligt vad som anges i föreskrifter som meddelats med stöd av *denna lag*, och

2. utförs av en annan vårdgivare än den som utförde den behandling som behöver göras om.

[23] Senaste lydelse 2011:1189.

Försäkringskassan får, i stället för att kräva återbetalning, räkna av beloppet från en annan fordran som vårdgivaren har på ersättning enligt denna lag.

Försäkringskassan får lämna ersättning till den vårdgivare som gör om behandlingen.

5 a §[24]

Försäkringskassan ska *på ansökan av en patient eller* en vårdgivare *göra* en förhandsprövning av om förutsättningarna för *särskilt tandvårdsbidrag enligt 2 kap. 1 a § första stycket 2* är uppfyllda.	Försäkringskassan ska *efter intygande om patients särskilda behov från en vårdgivare, hälso- och sjukvård alternativt en kommunal verksamhet, initiera och* göra en förhandsprövning av om förutsättningarna för *tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd enligt 2 kap. 7 §* är uppfyllda. *Beslut om patientens tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd ska fattas innan behandling påbörjas.* *Förhandsprövning av en behandling enligt vad som anges i föreskrifter som meddelats med stöd av 2 kap. 7 § tredje stycket ska göras innan behandling påbörjas.* *Första och andra stycket tillämpas med följande undantag:* *1. Om en åtgärd varit av sådan karaktär att det av odontologiska eller medicinska skäl varit nödvändigt att genomföra den utan att invänta en förhandsprövning för selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid, kan i stället förhandsprövning utföras när den nödvändiga åtgärden slutförts.*

[24] Senaste lydelse 2011:1189.

2. Om en särskild specialistundersökning ska utföras inför prövning av patientens tillhörighet enligt vad som anges i föreskrifter som meddelats med stöd av 2 kap. 7 § första och tredje stycket kan denna utföras med selektivt stöd.

6 §[25]

Försäkringskassan får besluta att en vårdgivare, för att kunna få ersättning för vissa tandvårdsåtgärder, i varje enskilt fall ska begära förhandsprövning hos Försäkringskassan, om

1. vårdgivaren i väsentlig utsträckning har åsidosatt bestämmelserna i denna lag, eller i föreskrifter som meddelats med stöd av lagen, om vårdgivares skyldigheter eller förutsättningarna för ersättning, och

2. det finns skäl att anta att vårdgivaren kommer att fortsätta att i väsentlig utsträckning åsidosätta bestämmelserna.

Ett beslut om förhandsprövning får gälla högst ett år. Beslutet får begränsas till att avse en viss behandlande tandläkare eller tandhygienist, en viss mottagning eller en viss åtgärd.

Ett *sådant* beslut om förhandsprövning får gälla högst ett år. Beslutet får begränsas till att avse en viss behandlande tandläkare eller tandhygienist, en viss mottagning eller en viss åtgärd.

---

1. Denna lag träder i kraft den 15 januari 2026.

2. Patienter som beviljats tillhörighet till regionalt särskilt tandvårdsstöd enligt 8 a § första stycket 2 tandvårdslagen (1985:125) ska från denna lags ikraftträdande i stället omfattas av selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård under lång tid enligt 2 kap. 7 § andra stycket 2. För tandvårdsåtgärd som påbörjats före ikraftträdandet och sådana behandlingar som förhandsprövats och tillstyrkts före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandlingen är slutförd, dock längst till och med 31 december 2028.

3. Patienter som beviljats tillhörighet till regionalt särskilt tandvårdsstöd enligt 8 a § första stycket 1 eller tredje stycket 2 tandvårdslagen (1985:125) ska från denna lags ikraftträdande i stället

[25] Senaste lydelse 2017:431.

omfattas av 2 kap. 7 § andra stycket 2 till och med 31 december 2028. Därefter ska prövning av fortsatt tillhörighet utförts enligt 2 kap. 7 § första stycket. För tandvårdsåtgärd som påbörjats före ikraftträdandet och sådana behandlingar som förhandsprövats och tillstyrkts före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandling är slutförd, dock längst till och med 31 december 2028.

4. För patienter som fått tillstyrkt förhandsprövning för viss tandvårdsbehandling enligt 8 a § tredje stycket 1 tandvårdslagen (1985:125) gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandlingen är slutförd.

5. För patienter som fått oralkirurgiska åtgärder som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser, som framgår av 17 § 3 tandvårdslagen (1985:125), påbörjade före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandlingen är slutförd, dock längst till och med 31 december 2028.

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

Härigenom föreskrivs att 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
	6 kap.
	6 §[26]
Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. patientlagen (2014:821).	Den som har ansvaret för hälso- och sjukvården av en patient ska se till att patienten och dennes närstående ges information enligt 3 kap. patientlagen (2014:821) *respektive 3 b–3 e §§ tandvårdslagen (1985:125)*.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2023.

[26] Senaste lydelse 2014:828.

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

Härigenom föreskrivs att 17 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
17 kap.	
6 §[27]	
För den enskilde får följande poster tillsammans under ett år, räknat från det första tillfälle då avgift betalats, uppgå till högst 0,025 prisbasbelopp enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, eller det lägre belopp som bestämts av regionen:	
1. vårdavgifter som avser öppen vård enligt denna lag i andra fall än som avses i 8 § första stycket 1,	
2. avgifter för förbrukningsartiklar som avses i 8 kap. 9 §, och	
3. avgifter för tandvård som avses i *8 a §* tandvårdslagen (1985:125).	3. avgifter för tandvård som avses i *8 b §* tandvårdslagen (1985:125).
Vid beräkning av avgiftsbefrielse enligt första stycket ska även sådana avdrag som har gjorts enligt 7 § andra stycket lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet medräknas.	

---

1. Denna lag träder i kraft den 15 januari 2026.

2. Patienter som beviljats tillhörighet till regionalt särskilt tandvårdsstöd enligt 8 a § tandvårdslagen (1985:125) ska, vad gäller sådan tandvårdsåtgärd som påbörjats före ikraftträdandet och där förhandsprövning inte krävs, alternativt för sådana behandlingar som förhandsprövats och tillstyrkts före ikraftträdandet, ges ersättning enligt äldre ersättningsbestämmelser till dess behandling är slutförd, dock längst till och med 31 december 2028.

[27] Senaste lydelse 2019:973.

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

Härigenom föreskrivs följande.

Förordningens tillämpningsområde

1 § I denna förordning finns bestämmelser om sådan tandvård som avses i 8 b § tandvårdslagen (1985:125) och som enligt 15 a § femte stycket samma lag ska omfattas av hälso- och sjukvårdslagens (2017:30) bestämmelser om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård.

Medicinsk sjukvårdsinsats för att genomgå tandvårdsbehandling

2 § Patienter i behov av stödjande sjukvårdsinsats på medicinsk indikation för att kunna genomgå en tandvårdsbehandling omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Med sådan sjukvårdsinsats avses:

1. Behandling av tandvårdsfobi.
2. Intravenös sedering eller narkos.
3. Medicinsk beredskap eller övervakning.

Tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling

3 § Tandvårdsinsats som utförs som en del av hälso- och sjukvårdens behandling omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Med sådan tandvårdsinsats avses patienter i behov av:

1. Odontologisk utredning och påföljande infektionssanering inför sjukvårdsbehandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav, samt temporär protes efter genomförd extraktion.

2. Odontologisk utredning och påföljande tandvårdsbehandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och dentalt material.

3. Odontologisk utredning som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion. Vid oral infektion som kan ha en livshotande påverkan ingår även påföljande tandvårdsbehandling av infektionen, samt temporär protes efter genomförd extraktion.

4. Understödjande slemhinnevård under intensiv sjukvårdsbehandling av allvarlig allmänsjukdom eller livshotande tillstånd.

5. Akut tandvård i slutskede av palliativ slutenvård.

6. Sömnapnéskena på medicinsk indikation.

7. Mertid som krävs vid tandvårdens medverkan i behandling enligt 2 § 1.

Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser

4 § En käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska eller tekniska resurser omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Sådan käkkirurgi kan omfatta:

1. Behandling av käkfraktur.
2. Behandling med rekonstruktiv kirurgi.
3. Annan käkkirurgisk behandling.

Prövning av behandlingsförslag

5 § Innan en vårdgivare inleder en behandling enligt 3 § ska behandlingsförslaget prövas av den region inom vars område patienten är bosatt.

Behandling kan, om åtgärden är av sådan karaktär att det av odontologiska eller medicinska skäl är nödvändigt att genomföra den utan att invänta en förhandsprövning, eller om det i övrigt finns särskilda skäl att påbörja åtgärden innan en förhandsprövning har gjorts, i stället anmälas så snart det är möjligt till regionen.

En region får besluta att en prövning inte krävs för vissa typer av behandlingar.

Vårdgivares upplysningsskyldighet

6 § En vårdgivare är på begäran av regionen skyldig att i ett ärende om prövning enligt 5 § eller för kontroll av debiterade åtgärder enligt 2–4 §§ lämna upplysningar samt visa patientjournal och övrigt material som rör undersökning eller behandling av en patient.

Vårdgivaren är också skyldig att på begäran av regionen för uppföljning och utvärdering lämna uppgifter om undersökning eller behandling enligt denna förordning.

Vårdgivares uppgiftsskyldighet

7 § Vårdgivaren ska efter utförd tandvård enligt 3 och 4 §§, till Socialstyrelsen lämna de uppgifter som avses i 4 § 1 och 4 förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

Bemyndiganden

8 § Socialstyrelsen får meddela föreskrifter om vårdgivares uppgiftsskyldighet enligt 15 c § tandvårdslagen.

Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om verkställigheten av tandvårdslagen och föreskrifter om verkställigheten av denna förordning.

---

1. Denna förordning träder i kraft den 15 januari 2026.

2. Genom förordningen upphävs tandvårdsförordningen (1998:1338).

3. Patienter som beviljats tillhörighet till regionalt särskilt tandvårdsstöd enligt 8 a § första stycket 2 tandvårdslagen (1985:125) ska från ikraftträdandet i stället omfattas av 2 kap. 7 § andra stycket 2 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. För tandvårdsåtgärd som påbörjats före ikraftträdandet och sådana behandlingar som förhandsprövats och tillstyrkts före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandling är slutförd, dock längst till och med 31 december 2028.

4. Patienter som beviljats tillhörighet till regionalt särskilt tandvårdsstöd enligt 8 a § första stycket 1 tandvårdslagen (1985:125), eller 3 a § tandvårdsförordningen (1998:1338), ska från ikraftträdandet i stället omfattas av 2 kap. 7 § andra stycket 2 lagen (2008:145)

om statligt tandvårdsstöd till och med 31 december 2028. Därefter ska prövning av fortsatt tillhörighet utförts enligt 2 kap. 7 § första stycket lagen om statligt tandvårdsstöd. För tandvårdsåtgärd som påbörjats före ikraftträdandet och sådana behandlingar som förhandsprövats och tillstyrkts före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandling är slutförd, dock längst till och med 31 december 2028.

5. För patienter som fått oralkirurgiska åtgärder som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser enligt 2 § tandvårdsförordningen (1998:1338) påbörjade före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandlingen är slutförd, dock längst till och med 31 december 2028.

6. För patienter som fått tillstyrkt förhandsprövning för viss tandvårdsbehandling enligt 3 § tandvårdsförordningen (1998:1338) före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandlingen är slutförd.

7. För patienter som fått tillstyrkt förhandsprövning för behandling enligt 4–7 §§ tandvårdsförordningen (1998:1338) före ikraftträdandet gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandlingen är slutförd.

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

Härigenom föreskrivs att 2 § förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m. ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 §[28]	
Särskilt statsbidrag till hälso- och sjukvården lämnas i enlighet med vad regeringen särskilt beslutar.	
Det särskilda bidraget innefattar även ersättning	
1. för rådgivning som lämnas i födelsekontrollerande syfte eller om abort eller sterilisering,	
2. för sådan oralkirurgisk behandling som avses i 2 § tandvårdsförordningen (1998:1338),	
3. för läkarundersökningar och utlåtanden som behövs för Försäkringskassans handläggning av försäkringsärenden,	*2.* för läkarundersökningar och utlåtanden som behövs för Försäkringskassans handläggning av försäkringsärenden,
5. för öppen sjukvård till personer som tjänstgör enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt eller är anhållna, häktade eller intagna vid kriminalvårdsanstalter,	*3.* för öppen sjukvård till personer som tjänstgör enligt lagen (1994:1809) om totalförsvarsplikt eller är anhållna, häktade eller intagna vid kriminalvårdsanstalter,
6. för sådan öppen sjukvård som föranletts av godkänd arbetsskada,	*4.* för sådan öppen sjukvård som föranletts av godkänd arbetsskada,
7. för avinstitutionalisering,	*5.* för avinstitutionalisering,
8. för förebyggande hälsovård, och	*6.* för förebyggande hälsovård, och
9. för hjälp åt funktionshindrade.	*7.* för hjälp åt funktionshindrade.

Denna förordning träder i kraft 15 januari 2026.

[28] Senaste lydelse 2011:1182.

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

Härigenom föreskrivs att 2 § förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
2 §[29]	
Utöver de fall som anges i 114 kap. 15 § första stycket socialförsäkringsbalken får för de ändamål som avses i det stycket och med beaktande av de begränsningar som anges i samma stycke samt i 11 och 12 §§ samma kapitel, i socialförsäkringsdatabasen behandlas uppgifter i en handling som kommit in i ett ärende och sådana uppgifter i en handling, som upprättats i ett ärende, som är nödvändiga för ärendets handläggning samt uppgifter om	
1. kön,	
2. civilstånd,	
3. medborgarskap,	
4. födelseort,	
5. studiemedel och andra ekonomiska förhållanden,	
6. värnpliktstjänstgöring, utbildning, yrke och arbetsuppgifter,	
7. arbetssökande, arbetsgivare, arbetsställe och vilken bransch den registrerade är verksam i,	
8. preliminärskatt, inkomstbeskattning och fastighetstaxering,	
9. hyra för hyreslägenhet eller avgift för bostadsrättslägenhet,	
10. uppgifter i och formerna för ansökningar eller anmälningar,	
11. förekomsten av begäran om förhandsprövning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd eller enligt föreskrifter som meddelats med stöd av lagen samt *koder för de tandvårdsåtgärder* som begäran avser,	11. förekomsten av begäran om förhandsprövning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd eller enligt föreskrifter som meddelats med stöd av lagen samt *tillstånds- och åtgärdskoder* som begäran avser,

[29] Senaste lydelse 2018:461).

	12. *patientens risk enligt 2 kap. 1 § första stycket lagen om statligt tandvårdsstöd,*
13. åtgärdskoder enligt förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd,	13. *tillstånds- och* åtgärdskoder enligt *föreskrifter som meddelats med stöd av förordningen* (2008:193) om statligt tandvårdsstöd,
15. patientavgifter och *tandvårdsersättningar*,	*14.* patientavgifter, *patientens sammanlagda kostnader för ersättningsberättigande tandvård* och tandvårdsersättning,
	15. tillstånds- och åtgärdskoder enligt föreskrifter som meddelats med stöd av 17 § 1 tandvårdslagen (1985:125)

16. tidpunkter, tidsperioder och belopp dels för ersättningar, dels för ersättningsgrundande förhållanden, i ärenden

17. nedsatt arbetsförmåga,

18. förmåns- eller ersättningsrelaterad information i intyg och utlåtanden av läkare eller annan intygsgivare,

19. förmåns- eller ersättningsrelaterad information i rehabiliteringsutredningar eller andra utredningar i rehabiliteringsärenden samt rehabiliteringsplaner,

20. arten av, kostnaderna och tidpunkterna för föreslagna, planerade och vidtagna rehabiliteringsåtgärder,

21. leverantörer av produkter och tjänster inom rehabiliteringsområdet,

22. vårdgivare,

23. remisser,

24. läkaren som utfärdat intyg eller utlåtanden som ligger till grund för beslutet om ersättning,

25. diagnoser,

26. förekomsten av sådan särskild grund för beaktande av högre bostadskostnad som avses i 97 kap. 18 § andra stycket och 27 § andra stycket socialförsäkringsbalken,

27. bevakningsanledningar,

28. frågor om återbetalningsskyldighet har uppkommit,

29. anledningen till att ett ärende har avslutats,

30. avgöranden av domstol, Försäkringskassan eller Pensionsmyndigheten som är av betydelse för enskilda ärenden i fråga om uppgifter om utgången, de bestämmelser som har tillämpats och om avgörandet har överklagats,

31. beslut i ärenden,

32. att den registrerade får eller har rätt till ersättning enligt förordningen (2017:819) om ersättning till deltagare i arbetsmarknadspolitiska insatser,

34. registrerade som får eller har fått vård eller försörjning helt eller delvis på det allmännas bekostnad,

35. den registrerade från utsöknings- och indrivningsdatabasen,

36. att den registrerade är häktad, intagen i kriminalvårdsanstalt eller i övrigt har tagits om hand på det allmännas bekostnad,

37. att den registrerade vistas eller bor i en särskild boendeform enligt socialtjänstlagen (2001:453) eller vistas eller bor på annat liknande sätt,

38. att godmanskap eller förvaltarskap är anordnat enligt föräldrabalken,

39. vilken personkrets enligt 52 kap. 10–13 §§ socialförsäkringsbalken som den registrerade hör till,

40. att den registrerade på grund av sjukdom eller handikapp varaktigt saknar förmåga att vårda barn,

41. den registrerade i register hos sådana organ i andra stater som har att handlägga ärenden om social trygghet i enlighet med EU-rättsliga regler,

42. den registrerade hos Migrationsverket som behandlas med stöd av 11 och 13 §§ utlänningsdatalagen (2016:27), och

43. att den registrerade eller dennes make eller sambo får vårdnadsbidrag enligt den upphävda lagen (2008:307) om kommunalt vårdnadsbidrag.

Denna lag träder i kraft den 15 januari 2026.

1.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket

Härigenom föreskrivs att 1 a § förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
1 a §[30]	
Myndigheten ansvarar för	
– beslut om subventionering och prisreglering av varor som ingår i läkemedelsförmånerna,	
– frågor om öppenvårdsapotekens handelsmarginal och utbyte av läkemedel,	
– tillsyn över efterlevnaden av lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m. och av föreskrifter och villkor som har meddelats i anslutning till lagen,	
– beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet i fråga om ersättningsberättigande åtgärder, referenspriser *samt* beloppsgränser och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader, och	– beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet i fråga om ersättningsberättigande åtgärder, referenspriser, beloppsgränser och ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader, *riskbedömning*, *ersättningsberättigande åtgärder och fastställda priser inom tandhälsoplan samt inom selektivt stöd för personer med särskilda behov*, och
– tillhandahållande av information i en prisjämförelsetjänst för tandvård inom det statliga tandvårdsstödet.	

Denna förordning träder i kraft 15 januari 2026.

---

[30] Senaste lydelse 2019:115.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd

dels att rubriken närmast före 4 a § ska utgå,

dels att 2, 4–4 c, 6, 7, 10–12, 13–15, 17, 19 a och 20 §§ och rubrikerna närmast före 2 och 4 §§ ska ha följande lydelse,

dels att rubriken närmast före 5 § ska lyda ”Bemyndiganden om tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader”,

dels att det ska införas åtta nya paragrafer, 4 e–4 h, 6 a, 12 a, 15 a och 19 c §§, och närmast före 4 c, 4 e–4 h, 6 och 14 §§ nya rubriker av följande lydelse,

dels att det närmast före 3 § ska införas en ny rubrik som ska lyda ”Tandvårdsåtgärder inom statligt tandvårdsstöd”,

dels att det närmast före 5 § ska införas en ny rubrik som ska lyda ”Bemyndiganden om tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader”.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
Ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder och referenspriser	***Bemyndiganden om* ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder och referenspriser *inom skyddet mot höga kostnader***
2 §[31]	
Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om	
1. vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd och under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas för åtgärderna (ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder), samt	1. vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning enligt *2 kap. 4 §* lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd och under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas för åtgärderna (ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder), samt
2. referenspriser för de ersättningsberättigande tandvårdsåtgärderna.	

[31] Senaste lydelse 2008:844.

Allmänt tandvårdsbidrag	*Tandhälsoplan*
4 §[32]	
Allmänt tandvårdsbidrag lämnas med 300 kronor om året.	*En tandhälsoplan omfattar tandvårdsåtgärder för undersökning och riskbedömning.*
För patienter som fyller lägst 24 år och högst 29 år eller lägst 65 år under det år som tandvårdsbidraget tidigast kan användas, lämnas bidrag med 600 kronor om året.	*Tandhälsoplanen kan även omfatta vissa förebyggande tandvårdsåtgärder beroende på patientens risk enligt 2 kap. 1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.*
4 a §[33]	
Särskilt tandvårdsbidrag får användas för betalning av ersättningsberättigande förebyggande tandvårdsåtgärder om patienten	*En tandhälsoplan påbörjas när patientens riskbedömning har slutförts.*
1. är muntorr på grund av långvarig läkemedelsbehandling,	
2. är muntorr på grund av strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen,	
3. har Sjögrens syndrom,	
4. har kronisk obstruktiv lungsjukdom och har ordinerats syrgas eller näringsdryck,	
5. har cystisk fibros,	
6. har ulcerös colit,	
7. har Crohns sjukdom,	
8. har tarmsvikt,	
9. har frätskador på tänderna och anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal reflux-sjukdom,	
10. har svårinställd diabetes,	

[32] Senaste lydelse 2018:1593.
[33] Senaste lydelse 2011:1184.

11. genomgår dialysbehandling,
12. är immunosupprimerad på grund av läkemedelsbehandling, eller
13. har genomgått en organtransplantation.

Om det inte finns särskilda skäl, ska patienten med intyg eller på annat sätt styrka att han eller hon har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning som avses i första stycket.

Ett beslut om tandhälsoplan gäller omedelbart.

En tandhälsoplan gäller till dess att en behandlande tandläkare eller tandhygienist gör en annan bedömning av patientens risk i samband med undersökning.

4 b §[34]

Särskilt tandvårdsbidrag lämnas med högst 600 kr per halvår.

Patientavgift för tandvård som omfattas av en tandhälsoplan uppgår till 200 kronor per besök.

Bemyndiganden om tandhälsoplan

4 c §[35]

Socialstyrelsen får meddela ytterligare föreskrifter om

1. de sjukdomar och funktionsnedsättningar som anges i 4 a § första stycket, och

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om

1. riskbedömning för tandhälsoplan,

[34] Senaste lydelse 2011:1184.
[35] Senaste lydelse 2011:1184.

2. det underlag som avses i 4 a § andra stycket.	*2. vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning enligt 2 kap. 1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, under vilka förutsättningar som ersättning kan lämnas för åtgärderna inom tandhälsoplan, och*
	3. den ersättning som fastställts per åtgärd.
	Selektivt tandvårdsstöd för patienter med särskilda behov av viss behandling
	4 e §
	Selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid enligt 2 kap. 7 § andra stycket 1 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd omfattar såväl utredning som tandvårdsbehandling för att omhänderta ett specifikt odontologiskt tillstånd till följd av
	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, eller
	5. oralmedicinska tillstånd i munslemhinnan.

Selektivt tandvårdsstöd för patienter med särskilda behov av basal tandvård

4 f §

Selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård under lång tid enligt 2 kap. 7 § andra stycket 2 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd omfattar undersökning och förebyggande behandling efter en riskbedömning samt sådan tandvårdsbehandling som påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Tandvården ska anpassas efter patientens allmänna hälsotillstånd. Om allmäntillståndet hos patienten inte medger ordinär tandvårdsbehandling ska denna i stället inriktas på att motverka smärta och obehag genom att hålla patienten fri från sjukliga förändringar i munnen.

Legitimerad vårdpersonal inom hälso- och sjukvård ska intyga att patienten har en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion samt diagnostiserat allmänmedicinskt tillstånd. Vårdgivaren ska intyga att patienten har en väsentligt nedsatt förmåga att påverka sin munhälsa eller genomgå tandvårdsbehandling.

Kommunal verksamhet kan, i stället för andra stycket, intyga att patienten har omfattande vård- och omsorgsbehov. Med omfattande vård- och omsorgsbehov avses att patienten har personlig omvårdnad under minst fyra gånger per dygn, oavsett vem som genomför omvårdnaden.

Övriga bestämmelser om selektivt stöd

4 g §

Patientavgift för tandvård som omfattas av selektivt tandvårdsstöd uppgår till 200 kronor per besök.

Patientavgifter som avser basal tandvård får under en ersättningsperiod högst uppgå till en kostnad om 1 600 kronor. Därefter gäller avgiftsbefrielse avseende övrig tandvård som omfattas av det selektiva tandvårdsstödet.

Bemyndiganden om selektivt tandvårdsstöd

4 h §

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket får meddela föreskrifter om

1. vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning enligt 2 kap. 7 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, under vilka förutsättningar ersättning kan läm-

nas för åtgärderna (ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder), och

2. den ersättning som fastställts per åtgärd.

Förhandsprövning vid omgörning

6 §

Om en protetisk behandling behöver göras om *och* den nya behandlingen

Om en protetisk behandling, *som utförts inom skyddet mot höga kostnader*, behöver göras om *får Försäkringskassan lämna ersättning till den vårdgivare som gör om behandlingen med ett belopp motsvarande det belopp som får krävas åter eller räknas av från en annan fordran enligt 4 kap. 3 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Detta gäller under förutsättning att* den nya behandlingen

1. enligt föreskrifter som meddelats med stöd av 2 § 1 inte är ersättningsberättigande, och

2. utförs av en annan vårdgivare än den som utförde den behandling som behöver göras om,

får Försäkringskassan lämna ersättning till den vårdgivare som gör om behandlingen med ett belopp motsvarande det belopp som får krävas åter eller räknas av från en annan fordran enligt 4 kap. 3 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

2. utförs av en annan vårdgivare än den som utförde den behandling som behöver göras om.

Ersättning enligt första stycket får dock inte överstiga det lägsta av följande belopp:

– vårdgivarens pris för att göra om behandlingen för den aktuella patienten, och

– referenspriset för att göra om behandlingen.

Om den nya behandlingen är mer omfattande eller i övrigt består av andra ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder än den behandling som behöver göras om, får tandvårdsersättning lämnas för kostnaderna för dessa åtgärder enligt vad som anges i 2 kap. 4 § lagen om statligt tandvårdsstöd. Kostnaderna får dock inte beräknas högre än ett belopp motsvarande skillnaden mellan kostnaden för den nya behandlingen och kostnaden för den behandling som behöver göras om. Beräkningen av kostnaderna för de åtgärder som ingår i behandlingarna ska ske med utgångspunkt i referenspriserna för dessa åtgärder, dock högst vårdgivarens pris för den aktuella patienten.

6 a §

Om en protetisk behandling, som utförts inom selektivt stöd, behöver göras om får Försäkringskassan lämna ersättning till den vårdgivare som gör om behandlingen med ett belopp motsvarande det belopp som får krävas åter eller räknas av från en annan fordran enligt 4 kap. 3 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Detta gäller under förutsättning att den nya behandlingen

1. enligt föreskrifter som meddelats med stöd av 4 h § första stycket 1 inte är ersättningsberättigande, och

2. utförs av en annan vårdgivare än den som utförde den behandling som behöver göras om.

Om den nya behandlingen är mer omfattande eller i övrigt består

av andra ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder än den behandling som behöver göras om, får tandvårdsersättning lämnas för kostnaderna för dessa åtgärder enligt vad som anges i 2 kap. 9 § lagen om statligt tandvårdsstöd. Kostnaderna får dock inte beräknas högre än ett belopp motsvarande skillnaden mellan kostnaden för den nya behandlingen och kostnaden för den behandling som behöver göras om.

7 §

Ersättning lämnas inte för en tandvårdsåtgärd som har utförts utan att en förhandsprövning har gjorts där sådan krävs. Detta gäller dock inte om åtgärden har varit av sådan karaktär att det av odontologiska eller medicinska skäl varit nödvändigt att genomföra den utan att invänta en förhandsprövning eller om det i övrigt funnits särskilda skäl att påbörja åtgärden innan en förhandsprövning har gjorts.

Ersättning lämnas inte för en tandvårdsåtgärd som har utförts utan att en förhandsprövning har gjorts där sådan krävs *enligt 6 § eller enligt 4 kap. 6 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.* Detta gäller dock inte om åtgärden har varit av sådan karaktär att det av odontologiska eller medicinska skäl varit nödvändigt att genomföra den utan att invänta en förhandsprövning eller om det i övrigt funnits särskilda skäl att påbörja åtgärden innan en förhandsprövning har gjorts.

10 §

Om en patient behöver behandlas vid mer än ett tillfälle, ska vårdgivaren ge patienten en preliminär skriftlig prisuppgift över den totala behandlingskostnaden.

Om en patient behöver behandlas vid mer än ett tillfälle, ska vårdgivaren ge patienten en preliminär skriftlig prisuppgift över den totala behandlingskostnaden. *Detta gäller inte behandling som utförs till patientavgift.*

Om patienten behöver en mer omfattande behandling, ska vårdgivaren även ge patienten en skriftlig behandlingsplan. Behandlingsplanen ska innehålla uppgifter om	Om patienten behöver en mer omfattande behandling, ska vårdgivaren även ge patienten en skriftlig behandlingsplan. *Med mer omfattande avses en behandling som har en sammanlagd kostnad, beräknad i priser som meddelats med stöd av denna förordning, som överstiger det övre belopp som fastställts enligt 2 kap. 6 § 1 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.* Behandlingsplanen ska innehålla uppgifter om

1. vilken diagnos som har ställts,
2. den föreslagna behandlingen och skälen för denna,
3. eventuella alternativa behandlingsförslag,
4. huruvida tandvårdsåtgärderna är ersättningsberättigande, samt
5. vårdgivarens priser, referenspriser och åtgärdskoder för tandvårdsåtgärderna.

	Vid tandvård inom selektivt stöd för viss behandling under viss tid ska behandlingsplanen innehålla uppgifter enligt andra stycket 1–3. Andra stycket gäller inte vid tandvård inom selektivt stöd för basal tandvård.
	11 §
På det kvitto som patienten får över erlagd betalning, ska vårdgivaren ange	På det kvitto som patienten får över erlagd betalning, ska vårdgivaren *i förekommande fall även* ange
1. sitt pris för varje utförd tandvårdsåtgärd *för den aktuella patienten*,	1. sitt pris, *referenspris och åtgärdskod för varje utförd tandvårdsåtgärd som utförs inom skyddet mot höga kostnader*,

2. *referenspris och åtgärdskod för varje utförd tandvårdsåtgärd, samt*	*2. åtgärdskod för varje utförd tandvårdsåtgärd inom tandhälsoplan, eller inom selektivt stöd, och*
3. i förekommande fall den *ersättning som lämnas enligt lagen (2008:145) om statligt* tandvårdsstöd.	*3. den tandvårdsersättning som lämnas enligt 2 kap. 1 a, 4 och 9 §§ lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.*
	Patientavgift ska särskiljas ifrån patientens andel av kostnaden för tandvården.

Om tandtekniskt arbete har ingått i behandlingen, ska det till kvittot fogas en kopia av det underlag som det tandtekniska laboratoriet lämnat över kostnaderna för det tandtekniska arbetet.

12 §

Efter varje undersökning som inte enbart har avsett enstaka tänder eller ett enstaka problem, ska vårdgivaren upprätta ett undersökningsprotokoll.	*Vårdgivaren ska, om det inte finns synnerliga skäl, efter upprättad riskbedömning slutföra och ge patienten tillgång till en tandhälsoplan.*
Protokollet ska lämnas till patienten direkt efter undersökningen.	*Om tandhälsoplan inte fastställs ska skälet därtill dokumenteras i patientjournalen.*
	Tandhälsoplanen ska ge information till patienten om
	– tandhälsotillstånd och om risk att utveckla, eller progression av, oral sjukdom,
	– råd om egenvård för att förebygga sjukdom eller skada, och
	– de tandvårdsåtgärder som omfattas av tandhälsoplanen och tidpunkt när dessa tidigast kan utföras.
	Patienten ska ges tillgång till tandhälsoplanen utan dröjsmål.

12 a §

En tandhälsoplan inom selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård under lång tid ska även vara anpassad till att vid behov förmedla råd till vård- och omsorgspersonal.

13 §

Vårdgivaren ska, om det inte finns särskilda skäl, efter utförd undersökning eller behandling erbjuda patienten att få en kallelse till en ny undersökning *inom lämplig tid.*

Vårdgivaren ska, om det inte finns särskilda skäl, efter utförd undersökning eller behandling erbjuda patienten att få en kallelse till en ny undersökning *i enlighet med fastställt revisionsintervall.*

Försäkringskassans uppgiftsskyldighet

14 §[36]

Försäkringskassan ska på begäran av en vårdgivare tillhandahålla uppgifter enligt 4 kap. 1 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd om

1. huruvida patienten omfattas av rätten till statligt tandvårdsstöd,

2. patientens utnyttjande av tandvårdsbidrag,

3. patientens sammanlagda kostnader för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under pågående ersättningsperiod,

2. patientens sammanlagda kostnader för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder *inom skyddet mot höga kostnader* som har slutförts under pågående ersättningsperiod,

4. vilket datum pågående ersättningsperiod började löpa,

3. vilket datum pågående ersättningsperiod började löpa,

5. vilket datum den senast slutförda ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden slutfördes,

4. vilket datum den senast slutförda ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden slutfördes,

[36] Senaste lydelse 2011:1184.

6. förekomst av avtal om abonnemangstandvård enligt 2 kap. 2 § lagen om statligt tandvårdsstöd samt, i förekommande fall, abonnemangsperiod för avtalet och vilken tandvård som omfattas av det, *och*	*5.* förekomst av avtal om abonnemangstandvård enligt 2 kap. 2 § lagen om statligt tandvårdsstöd samt, i förekommande fall, abonnemangsperiod för avtalet och vilken tandvård som omfattas av det,
7. beslut i ärenden om förhandsprövning enligt 4 kap. 5 a § lagen om statligt tandvårdsstöd.	*6. initierade ärenden och* beslut i ärenden om förhandsprövning *om selektivt tandvårdsstöd* enligt 4 kap. 5 a § lagen om statligt tandvårdsstöd,
	7. beslut i ärenden om patientens tandhälsoplan enligt 2 kap. 1 § lagen om statligt tandvårdsstöd,
	8. åtgärder som omfattas av gällande tandhälsoplan och de åtgärder som efter tandhälsoplanens fastställande har slutförts samt vilket datum de slutfördes, och
	9. åtgärder som slutförts inom selektivt stöd inom basal tandvård under lång tid, vilket datum de slutfördes, sammanlagda patientavgifter som betalats under pågående ersättningsperiod och när avgiftsbefrielse uppnåtts enligt 2 kap. 8 § andra stycket lagen om statligt tandvårdsstöd.

Uppgifterna får endast avse patienter som vårdgivaren står i begrepp att behandla eller har behandlat.

15 §[37]

Vårdgivaren ska upprätta ett underlag för uppföljning och statistik samt för beräkning av statligt tandvårdsstöd för samtliga ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som vårdgivaren har utfört på en patient. Underlaget ska ges in till Försäkringskassan inom två veckor från det att respektive tandvårdsåtgärd har slutförts.

Underlaget ska innehålla uppgifter om

1. behandlande tandläkares eller tandhygienists namn och personnummer,

2. patientens namn och personnummer,

3. datum när åtgärden slutfördes,

4. tillstånds- och åtgärdskod för den åtgärd som är ersättningsberättigande i det enskilda fallet,

4. tillstånds- och åtgärdskod för den åtgärd som är ersättningsberättigande i det enskilda fallet *och om denna är utförd inom tandhälsoplan, skyddet mot höga kostnader eller selektivt stöd*,

5. tillstånds- och åtgärdskod för den faktiskt utförda åtgärden, om denna inte är ersättningsberättigande i det enskilda fallet,

6. tandnummer och tandposition,

7. vårdgivarens totala pris för den utförda åtgärden för den aktuella patienten, och

8. grunden för begäran om ersättning i form av särskilt tandvårdsbidrag.

8. betald patientavgift

I samband med begäran om ersättning *i form av allmänt tandvårdsbidrag* ska vårdgivaren även lämna uppgift till Socialstyrelsen om patientens antal kvarvarande respektive intakta tänder.

I samband med begäran om ersättning *av undersökningsåtgärd som inte enbart har avsett enstaka tänder eller ett enstaka problem* ska vårdgivaren även lämna uppgift till

– Socialstyrelsen om patientens *risk och* antal kvarvarande respektive intakta tänder, samt

– *Försäkringskassan om utförd riskbedömning, tandhälsoplan eller uppgift om att tandhälsoplan inte fastställs.*

[37] Senaste lydelse 2019:116.

Uppgiftsskyldigheten gäller även sådan tandvård som omfattas av ett gällande abonnemangsavtal.

15 a §

Vårdgivaren ska upprätta ett underlag till patienten som genom Försäkringskassans försorg finns tillgängligt genom direktåtkomst. Underlaget ska i förekommande fall innehålla patientens

1. behandlingsplan enligt 10 § andra och tredje stycket, och

2. tandhälsoplan enligt 12 och 12 a §§.

Om det finns särskilda skäl kan vårdgivaren avstå från sådan direktåtkomst avseende en patient.

17 §

Underlag enligt 15 § första och andra styckena, uppgifter enligt 15 § tredje stycket och 16 § samt ansökan om förhandsprövning och ansökan om ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska lämnas på elektronisk väg.

Underlag enligt 15 § första och andra styckena *samt 15 a §*, uppgifter enligt 15 § tredje stycket och 16 § samt ansökan om förhandsprövning och ansökan om ersättning enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska lämnas på elektronisk väg.

Försäkringskassan får meddela föreskrifter om i vilka fall uppgifter får lämnas på annat sätt.

19 a §[38]

För att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket ska kunna fullgöra sin verksamhet i fråga om beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet och följa upp utvecklingen på tandvårdsområdet ska Försäkringskassan till verket lämna uppgifter om:

1. löpnummer för patientens personnummer och i förekommande fall samordningsnummer,

[38] Senaste lydelse 2019:116.

2. patientens kön och ålder, tillstånds- respektive åtgärdskod för den utförda åtgärden, tandnummer och tandposition, datum när åtgärden slutfördes samt i förekommande fall om patienten remitterats för åtgärden till tandläkare med bevis om specialistkompetens,	2. patientens kön och ålder, tillstånds- respektive åtgärdskod för den utförda åtgärden, tandnummer och tandposition, datum när åtgärden slutfördes, *om åtgärden utfördes inom en tandhälsoplan, inom skyddet mot höga kostnader eller inom selektivt stöd* samt i förekommande fall om patienten remitterats för åtgärden till tandläkare med bevis om specialistkompetens,
3. patientens ersättningsperiod, start- och slutdatum *samt nyttjande av tandvårdsbidrag*,	3. patientens ersättningsperiod, start- och slutdatum,
4. vårdgivarens pris för den utförda åtgärden för den aktuella patienten samt om *huruvida* behandlande tandläkare har bevis om specialistkompetens,	4. vårdgivarens pris för den utförda åtgärden för den aktuella patienten samt om behandlande tandläkare har bevis om specialistkompetens,
5. i förekommande fall avtal om abonnemangstandvård enligt 2 kap. 2 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, abonnemangsperiod och om utförd tandvård som omfattas av sådant avtal samt avgiften för abonnemanget,	
6. referenspris per utförd åtgärd, med vilket belopp patienten har fått *statligt tandvårdsstöd*, patientens pris per besök, ersättningsgrundande belopp per besök, vårdgivares pris för besök, ackumulerat ersättningsgrundande belopp under ersättningsperioden samt förekommande korrigeringsbelopp,	6. referenspris per utförd åtgärd *enligt 2 kap. 4 § lagen om statligt tandvårdsstöd*, med vilket belopp patienten har fått *tandvårdsersättning*, patientens pris per besök, ersättningsgrundande belopp per besök, vårdgivares pris för besök, ackumulerat ersättningsgrundande belopp under ersättningsperioden samt förekommande korrigeringsbelopp,
	7. med vilket belopp patienten fått tandvårdsersättning enligt 2 kap. 1 § lagen om statligt tandvårdsstöd, patientens patientavgift,

	ackumulerade patientavgifter under ersättningsperioden samt förekommande korrigeringsbelopp,
	8. med vilket belopp patienten fått tandvårdsersättning enligt 2 kap. 7 § lagen om statligt tandvårdsstöd, patientens patientavgift, ackumulerade patientavgifter under ersättningsperioden samt förekommande korrigeringsbelopp,
	9. riskbedömning, tandhälsoplan, eller att patienten avstår sådan plan,
7. tandvårdsmottagningens geografiska läge i fråga om län och uppgifter om slag av vårdgivare: offentlig, privat eller annan, eller i förekommande fall om åtgärden utfördes i ett annat EU- eller EES-land,	*10.* tandvårdsmottagningens geografiska läge i fråga om län och uppgifter om slag av vårdgivare: offentlig, privat eller annan, eller i förekommande fall om åtgärden utfördes i ett annat EU- eller EES-land,
8. löpnummer för vårdgivares organisationsnummer och tandvårdsmottagning,	*11.* löpnummer för vårdgivares organisationsnummer och tandvårdsmottagning,
9. datum när vårdgivares fordran mot staten uppkommer, datum när vårdgivares fordran mot staten regleras, datum när ärendet registreras eller ändras i databas hos Försäkringskassan, och	*12.* datum när vårdgivares fordran mot staten uppkommer, datum när vårdgivares fordran mot staten regleras, datum när ärendet registreras eller ändras i databas hos Försäkringskassan, och
10. löpnummer för administrativa uppgifter som ärendenummer, radnummer från databas hos Försäkringskassan, ärendetyp och ärendestatus.	*13.* löpnummer för administrativa uppgifter som ärendenummer, radnummer från databas hos Försäkringskassan, ärendetyp och ärendestatus.

Varje personnummer, samordningsnummer, organisationsnummer och tandvårdsmottagningsnummer ska innan uppgifter enligt första stycket lämnas ut vara krypterade på ett sådant sätt att identifiering inte är möjlig.

Uppgifterna får lämnas ut på medium för automatiserad behandling.

19 c §

En patient får ha direktåtkomst till uppgifter om sig själv inom statligt tandvårdsstöd hos Försäkringskassan i enlighet med 4 § förordning (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration.

20 §

Försäkringskassan får meddela föreskrifter om

1. ansökan om samt beräkning och utbetalning av *ersättning* enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd,

1. ansökan om samt beräkning och utbetalning av *tandvårdsersättning* enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd,

2. abonnemangstandvård,

3. anmälan om ny ersättningsperiod enligt 2 kap. *4 §* lagen om statligt tandvårdsstöd och om när en sådan period ska börja löpa,

3. anmälan om ny ersättningsperiod enligt 2 kap. *3 a §* lagen om statligt tandvårdsstöd och om när en sådan period ska börja löpa,

4. anslutningen till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd,

5. vårdgivarens uppgiftsskyldighet enligt 3 kap. 3 § första stycket lagen om statligt tandvårdsstöd,

6. ansökan om förhandsprövning,

6. ansökan om förhandsprövning, *och*

7. prislistor enligt 8 §,

7. prislistor enligt 8 §.

8. behandlingsplaner enligt 10 §, samt

9. undersökningsprotokoll enligt 12 §.

Försäkringskassan får meddela ytterligare föreskrifter om verkställigheten av lagen om statligt tandvårdsstöd och av denna förordning.

Denna förordning träder i kraft 15 januari 2026.

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

Härigenom föreskrivs att 4 § förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse	*Föreslagen lydelse*
4 §[39]	
I tandhälsoregistret får behandlas personuppgifter om patienter som undersökts eller behandlats inom tandvården. Behandlingen får avse uppgifter om	
1. personnummer, kön, diagnoser, undersöknings- eller behandlingsåtgärder, tandnummer och tandposition, datum då *undersöknings- och behandlingsåtgärder* slutfördes, vårdgivarens mottagning och organisationsnummer,	1. personnummer, kön, *tillstånd*, *tandvårdsåtgärder*, tandnummer och tandposition, datum då *tandvårdsåtgärder* slutfördes, *utförd riskbedömning*, vårdgivarens mottagning och organisationsnummer,
2. antal kvarvarande tänder, antal intakta tänder,	
3. folkbokföringsort, födelseland, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar, dödsdatum,	3. folkbokföringsort, födelseland, medborgarskap, civilstånd, inflyttning från och utflyttning till utlandet, personnummerförändringar, dödsdatum, *och*
4. på vilken grund särskilt tandvårdsbidrag har lämnats, och	
5. på vilken grund patienten har fått sådan tandvård som avses i 8 *a* § *andra* stycket *och tredje stycket 2* tandvårdslagen (1985:125).	*4.* på vilken grund patienten har fått sådan tandvård som avses i 8 *b* § *första* stycket *2 och 3* tandvårdslagen (1985:125).

Denna förordning träder i kraft 15 januari 2026.

[39] Senaste lydelse 2011:1185.

2 Utredningens uppdrag och arbetssätt

2.1 Uppdraget

Regeringen beslutade den 8 mars 2018 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda och lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. Föreslagna förändringar ska gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och syfta till att minska skillnaderna i tandhälsa i befolkningen. Utredaren ska analysera skillnader i tandhälsa samt identifiera faktorer och incitament för en mer jämlik tandvård och tandhälsa. Utredaren ska vidare analysera och överväga åtgärder för att tandvårdssystemet ska uppfattas som mer förutsägbart för såväl patienter och vårdgivare som företrädare för professionerna. Utredaren ska också pröva vilken betydelse som prissättningen på tandvårdsmarknaden har för en jämlik tandvård och tandhälsa. Utredaren ska lämna de författningsförslag som bedöms nödvändiga. Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020.

Den 9 januari 2020 beslutade regeringen om tilläggsdirektiv till utredningen. Uppdraget till utredningen utvidgades till att utreda och föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Utredningstiden förlängdes och hela utredningens arbete ska samlat redovisas senast den 1 mars 2021. Detta redovisningsdatum ersatte således redovisningsdatumet i det första direktivet.

Den 5 november 2020 beslutade regeringen om ytterligare ett tilläggsdirektiv. Uppdraget till utredningen utvidgades till att även utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd som i sin utformning tar ett första steg för att bli mer likt hälso- och sjukvårdens system i syfte att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader, gynna en regelbunden och före-

byggande tandvård och uppnå en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem.

Utredningens arbete ska enligt ursprungsdirektivet präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Utredaren ska samråda med aktörer som berörs av arbetet, inklusive statliga myndigheter, företrädare för professionen och kommun- och regionsektorn samt relevanta samhällsaktörer, däribland patient- och brukarorganisationer.

2.2 Arbetssätt

Utredningens arbete enligt ursprungsdirektivet har bedrivits i två faser. Den första fasen som löpt från mars 2018 till mars 2019, har bestått av dialog, kartläggning och kunskapsinhämtning. Formerna för detta beskrivs nedan. Den andra fasen som löpt från mars 2019 till mars 2020 har ägnats åt skrivarbete, analys och förankring av utredningens bedömningar och förslag.

De två tilläggsdirektiv som beslutades i januari 2020 respektive i november 2020 har inneburit en tredje fas i utredningens arbete. Denna fas har huvudsakligen ägnats åt uppdraget att utarbeta förslag till en reglering för tandvård till personer med särskilda behov samt, i utredningens slutskede, göra en analys av alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd. Utredningens expert- och sakkunniggrupp har sammanträtt vid sammanlagt 16 tillfällen, varav två har varit tvådagarssammanträden.

2.2.1 Expert- och sakkunniggrupp samt referensgrupper

Utredningens expert- och sakkunniggrupp har bestått av sakkunniga från Finans- och Socialdepartementen samt experter från Sveriges Kommuner och Regioner (SKR), Försäkringskassan, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV), Socialstyrelsen, Folkhälsomyndigheten, Folktandvårdsföreningen, Privattandläkarna, Svensk Förening för Orofacial Medicin, Inspektionen för vård och omsorg (IVO) och Konkurrensverket.

Utredningen har, utöver den av Socialdepartementet förordnade expert- och sakkunniggruppen, själv tillsatt tre referensgrupper. I en vetenskaplig referensgrupp har företrädare från följande odontologiska specialistföreningar ingått: Svenska Pedodontiföreningen, Svensk Förening för Oral Protetik, Svensk Förening för Bettfysiologi, Svensk Förening för Cariologi, Svensk Förening för Parodontologi och Implantatologi och Svensk Käkkirurgisk förening. I gruppen har även forskningsföreträdare med kompetens inom området jämlik hälsa och samhällsodontologi ingått.

En andra referensgrupp har bestått av representanter för klinisk profession. I gruppen har följande företrädare ingått: Svenska tandsköterskeförbundet, Sveriges tandhygienistförening, Sveriges folktandvårdsförening, Privattandläkarna, Tandteknikerförbundet samt Sveriges tandläkarförbund genom Tjänstetandläkarna, Riksföreningen för tandläkare inom forskning (SOL), utbildning och specialisttandvård och Riksföreningen för privatpraktiserande tandläkare (TEV).

Den tredje referensgruppen har bestått av representanter för intresse- och patientorganisationer. Dessa har varit Funktionsrätt Sverige, Föreningen Sveriges Socialchefer, Lika Unika, Landsorganisationen (LO), Magtarmförbundet, Mun- och halscancerförbundet, Pensionärernas Riksorganisation (PRO), Personskadeförbundet (RPT), Reumatikerförbundet, Riksförbundet för Sällsynta Diagnoser, Riksförbundet för social och mental hälsa (RSMH), SACO, Schizofreniförbundet, SPF Seniorerna, STROKE-Riksförbundet, Svenska Röda Korset, Tandvård mot tobak, Tandvårdsskadeförbundet och Vision. Frisk & Fri – Riksföreningen mot ätstörningar samt Stockholms Stadsmission valde att i stället för att ingå i referensgrupp lämna skriftliga synpunkter till utredningen. Skriftliga och muntliga inlagor har även inkommit från andra – såväl privatpersoner som vårdgivare och behandlare.

Referensgrupperna har bjudits in till särskilda sammanträden vid ett tillfälle under utredningsarbetet och därutöver fungerat som ett nätverk för att inhämta kunskap och synpunkter i enskilda frågor. På grund av covid-19-pandemin har möjligheterna att samla referensgrupperna under år 2020 begränsats avsevärt.

2.2.2 Hearings och verksamhetsbesök

Utredningen inledde sitt arbete våren 2018 genom att arrangera två hearings om jämlik tandhälsa i Stockholm i maj och i Göteborg i juni. Till dessa hearings inbjöds tjänstemän samt förtroendevalda representanter för regioner, myndigheter, offentliga och privata vårdgivare och övriga organisationer. Utredningen genomförde också tidigt ett studiebesök i Västerbotten i syfte att inhämta kunskap om tandvårdens förutsättningar i mer glest befolkade län.

Under hösten 2018 och våren 2019 genomförde utredningen tvådagars verksamhetsbesök i samtliga av landets sex sjukvårdsregioner. Genom ett samarbete med det av regionerna inrättade organet Nationellt Programområde Tandvård (NPO), träffade utredningen representanter för tandvården i alla län. Dessa representanter var bland annat företrädare för beställarenheter eller andra centrala enheter i landstinget eller regionen, offentliga vårdgivare i folktandvården, privata vårdgivare, odontologiska fakulteter, förtroendevalda och patienter. Orter som besökts är Malmö, Lund, Bromölla, Kristianstad, Olofström, Växjö, Norrköping, Ödeshög, Nässjö, Tranås, Stockholm (Handen, Rinkeby, Alby, Norrmalm), Örebro, Storfors, Göteborg (Hisingen, Centrum), Bollebygd, Skellefteå, Norsjö, Umeå, Sundsvall, och Östersund. Några av utredningens experter och sakkunniga har deltagit vid vissa besök. Besöken i landet har utgjort ett viktigt underlag för utredningens analysarbete.

2.2.3 Övriga möten och arrangemang

Utredningen har under utredningsarbetet medverkat vid arrangemang eller haft särskilda möten med TLV och Nämnden för statligt tandvårdsstöd, Socialstyrelsen, Försäkringskassan, Folkhälsomyndigheten, SCB, SKR:s tandvårdsnätverk, SKR:s sjukvårdsdelegation, SKR:s nätverk för hälso- och sjukvårdsdirektörer, Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet, Odontologisk Riksstämma åren 2018, 2019 och 2020, Svensk Samhällsodontologisk Förening åren 2018, 2019 och 2020, Akademiskt Centrum för äldretandvård (ACT), Svensk Folktandvårdsförening, Tandhygienistförbundet, Tandläkarförbundet, Vision, LO, Funktionsrätt Sverige, PRO och Riksdagens socialutskott. Särskilda studiebesök har gjorts vid flera verksamheter, bland annat på Distriktstandvårdens klinik i centrala Stockholm och

vid Narkoskliniken i Stockholm där tandvårdsrädda personer erbjuds behandling och på Eastmaninstitutet som är Folktandvårdens specialistklinik i Stockholm. Utredningen har även år 2018 och 2019 deltagit på Privattandläkardagarna samt på Tandhygienistdagarna år 2019.

I september 2019 bjöd utredningen in företrädare för Sundhetsstyrelsen samt Aarhus Universitet i Danmark till ett seminarium om det danska systemet med revisionsintervall baserat på riskbedömning. Vid seminariet deltog även några av utredningens experter.

2.2.4 Konferenser med workshops

I maj 2019 genomförde utredningen två nationella konferenser med ett antal workshops i för utredningen centrala ämnen. De ämnen som behandlades i workshopform var olika perspektiv på begreppet tandvårdsbehov, enklare stöd till patienter med särskilda behov samt en framtidsspaning om var och hur tandvård kommer att utföras år 2030. Konferenserna hölls på Norra Latin City Conference Center i Stockholm och samlade sammanlagt cirka 230 personer som arbetar med eller är engagerade i tandvårdsfrågor på nationell, regional och lokal nivå. Dokumentationen från konferenserna har utgjort ett viktigt underlag för utredningens analysarbete.

2.3 Några reflektioner och kommentarer till uppdraget

Huvuduppdraget att lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer jämlikt, resurseffektivt och förutsägbart tillsammans med de två tilläggsuppdragen har motiverat en omfattande kartläggning och probleminventering. Utredningen har under tre års tid samtalat, lyssnat och diskuterat svensk tandvårds utmaningar med företrädare för patienter, offentliga och privata vårdgivare, professioner, beställare, myndigheter samt företrädare för forskning och utbildning. Därutöver har utredningen tagit del av ett stort antal myndighetsrapporter och andra underlag, samt gjort egna sammanställningar, beräkningar och statistiska analyser. En insikt som successivt vuxit fram genom kartläggningen är att det inte finns någon utmaning, frågeställning eller något förbättringsområde som inte i någon mening kan ses som en fråga om jämlikhet, resurseffektivitet

eller förutsägbarhet. I det avseendet ställer utredningsdirektiven krav på en närmast heltäckande genomlysning av hela tandvårdssystemet. Samtidigt är det uppenbart för alla med kunskap om tandvårdssystemets komplexitet att en statlig utredning med ett tidsbegränsat uppdrag och begränsade resurser inte kan ta sig an alla tandvårdens utmaningar. En avgränsning och prioritering har således varit nödvändig att göra. Många frågor, som var och en skulle kunna sägas motivera särskilda utredningsuppdrag, har med nödvändighet endast behandlats översiktligt i betänkandet. Därutöver finns villkor och begränsningar som följer av kommittéförordningen, däribland att förslag som innebär kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner också ska omfatta förslag till finansiering.

De bedömningar och förslag som utredningen redovisar i detta betänkande syftar till att på ett konkret sätt styra utvecklingen mot ökad jämlikhet, resurseffektivitet och förutsägbarhet samt stimulera förebyggande och regelbundna tandvårdsbesök. I grunden handlar det om att ekonomiska och personella resurser ska fördelas och användas så effektivt att systemet som helhet förmår att erbjuda en god tandvård på lika villkor till hela befolkningen. Systemet ska också vara begripligt och förutsägbart för patienter samt enkelt att tillämpa för berörda beslutsfattare och professioner. Ett system som är resurseffektivt och rättssäkert samtidigt som det med precision når just de avsedda patienterna, är dock svårt att också göra helt enkelt att förstå och överblicka för alla patienter och behandlare. Detta gäller i synnerhet stöd till patienter med särskilda behov. I den målkonflikt som med nödvändighet uppstår mellan dessa olika värden måste systemets precision och rättssäkerhet enligt utredningen prioriteras, även om det i viss mån sker på bekostnad av enkelheten. Schabloniserade stöd, exempelvis sådana som knyts till åldersgränser, är enkla att tillämpa och förstå men riskerar att bli ineffektiva om syftet är att fördela tandvårdens begränsade resurser utifrån patienters skiftande behov. Även om det svenska tandvårdssystemet reformeras enligt utredningens förslag, kommer det därför även fortsättningsvis vara ett jämförelsevis komplext och detaljreglerat system.

Vidare vill utredningen kommentera det faktum att regeringen fattat beslut om tre olika direktiv vid tre olika tidpunkter med delvis olika inriktning och uppdrag. Ursprungsdirektivet från våren 2018 har fokus på jämlikhet, förutsägbarhet och resurseffektivitet, vilket

har motiverat utredningen att lämna förslag som i första hand innebär en omfördelning av resurserna inom tandvårdssystemet. Det andra direktivet från januari 2020, som avser en reformering av de regionfinansierade särskilda tandvårdsstöden, anger också att utgångspunkten ska vara att förslagen ska finansieras inom nuvarande ramar och att systemet ska bli mer resurseffektivt. Det tredje direktivet från november 2020 däremot, tolkar utredningen som öppnare formulerat avseende möjligheten att tillföra ytterligare resurser till systemet. Utredningen kan konstatera att de förslag som utformats med utgångspunkt i de två första direktiven, sannolikt skulle sett annorlunda ut om förutsättningarna varit sådana som det tredje direktivet ger uttryck för. Det finns enligt utredningen en inbyggd målkonflikt mellan kravet på att lämna finansierade förslag, det vill säga inom ramen för tandvårdens nuvarande resurser, och uppdraget att stärka patienternas skydd mot höga tandvårdskostnader genom förändringar av det statliga högkostnadsskyddet.

2.4 Några frågor som enligt utredningen kan behöva utredas vidare

Utredningen har under kartläggnings- och probleminventeringsfasen identifierat ett antal specifika frågor som enligt utredningen kan behöva bli föremål för ytterligare utredning. Vissa motiverar en särskild statlig utredning, andra bör kunna ges genom uppdrag till berörda myndigheter. Såvitt utredningen kan bedöma bör framför allt följande områden utredas vidare.

2.4.1 Tillståndsplikt

I dag ställs i Sverige inte några krav på vem eller vilka som får starta ett tandvårdsföretag. Det finns inte några krav på att tandläkare eller annan legitimerad personal inom tandvården (tandhygienist) måste finnas med i bolagsledningen eller på annat sätt stå bakom företaget. Tandvård är inte en tillståndspliktig verksamhet, till skillnad från många andra verksamheter inom vård och omsorg. Utredningen anser att frågan om tillståndsplikt för tandvårdgivare bör utredas vidare. En sådan utredning bör innefatta en allsidig belysning av vad

en tillståndsplikt skulle kunna leda till och på vilket sätt det skulle kunna stärka patientens ställning i tandvården.

2.4.2 Lärosätenas förutsättningar att bedriva tandläkar- och tandhygienistutbildningar

När tandvårdsstödet reformerades år 2008 förändrades de ekonomiska förutsättningarna för den kliniska träningen inom tandläkar- och tandhygienistutbildningarna. De förändrade ekonomiska incitamenten gjorde det svårt för de odontologiska utbildningarna att få ett tillräckligt stort antal patienter att öva på. Frågan utreddes år 2010 och förslag redovisades för att förbättra lärosätenas förutsättningar.[1] Förslaget genomfördes dock aldrig och problemet kvarstår än i dag, tio år senare.

En annan utmaning för lärosätena är bristen på lärare. För att bedriva utbildningarna behövs både vetenskaplig, pedagogisk och klinisk specialistkompetens. Personalbristen i tandvårdens kliniska verksamhet gör det svårt för lärosätena att rekrytera lärare med rätt kompetens. Även förutsättningarna för odontologisk forskning, bland annat som ett sätt att kunna erbjuda doktorandtjänster, skulle enligt utredningens bedömning behöva förbättras.

Utredningens bedömning är att det skulle behöva tillsättas en särskild utredning med uppdraget att samlat se över lärosätenas förutsättningar att bedriva tandläkar- och tandhygienistutbildningar och därigenom kunna bidra till den långsiktiga kompetensförsörjningen på tandvårdsområdet.

2.4.3 Upphandling av regionfinansierad tandvård

Utredningen kan konstatera att praxis varierar mellan regionerna när det gäller förutsättningarna för vårdgivare att bedriva sådan tandvård som regionerna ansvarar för och finansierar. Detta har enligt utredningens bedömning delvis sin förklaring i nuvarande lagstiftning. För de särskilda tandvårdsstöden räcker det i dag att vårdgivaren är ansluten till det statliga tandvårdsstödet för att ha möjlighet att utföra tandvård som sedan debiteras regionen, vilket begränsar regionens möjligheter att påverka vilka leverantörer som bedriver vård.

[1] Regeringskansliet. 2010. *Promemoria Statligt tandvårdsstöd och utbildningstandvård, Ds 2010:41.*

Här föreslår utredningen en förändring i likhet med hur barn- och ungdomstandvården hanteras i och med förslaget om nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården. Inom barn- och ungdomstandvården ges regionen en möjlighet att sluta avtal med annan part, vilket fått till följd att vissa regioner tillämpar upphandling i enlighet med lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV), medan andra hanterar privata vårdgivares deltagande på andra sätt. Att olika lösningar tillämpas komplicerar vårdgivarens deltagande. Samtidigt innebär ett upphandlingsförfarande betydande administration och villkorskrav som för, framför allt mindre, vårdgivare kan innebära ett hinder för deltagande.

Enligt utredningen är det rimligt att det finns ett någon form av avtalsförhållande mellan regionen och vårdgivaren för att denne ska kunna utföra tandvård som regionen ansvarar för och finansierar. Fördelar med en tillämpning av LOV bör därför ställas mot nackdelar av ett sådant införande inom regionfinansierad tandvård. Utredningens principiella bedömning är sammantaget att ytterligare analys behövs för att bedöma om ett generellt krav på upphandling skulle gagna tandvården inom regionens regi som helhet. Lösningen för de särskilda tandvårdsstöden har varit ovanlig, eftersom det vanliga förfarandet för offentlig förvaltning som väljer att lägga ut viss verksamhet på externa aktörer är någon form av upphandlingsförfarande. Frågan är principiellt viktig för utvecklingen av ett tandvårdssystem som förmår förena resurseffektivitet och jämlikhet med valfrihet och en mångfald av utförare. Dock kan utredningen konstatera att förändringar kring upphandlingsförfarandet som skulle förbättra situationen för vissa regioner likväl kan försämra för andra. Det är även viktigt att konsekvenserna för stora, såväl som små, vårdgivare beaktas. Utredningen ser därför att det är väl motiverat att utreda denna fråga vidare.

2.4.4 Reformering av tandvårdslagstiftningen

Tandvårdslagen (1985:125) gäller för i princip all tandvård, även sådan behandling som utförs utan tandvårdsstöd för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan, oavsett om vårdgivaren är offentlig eller privat. Sådan tandvård som utförs utan odontologiska, funktionella skäl och som endast utförs i syfte att bli

intrycksmässigt mer tilltalande omfattas inte[2], det vill säga rent estetisk tandvård. Lagstiftningen utformades med den äldre hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) som förebild. I samband med utformningen av den nuvarande patientlagen (2014:821) bedömdes hälso- och sjukvårdslagen vara ålderdomlig och i vissa fall otydlig, vilket motiverade behov av en översyn av lagstiftningen. Den nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), nedan benämnd HSL, trädde i kraft år 2017. Någon motsvarande genomlysning av tandvårdslagen ingick inte i översynen och det var inte heller aktuellt att inkludera tandvården i HSL, eftersom bedömningen gjordes att såväl finansiering som organisering och styrning av tandvård skiljer sig från vad som gäller inom övrig hälso- och sjukvård. Mot bakgrund av att tandvårdslagen alltjämt har den gamla hälso- och sjukvårdslagen som förebild, finns det, enligt utredningen, behov av en samlad och systematisk översyn av tandvårdslagen i syfte att göra även tandvårdslagen mer överskådlig och tydlig. Tandvårdslagen har i sin tur under årens lopp kompletterats och ändrats ett flertal gånger. Vidare kan konstateras att tandvården inte omfattas av patientlagen, något som utredningen till del omhändertar genom vissa förslag.

Utredningen ser bland annat att det finns ett behov av att förtydliga tandvårdslagens definition av vad som avses med tandvård. Till tandvård räknas enligt förarbetena samtliga åtgärder som föranleds av sjukdomar i munhålan, tänderna, käkarna och de omgivande vävnaderna. Även ortodonti omfattas, däremot anses inte åtgärder för att behandla maligna tumörer som tandvård. Gränsen var mer klar på åttiotalet när lagen togs fram än vad den är i dag. Utvecklingen inom tandvården har såväl fört med sig nya specialiteter som bettfysiologi år 1992 samt orofacial medicin år 2018. Nya tekniker har exempelvis utvecklats för att kirurgiskt behandla käkleder på ett annat sätt än tidigare. Det är även möjligt att genom beteendepåverkan få till en förändring i tandhälsan hos patienten med vissa tillstånd. Detta medför att vissa specialister inom tandvården i dag utför behandlingar som befinner sig i gränslandet mellan vad som anses som sjukvård och vad som kan anses som tandvård. Även de behandlingar som kan utföras av estetiska skäl har utvecklats stort sedan tandvårdslagen togs fram. De offentliga tandvårdsstöden kan därför i dag i vissa fall gå utanför vad som anses som tandvård enligt tandvårdslagens begrepp. En behandling som görs i syfte att för-

[2] Prop. 2020/21:57 *Lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar.*

ändra eller bevara utseendet i munhålan ingår inte i tandvårdslagen, inte heller i förslaget om lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar.[3]

Det är utredningens bedömning att det efter nära fyrtio års odontologisk utveckling i kombination med förändringarna i hälso- och sjukvårdslagstiftningen finns behov av en systematisk och heltäckande översyn av tandvårdslagen i syfte att tydliggöra dess tillämpningsområde och disposition samt anpassa strukturen och gränsdragning till övrig hälso- och sjukvårdslagstiftning. Likaså bör analyseras i vad mån rent estetiska behandlingar som görs i munhålan bör omfattas av lagstiftningen. En särskild utredare bör ges i uppdrag genomföra en sådan översyn och lämna förslag på en ny tandvårdslag.

2.4.5 Övrigt

Bland övriga frågor som utredningen kan konstatera skulle behöva belysas och analyseras närmare, inom ramen för ett framtida utredningsarbete eller genom myndighetsuppdrag, vill utredningen särskilt nämna efterlevnaden av befintliga krav på patientförsäkring och förtroendenämnder på tandvårdsområdet. I dag finns inget krav på att vårdgivarna ska lämna garantier för utförd behandling, vilket kan drabba en enskild patient där statligt tandvårdsstöd inte lämnas på nytt under viss tid efteråt. Även förutsättningarna för att tydligare reglera ett krav på fort- och efterutbildning av tandvårdspersonal bör analyseras närmare.

2.5 Några centrala ord och begrepp

2.5.1 Oral hälsa och tandhälsa

Oral hälsa och tandhälsa är begrepp som används på ett flertal olika sätt av olika aktörer. Begreppen rymmer både av professionen diagnostiserade sjukdomstillstånd och upplevd hälsa. Oral hälsa är en del av den allmänna hälsan och bidrar till fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande med upplevda och fullgoda orala funktioner satta i relation till individens förutsättningar samt frånvaro av oral sjukdom. WHO använder det något bredare begreppet oral hälsa för att

[3] Prop. 2020/21:57 *Lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar.*

beskriva individens tillstånd i munnen i olika aspekter. Oral hälsa definieras som "a state of being free from chronic mouth and facial pain, oral and throat cancer, oral infection and sores, periodontal (gum) disease, tooth decay, tooth loss, and other diseases and disorders that limit an individual's capacity in biting, chewing, smiling, speaking, and psychosocial wellbeing".[4] Denna definition kan, fritt översatt, formuleras som frånvaro av kronisk mun- och ansiktssmärta, oral-/halscancer, oral infektion eller sår, tandköttssjukdom, tandskada, tandförlust och andra sjukdomar och störningar som begränsar en persons förmåga att bita, tugga, le och tala och det psykosociala välbefinnandet.

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vuxentandvård från 2011 används begreppet munhälsa för att beskriva individens hälsotillstånd i munnen. Riktlinjerna ger ingen uttrycklig definition av begreppet, men betonar vikten av det hälsofrämjande arbetet för en god munhälsa och att ett mål för den svenska tandvården är att "producera så mycket munhälsa som möjligt utifrån tillgängliga resurser".[5] En avgörande aspekt av en individs hälsotillstånd i munnen är det generella tillståndet på tänderna. Socialstyrelsens tandhälsoregister innehåller information om antalet kvarvarande och antalet intakta tänder som övergripande mått på tandhälsa. En kvarvarande tand är en tand som har en naturlig rot, är delvis frambruten eller har synlig tandrot. Visdomständer räknas också med. En intakt tand är en kvarvarande tand som inte har konstaterade skador på dentinet som kräver behandling. Den får inte ha någon fyllning och inte heller vara ersatt med protetik som exempelvis krona eller bro.[6] Antal kvarvarande och intakta tänder kan enligt utredningens uppfattning utgöra två viktiga indikatorer för tandhälsa. Dock anser utredningen att en definition av tandhälsa endast baserat på dessa mått är för snäv, eftersom orala sjukdomar och ohälsotillstånd kan förekomma även med ett stort antal kvarvarande och intakta tänder. Samtidigt finns i dag inte många andra aspekter av tandhälsa som följs upp på befolkningsnivå. Därför vigs en stor del av kartläggningen av befolkningens tandhälsa i kapitel 5 till att studera utveckling och nuläge för kvarvarande och intakta tänder.

[4] WHO. 2003. *The World Oral Health Report 2003.*
[5] Socialstyrelsen. 2011. *Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning.*
[6] Socialstyrelsen 2018-05-14, Art.nr 2018-5-16.

I lagen om statligt tandvårdsstöd regleras för vilken tandvård Försäkringskassan lämnar statligt tandvårdsstöd. Det gäller sådan tandvård som enligt 1 kap. 3 § ” syftar till att åstadkomma frihet från smärta och sjukdomar, förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, eller ett utseendemässigt godtagbart resultat”.[7] Detta kan sägas utgöra en indirekt definition av tandhälsa på den nivå lagstiftaren anser ska motivera statligt stöd.

Utredningens sammanvägda bedömning är att begreppet tandhälsa i normalfallet bör definieras med utgångspunkt i ovanstående paragraf. Det betyder dock inte att tandhälsa som del i det vidare begreppet oral hälsa inte kan ges annan och mer specifik innebörd i ett visst sammanhang.

2.5.2 Tandvård

I allmän mening kan tandvård beskrivas som en verksamhet inom vilken legitimerad tandvårdspersonal bedriver kliniskt arbete. I tandvårdslagen definieras tandvård som åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Gränsdragningen mot hälso- och sjukvården kan dock inte anses given, exempelvis vad avser spolning av käkled som utförs extraoralt. Maligna tumörer räknas inte till tandvård.[8] Ett prioriterat område för tandvården är att ge en frihet från smärta och en förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder. Tandvård kan även utföras för att ge ett utseendemässigt godtagbart resultat.[9]

Det utbud av åtgärder och behandlingar som dagens tandvård erbjuder omfattar emellertid även sådant som inte avgränsas till att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Vissa av dessa berättigar till ersättning i det statliga tandvårdsstödet, till exempel mer omfattande tandreglering eller slutande av en synlig tandlucka. Tandvård kan vara behandlingar som inte berättigar till ersättning, exempelvis tandblekning eller andra olika typer av estetiska behandlingar.[10] Utredningen kan konstatera att begreppet tandvård kan ges

[7] Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.
[8] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*
[9] 1 kap. 3 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.
[10] Gränsdragningen mellan vård och annan behandling som kräver medicinsk kompetens har utretts vid flera tillfällen under senare år. Kirurgiska ingrepp och injektioner i estetiskt syfte kräver att personen som utför dem har medicinsk kompetens. Detta innebär att personen, utöver

olika innebörd beroende på sammanhang, men att sådan verksamhet som omfattas av tandvårdslagen är en i de flesta avseenden ändamålsenlig definition.

2.5.3 Jämlik tandvård

I Socialstyrelsens definition av begreppet *god vård och omsorg* utgör jämlik ett av sex kriterier[11]. Enligt Socialstyrelsen innebär jämlik hälso- och sjukvård, inklusive tandvård, att vården tillhandahålls och fördelas på lika villkor för alla.

En annan möjlig utgångspunkt för en diskussion om begreppet jämlik tandvård beskrivs en rapport av Vårdanalys från 2014.[12] Det resonemang som förs i rapporten har sitt fokus på hälso- och sjukvården, men kan tillämpas även på tandvården. Med utgångspunkt i rapportens analys kan konstateras att alla skillnader i tandvården inte är ojämlik tandvård. Tvärtom är vissa skillnader en förutsättning för jämlik tandvård. Motiverade och legitima skillnader kan exempelvis bero på tillståndets eller sjukdomens svårighetgrad, på samsjuklighet eller på parallell läkemedelsbehandling. Det är när det uppstår skillnader som inte kan förklaras av odontologiska eller medicinska bedömningar som tandvården blir ojämlik. Jämlik tandvård kan då med en negativ definition beskrivas som ”frånvaro av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande”. Sådana omotiverade skillnader kan vara exempelvis olika väntetider för patienter med samma vårdbehov eller olika beslut i olika regioner avseende särskilt tandvårdsstöd för patienter med samma vårdbehov.

att ha kompetens att utföra själva ingreppet, måste kunna göra bedömningen huruvida förutsättningarna för att genomgå en viss behandling är uppfyllda och hantera eventuella komplikationer. Det medför även att han eller hon i någon uträckning före, under eller efter själva ingreppet behöver göra en medicinsk bedömning eller vidta en åtgärd för att medicinskt förebygga, utreda och behandla en skada eller sjukdom vilket är något som utgör hälso- och sjukvård och omfattas av hälso- och sjukvårdens regelverk. Socialstyrelsen har till regeringen föreslagit att kirurgiska ingrepp och injektioner i estetiskt syfte ska omfattas av hälso- och sjukvårdens regelverk.

[11] Socialstyrelsens definition av god vård rymmer de sex dimensionerna Kunskapsbaserad, Säker, Individanpassad, Effektiv, Jämlik och Tillgänglig, För en närmare beskrivning se t.ex. Öppna jämförelser 2018, En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat, Socialstyrelsen (2019).

[12] Vårdanalys. 2014. *En mer jämlik vård är möjlig.*

2.5.4 Tandvårdssystemet

I utredningens direktiv används begreppet tandvårdssystemet. Utredningen har valt att definiera begreppet utifrån ett helhetsperspektiv. Med tandvårdssystemet avses samtliga nuvarande former av tandvårdsstöd och tandvårdsverksamheter, såväl offentliga som privata. Det omfattar det statliga tandvårdsstödet, tandvård till barn och unga vuxna, regionernas särskilda tandvårdsstöd, specialisttandvård samt de odontologiska fakulteternas forskning och utbildningsverksamhet. Inom tandvårdssystemet återfinns även sådan tandvård som finansieras av kommunalt ekonomiskt bistånd. Begreppet tandvårdssystemet bör enligt utredningens uppfattning även omfatta statliga och kommunala myndigheters förvaltande uppgifter och annan verksamhet på området.

2.5.5 Utredningens definition av ett jämlikt tandvårdssystem

När det gäller hälsa i allmänhet är det viktigt att betona skillnaden mellan jämlik hälsa och jämlik vård. Hälso- och sjukvården påverkar givetvis direkt människors hälsa och överlevnad genom förebyggande, behandlande, vårdande och rehabiliterande insatser. Att det inte förekommer omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande är därför en grundförutsättning för att på sikt kunna minska skillnaderna i hälsa mellan grupper. Dock kan inte hälso- och sjukvården, även om den i sig är helt jämlik, fullt ut kompensera för skillnader i hälsa som följer av olika sociala gruppers skiftande livsvillkor, möjligheter och resurser. På samma sätt som hälso- och sjukvården inte ensam kan skapa jämlik hälsa, kan inte tandvården ensam skapa jämlik tandhälsa. Tandhälsan bestäms i hög grad av faktorer utanför tandvården, såsom inkomst, utbildningsnivå, etablering på arbetsmarknaden, födelseland, levnadsvanor med mera. Det betyder dock inte att det är oviktigt i vilken utsträckning själva tandvårdssystemet är jämlikt. Tandvården och tandvårdssystemets utformning påverkar i hög grad förutsättningarna att på sikt minska skillnaderna i tandhälsa mellan grupper.

Ett helt jämlikt tandvårdssystem bör enligt utredningens uppfattning kännetecknas av två egenskaper, dels frånvaro av omotiverade skillnader i behandling och tillgänglighet, dels en förmåga att kompensera för skillnader i olika människors förutsättningar att konsu-

mera 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 kunna få tandvård. Definitionen rymmer således både ett vårdgivar- och ett patientperspektiv. Utredningen har mot denna bakgrund 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.

2.5.6 Tandvårdsförsäkring

Det första tandvårdsstödet lanserades år 1974 och benämndes tandvårdsförsäkring. Det förekommer att begreppet tandvårdsförsäkring fortfarande används. I samband med 2008 års reform lanserades i stället begreppet tandvårdsstöd. Utredningen kan konstatera att ordet tandvårdsförsäkring är tvetydigt eftersom det i dag även finns privata tandvårdsförsäkringar på marknaden som just är en försäkring som ska täcka patientens merkostnad för viss tandvård vid sidan av tandvårdsstödet. Utredningen har därför valt att genomgående använda begreppet tandvårdsstöd för samhällets stödsystem och använder endast begreppet försäkring för att beskriva kommersiella försäkringsprodukter.

2.5.7 Regioner och landsting

I ett svenskt kommunalrättsligt sammanhang är en region ett landsting som har fått ett utökat ansvar för vissa samhällsuppgifter som enligt tidigare regelverk har legat på andra samhällsfunktioner, till exempel länsstyrelserna eller kommunalförbund. Regionernas uppgift regleras i lagen om regionalt utvecklingsansvar i vissa län. Sedan den 1 januari 2019 har samtliga landsting i Sverige status som regioner. Utredningen använder genomgående begreppet region, med undantag för vissa historiska referenser och beskrivningar då begreppet landsting används.

2.5.8 Ordlista

Tandvårdspatient	Den som på eget initiativ, eller på annat sätt, etablerat en kontakt med tandvårdspersonal angående sitt orala hälsotillstånd.
Vårdgivare	Med vårdgivare avses en fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård.[13]
Behandlare	Med behandlare avses i utredningen tandläkare, tandhygienist eller den som behandlar patienten via arbetsfördelning eller på delegation. Begreppet finns inte definierat i tandvårdens författningar.
Intakta tänder	Intakta tänder är ett mått på tandhälsa som rapporteras inom det statliga tandvårdsstödet i samband med uttag av ATB samt inom nödvändig tandvård och tandvård till personer med tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Med intakta tänder avses tänder som inte har konstaterade dentinskador som kräver behandling, som saknar fyllningar, och som saknar protetiska ersättningar.[14]
Kvarvarande tänder	Kvarvarande tänder är ett mått på tandhälsa som rapporteras inom det statliga tandvårdsstödet i samband med uttag av ATB samt inom nödvändig tandvård och tandvård till personer med tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Med kvarvarande tänder avses tänder med naturlig rot, inklusive visdomständer och partiellt erupterade tänder, samt synliga tandrötter, inklusive visdomständers tandrötter.[15]

[13] 1 kap. 2 § lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.
[14] 3 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:13) om uppgiftsskyldighet till tandhälsoregistret.
[15] 2 § SOSFS 2008:13.

Orofacial funktionsnedsättning	Orofaciala symtom som ger funktionsnedsättning kan vara tal-, ät-, sväljsvårigheter eller nedsatt salivkontroll.[16]
Patientavgift	Patientavgifter sätts av respektive region för vård inom hälso- och sjukvården och för tandvård som i dag ges inom regionernas särskilda tandvårdsstöd. Avgiften per besök kan i dag variera mellan olika regioner. Besök kan även vara helt avgiftsfria för patienten såsom för tandvård till barn och unga vuxna. En patientavgift för ett besök hos tandhygienist inom stödet för nödvändig tandvård kan exempelvis vara 100 kronor för patienten, oavsett faktisk kostnad för att utföra behandlingen. Patientavgift föreslås av utredningen även kunna fastställas av regeringen.
Patientkostnad	Inom det statliga tandvårdsstödet betalar patienten hela kostnaden för tandvårdsbehandlingen, med avdrag för allmänt tandvårdsbidrag, upp till 3 000 kronor. Därefter träder högkostnadsskyddet in och tar del av kostnaden. Den kostnad som patienten betalar ger således en möjlighet till statligt högkostnadsskydd. Är vårdgivarens kostnad för behandlingen högre än referenspriset betalar patienten denna överskjutande kostnad. Till skillnad från patientavgifter är patientkostnad hela eller del av den totala kostnaden för att utföra viss behandling.
Bedömningstandläkare	En bedömningstandläkare ansvarar för prövning av en vårdgivares behandlingsförslag inom regionernas särskilda tandvårdsstöd innan en behandling inleds. Se 10 § tandvårdsförordningen.
Förhandsbedömning/ Förhandsprövning	Innan en vårdgivare inleder vissa behandlingar kan regelverket ställa krav på att behandlingsförslaget prövas. Inom regionernas särskilda tandvårdsstöd sker prövningen av den region inom vars område patienten är bosatt och benämns här vanligen förhandsbedömning. I vissa fall behöver även en behandling inom statligt tandvårdsstöd prövas av Försäkringskassan, sådan prövning benämns i lagstiftningen för förhandsprövning.
Särskilt/selektivt tandvårdsstöd	De tandvårdsstöd som i dag ges till vuxna patienter med särskilda behov till hälso- och sjukvårdsavgift har inget fastställt namn och olika begrepp används. Utredningen har valt begreppet särskilt tandvårdsstöd för att beskriva dagens stöd som regionerna ansvarar för och begreppet selektivt tandvårdsstöd för utredningens förslag, eftersom stödet selekterar ut vissa patienter med särskilda behov.

[16] Allmänna råd ur Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

2.5.9 Förkortningar

ATB	Allmänt tandvårdsbidrag
Eurostat	European Statistical Office
FASIT	Fördelningsanalytiskt Statistiksystem för Inkomster och Transfereringar
ISF	Inspektionen för socialförsäkringen
IVO	Inspektionen för vård och omsorg
LSS	Lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
SBU	Statens beredning för social och medicinsk utvärdering
SCB	Statistiska centralbyrån
SILC	Statistics on Income and Living Conditions
SKaPa	Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit
SKR	Sveriges Kommuner och Regioner
STB	Särskilt tandvårdsbidrag
TLV	Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket
Vårdanalys	Myndigheten för vård- och omsorgsanalys
WHO	World Health Organisation

2.6 Betänkandets disposition

Betänkandet består av två volymer. I volym 1 återfinns förord, sammanfattning, författningsförslag (1) samt ett kapitel om utredningens uppdrag och arbetssätt (2) först i volymen. Betänkandets huvudkapitel är därefter uppdelade i rent deskriptiva kapitel samt analys- och förslagskapitel. Den deskriptiva delen innehåller kapitlen Omvärldsfaktorer som påverkar tandvården och tandhälsan (3), Det svenska tandvårdssystemet (4), Tandhälsan i Sverige – utveckling och nuläge (5) samt Svensk tandvård – utveckling och nuläge (6). Analys- och förslagsdelen innehåller kapitlen Förutsättningar för vårdgivare, medarbetare och patienter i tandvården (7), Barn och unga vuxna (8), Vuxna utan särskilda behov (9), Vuxna med särskilda behov (10), Alternativa modeller för ett nytt eller justerat högkostnadsskydd (11) samt Kostnadsberäkningar och konsekvensanalys (12). Sist i volymen finns Ikraftträdande och övergångsbestämmelser (13) samt Författningskommentarer (14). Ett särskilt yttrande utgör ett onumrerat sista kapitel i volym 1 och följs av referenser. Bilagor (1–7) återfinns i volym 2.

3 Omvärldsfaktorer som påverkar tandhälsan och tandvården

3.1 Inledning

I det här kapitlet beskrivs några av de samhällsförändringar och omvärldsfaktorer som av utredningen bedöms påverka förutsättningarna för tandvården och i förlängningen förutsättningarna att uppnå en jämlik tandhälsa. Syftet är att peka på några viktiga tendenser och ge en generell bakgrund. Beskrivningen gör inte anspråk på att vara komplett i betydelsen att den täcker alla förändringar eller trender som rimligen påverkar tandvården och befolkningens tandhälsa. Kapitlet innehåller inte heller uppgifter eller beskrivningar av utvecklingen inom, eller konsekvenserna för, tandvården specifikt, med undantag för en kort beskrivning av covid-19-pandemins konsekvenser. Sådana beskrivningar återfinns i stället i anslutning till utredningens analyser i kapitlen 7–11.

3.2 Den demografiska utvecklingen

Sedan 1970-talet har Sveriges befolkning ökat från ungefär 8 miljoner invånare till att vara drygt 10,3 miljoner invånare vid slutet av år 2019.[1] Befolkningstillväxten har varit snabbare de senaste 15 åren, både som en följd av en naturlig folkökning och ökad nettomigration. Under de senaste decennierna har den svenska befolkningen, välfärdssektorn och näringslivet genomgått en stor strukturomvandling. Under 1970-talet var andelen som studerade efter 20 års ålder betydligt mindre än i dag. Människor levde även kortare tid efter sin

[1] www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/sveriges-befolkning/. Uttag 2020-10-07.

pensionering, vilket medförde att en betydligt större andel av befolkningen var i arbetsför ålder jämfört med i dag.

År 1970 var omkring 60 procent av befolkningen i de mest förvärvsaktiva åldrarna, 13 procent var äldre än pensionsåldern 67 år och övriga 27 procent av befolkningen var yngre än 20 år. Det kan jämföras med att andelen mest förvärvsaktiva år 2018 var 51 procent, 20 procent var 65 år och uppåt, 29 procent var yngre än 25 år. Under 1980- och 1990-talen skedde en gradvis förändring av befolkningsstrukturen. Samtidigt skedde även en långsam omställning av arbetsmarknaden mot fler arbetstillfällen inom tjänstesektorn, i stället för som tidigare inom den tunga industrin. Allt fler unga personer började efter 1990-talskrisen studera vidare efter gymnasiet, vilket i sig medförde att åldern för inträdet i arbetlivet höjdes.

Den demografiska utveckling som innebär att antalet barn, unga och äldre ökar i betydligt högre takt än de i yrkesverksam ålder, har återkommande uppmärksammats som en av välfärdssamhällets främsta utmaningar. Utmaningen ligger dels i att färre arbetande ska försörja allt fler, dels att gruppen äldre lever längre med omfattande vård- och omsorgsbehov. Under 2020-talet förväntas andelen äldre över 80 år öka särskilt snabbt eftersom stora barnkullar som föddes på 1940-talet träder in i dessa åldrar. Att denna demografiska förändring väntas öka trycket på välfärdens verksamheter kan illustreras med att antalet äldre över 80 år förväntas öka från dagens 510 000 personer till 900 000 personer år 2040. Det är en ökning med 76 procent. Det kan jämföras med att antalet personer i yrkesverksamma åldrar ökar med endast 9,4 procent. Den så kallade försörjningskvoten som anger hur många yngre och äldre en person i yrkesverksam ålder (25–64 år) måste försörja inklusive sig själv, förväntas mellan år 2017 och 2040 öka från 1,75 till 1,84.

En betydande del av den offentliga konsumtionen avser välfärdstjänster som är nära relaterade till befolkningens ålder. Det gäller förskola och utbildning för barn och unga samt omsorg och sjukvård för äldre. Scenarier över den framtida ekonomiska utvecklingen baserade på ett antagande om oförändrade efterfrågemönster i olika åldersgrupper visar att den reala offentliga konsumtionen av välfärdstjänster kommer att öka kraftigt till följd av den demografiska förändringen. Fram till år 2050 är ökningen drygt 27 procent (jäm-

fört med år 2013) och det är främst kostnaderna för äldreomsorgen som förväntas öka.[2]

3.3 Urbaniseringen

De regionala skillnaderna har under de senaste årtiondena ökat. Historiskt sett har den ekonomiska aktiviteten förflyttats mellan stad och land i olika riktningar under olika tidsperioder. Industrialiseringen under andra halvan av 1800-talet innebar att den ekonomiska aktiviteten spreds jämnare, från att ha varit koncentrerad till landets två storstadsområden Stockholm och Göteborg.[3] Strukturomvandlingen i näringslivet har under de senaste femtio åren inneburit en successiv förskjutning från tillverkningsindustri till diverse tjänsteverksamheter. Som jämnast var den ekonomiska aktiviteten runt år 1980.[4] Det ökade kunskapsinnehållet i produktionen har gynnat tillväxten i storstäder, större städer och täta miljöer.[5] Konsekvensen har blivit ökad urbanisering, det vill säga en befolkningsutveckling som innebär växande storstadsregioner och större städer och krympande mindre kommuner och glesbygd. Av de tio kommuner som vuxit mest under den senaste tjugoårsperioden finns alla utom en i Stockholms län. Befolkningstillväxten har varit särskilt stark i pendlingskommuner nära en storstad och som svagast i landsbygdskommuner. Kommuner som Värmdö, Sundbyberg, Knivsta, och Solna har under åren 1997–2017 vuxit med mellan 40 och 50 procent. Under samma period minskade befolkningen i kommuner som exempelvis Åsele, Övertorneå, Sorsele och Dorotea med omkring 25 procent. Sammantaget bor 86 procent i en kommun med en ökande befolkning och 14 procent i en kommun vars befolkning minskat eller stagnerat.

Samtidigt bör påpekas att det inte är omflyttningen från landsbygden till de allra största städerna som dominerar urbaniseringsmönstret. De största flyttströmmarna från landsbygden går till övriga tätorter med mindre än 100 000 invånare. Exempel på tätorter med mellan 50 000 och 100 000 invånare är Gävle, Karlstad och Sundsvall. Vidare kan noteras att omflyttningen från land till stad var som

[2] SOU 2015:104, *Långtidsutredningen 2015.*
[3] SOU 2020:46. *En gemensam angelägenhet, volym 1.*
[4] Ibid.
[5] SWECO. 2018.*Sveriges nya geografi, Arena för tillväxt.*

störst mellan 1940-talet och 1970-talet, det vill säga inte under de senaste årtiondena. Under perioden 1940–1950 ökade tätortsbefolkningen med över 1 miljon personer samtidigt som landsbygdsbefolkningen minskade med över 400 000 personer. Mellan år 2000 och 2010 ökade befolkningen i tätorter med 550 000 personer. Landsbygden minskade visserligen under samma period, men bara med 18 000 personer. De större städerna växer i stället främst genom invandring och höga födelsetal. Urbaniseringen fortsätter alltså, men inte primärt på bekostnad av minskad befolkning på landsbygden. De flesta flyttningar sker mellan närliggande bostäder. Under perioden 2000–2010 flyttade 453 000 personer från landsbygd till tätort. 395 000 personer gjorde dock det omvända och flyttade från en tätort till landsbygden. Nettoflyttningen från landsbygd till tätort var alltså bara 58 000 personer under tioårsperioden. [6]

Ett relativt tydligt mönster är den ökade koncentrationen av befolkningen till landets kuster. Drygt 70 procent av befolkningen bor 50 kilometer eller närmare en kust. I norrlandslänen är detta mönster särskilt tydligt med de större tätorternas kustnära placering, exempelvis Sundsvall, Umeå, Skellefteå, Luleå och Piteå.

3.4 Migrationen

På 1950- och 1960-talen var arbetskraftsinvandringen till Sverige hög. Sedan 1970-talet har Sverige nästan uteslutande tagit emot flyktingar och anhöriga, men i och med det svenska EU-medlemskapet och arbetskraftsinvandringsreformen år 2008 är det lättare för såväl europeiska som icke-europeiska medborgare att invandra till Sverige för att arbeta.[7]

1997 infördes restriktivare bestämmelser för anhöriginvandring. Åldersgränsen för familjeåterförening sänktes från 20 år till att även gälla barn under 18 år. Möjligheten för äldre föräldrar, särskilt änkor och änklingar, att förena sig med vuxna barn i Sverige togs bort. Även den så kallade ”sista länken i familjekedjan” togs bort, vilket ofta var ett ensamstående vuxet syskon som blivit kvar i hemlandet när övriga syskon och föräldrar flyttat till Sverige.[8] Sedan år 2000 har barn som kommer tillsammans med en vårdnadshavare eller en-

[6] SCB, 2015.
[7] www.migrationsinfo.se.
[8] www.migrationsverket.se.

samma utgjort ungefär en tredjedel av det totala antalet asylsökande. Som barn räknas alla personer under 18 år.

I början av 1990-talet kom det många asylsökande till Sverige, framför allt som en följd av konflikterna i före detta Jugoslavien. Denna invandring minskade när konflikterna upphörde. Under 2000-talet ökade antalet asylsökande igen och med undantag för åren 2005 och 2006 sökte mellan 16 000 och 34 000 personer asyl varje år. Sedan dess har fördelningen mellan antalet asylsökande män och kvinnor varit ungefär densamma – männen har utgjort ungefär två tredjedelar och kvinnorna en tredjedel.

I början av 2010-talet fortsatte antalet asylsökande att öka, exempelvis var det 81 000 personer som sökte asyl i Sverige 2014. Detta år var andelen barn 28 procent. 2015 skedde en betydande ökning av antalet asylsökande till Sverige, främst som en följd av kriget i Syrien. Sammanlagt kom cirka 163 000 asylsökande till Sverige detta år. 70 000 av dessa personer var barn och så många som hälften av de asylsökande barnen stod utan vårdnadshavare. 114 000 personer av dem som sökte asyl under 2015 gjorde det under perioden september–december, varav 26 000 var barn utan vårdnadshavare. Utöver de asylsökande kom ett antal människor som valde att inte söka asyl, särskilt under början av hösten 2015. De valde antingen att stanna i landet utan att legalisera sin vistelse eller att resa vidare till något annat land. [9]

I november 2015 föreslog regeringen en rad åtgärder som enligt regeringen syftade till att skapa ”ett andrum för svenskt flyktingmottagande”. Bland annat skulle asylreglerna under tre år anpassas till miniminivån i EU. Tanken var att antalet personer som söker asyl och beviljas uppehållstillstånd skulle minska kraftigt. Ändringarna i lagstiftningen började gälla under 2016.

Den ökade invandringen har dämpat befolkningsminskningen i vissa kommuner och ett tillskott av individer i yrkesverksam ålder har lett till en minskad försörjningskvot. Dock är den genomsnittliga sysselsättningsgraden bland utrikes födda lägre än bland inrikes födda. Invandrade personer som själva kan påverka var de bor, bosätter sig också i större utsträckning i större städer. Detta sammantaget gör att det är svårt att dra några generella slutsatser om i vilken

[9] SOU 2017:12 *Att ta emot människor på flykt Sverige hösten 2015.*

utsträckning tillskottet av utrikes födda bidrar till att motverka urbaniseringens negativa effekter i krympande kommuner.[10]

Lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl. reglerar regionernas skyldigheter att erbjuda asylsökande m.fl. hälso- och sjukvård samt tandvård. Lagen innebär en kodifiering av den ordning som gällde tidigare enligt särskilda överenskommelser mellan staten och dåvarande SKL samt införlivande av EU-direktiv på området. Utgångspunkten är att en hälsoundersökning erbjuds när den asylsökande etablerat ett boende.

Asylsökande barn ska erbjudas samma hälso- och sjukvård och tandvård som barn som är bosatta i landet. Även barn som håller sig undan verkställighet av beslut om avvisning eller utvisning erbjuds vård på samma villkor. Vuxna asylsökande ska erbjudas vård och tandvård som inte kan anstå, mödrahälsovård, vård vid abort och preventivmedelsrådgivning. Statlig ersättning utgår enligt förordningen (1996:1357) om statlig ersättning för hälso- och sjukvård till asylsökande.

3.5 Välfärdssystemets utveckling och skillnader i livsvillkor

Viktigt för människors livsvillkor är välfärdssystemets utformning, vilket ytterst bestäms av det vi kallar välfärdspolitik. Välfärdspolitiken kan ha flera fördelningspolitiska motiv. En av ambitionerna kan vara att förbättra för de sämst ställda, vilket kan ske genom exempelvis riktade bidrag efter behov såsom bostadsbidrag och ekonomiskt bistånd. En annan ambition med välfärdspolitiken kan vara fördelningspolitisk, exempelvis att begränsa inkomstspridningen. Bidrags- och skattesystemen är viktiga inslag för detta ändamål. Även offentliga välfärdstjänster, till exempel kostnadsfri utbildning, som kan bidra till att utjämna livsinkomster och livschanser mellan personer med olika bakgrund, kan minska de ekonomiska skillnaderna. En annan ambition för fördelningspolitiken kan vara att erbjuda försäkringsskydd mot alltför stora inkomstbortfall och här är socialförsäkringssystemen de främsta verktygen. Vissa av dessa system jämnar ut inkomstskillnader över livet, medan andra syftar till att kompensera för kortsiktiga inkomstbortfall vid sjukdom eller

[10] Konjunkturrådet. 2019. *Kommunernas framtid 2019*.

arbetslöshet. Ytterligare en ambition för välfärdspolitiken är att den ska vara universell i meningen att alla medborgare ska kunna garanteras välfärdstjänster vid behov och oavsett betalningsförmåga. Därför tillhandahålls sjukvård, omsorg och utbildning kostnadsfritt eller kraftigt subventionerat. I detta avseende avviker tandvården med en jämförelsevis hög andel egenfinansiering, även om det statliga tandvårdsstödet och regionernas ansvar för tandvård till vissa patientgrupper innebär en betydande subvention. Ett annat exempel är hjälpmedel för nedsatt syn, såsom linser och glasögon, vilka huvudsakligen inte subventioneras av det allmänna.

3.6 Ekonomisk fördelning, inkomster och förmögenheter

Fördelningen av disponibel inkomst i Sverige var som jämnast i början av 1980-talet. Mätt med standardmåttet ginikoefficienten[11] har ojämlikheten i disponibel inkomst, det vill säga inkomster efter skatt och transfereringar, sedan dess ökat med cirka 60 procent. Att skillnaderna i disponibel inkomst ökat beror på att låginkomsthushållen är mer beroende av transfereringar, vilka generellt inte följt med den generella löneutvecklingen. Kapitalinkomsterna har ökat i betydelse för den ekonomiska fördelningen i stort och är dessutom ojämnt fördelade, både mellan olika inkomstskikt och mellan män och kvinnor. Skattesystemets utjämnande effekt har heller inte varit tillräcklig för att kompensera den allt ojämnare fördelningen av kapitalinkomster.[12]

Den ekonomiska standarden har generellt höjts och sysselsättningsgraden har gått upp sedan lågkonjunkturen under åren 2008–2010. Samtidigt som utvecklingen är positiv på befolkningsnivå, finns tecken på en ökande ekonomisk ojämlikhet och ökade skillnader i livsvillkor mellan grupper. Det visar sig bland annat i att den disponibla inkomsten ökade mellan 2006 och 2016 för alla utbildningsgrupper men inte i lika stor utsträckning för dem med förgymnasial utbildningsnivå som för övriga grupper. Inkomstfördelningen på-

[11] Ginikoefficient är en ekonomisk måttenhet på ojämlikhet, till exempel i inkomstfördelning, hos en befolkning. Måttet visar hur inkomsterna är fördelade i en viss population. Ginikoefficienten har ett värde mellan noll (0) och hundra procent (1). 0 innebär att alla individer har exakt lika stora tillgångar (dvs. total jämlikhet) medan 1 innebär total ojämlikhet.
[12] SOU 2020:46. *En gemensam angelägenhet, volym 1.*

verkar den sociala rörligheten på det sättet att en jämnare inkomstfördelning kan bidra till en högre social rörlighet.

Utöver förändringen i den sammantagna inkomstfördelningen är det relevant att uppmärksamma det som kallas ekonomisk utsatthet. Ett mått på ekonomisk utsatthet är hur stor andel av befolkningen som har en inkomst som understiger 60 procent av medianinkomsten. Sedan 1995 har andelen med låg ekonomisk standard mätt på detta sätt ökat från runt 8 procent av befolkningen till runt 14 procent. Percentilen med lägst inkomst har alltså halkat efter mer än övriga. Exempel på grupper där förhållandevis många har låg ekonomisk standard är utrikes födda, ensamstående föräldrar, äldre ensamstående, personer med funktionsnedsättning, långtidssjukskrivna och arbetslösa.[13]

Vid sidan av ökande inkomst- och förmögenhetsskillnader finns andra socioekonomiskt relaterade skillnader som påverkar människors livsvillkor. Segregation, som innebär att individer med liknande socioekonomisk bakgrund i stor utsträckning bor i samma områden, påverkar samhället på olika sätt och tar sig olika uttryck. Skillnaderna har också ökat mellan olika delar av landet. Medan stora delar av landet upplever en god och växande ekonomi, finns det områden där inkomsterna och antalet jobb ökar betydligt långsammare. Även förutsättningarna att upprätthålla en god offentlig service, liksom tillgång till en digital infrastruktur med tillräcklig kapacitet, varierar över landet.[14]

Ojämlikhet i hälsa, definierat som systematiska skillnader i hälsa mellan grupper med olika socioekonomisk position, är något som uppmärksammats såväl internationellt som i Sverige under de senaste årtiondena. Medellivslängden ökar i befolkningen som helhet, men den ökar snabbare för individer med högre utbildning. Det finns påtagliga skillnader, såväl i form av en gradient mellan breda socioekonomiska grupper som mellan grupper i utsatta eller sårbara positioner och befolkningen i övrigt. År 2016 var exempelvis skillnaden i återstående medellivslängd från 30 års ålder sex år mellan de som har högst grundskoleutbildning eller motsvarande och de som har minst tre års universitetsutbildning.[15]

[13] Folkhälsomyndigheten. 2018. *Folkhälsans utveckling, årsrapport 2018.*
[14] Dir. 2018:74. *En kommitté för ökad ekonomisk jämlikhet.*
[15] SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*

Mätningar visar att studieresultaten för elever i grundskolan i Sverige har sjunkit under en längre tid. Dock har resultaten förbättrats under den senaste tiden. Samtidigt har skillnaderna mellan olika skolors resultat ökat, vilket främst förklaras av utvecklingen mot allt större skillnader i skolornas elevsammansättning med avseende på socioekonomisk bakgrund.

Den samlade bilden av samhällsutvecklingen kan beskrivas så att livsvillkoren i många avseenden förbättrats på befolkningsnivå och för det stora flertalet, samtidigt som en grupp med en socioekonomisk svag position halkat efter.

3.7 Förändrade levnadsvanor och konsumtionsmönster

I följande avsnitt beskrivs några förändringar i konsumtionsmönster på befolkningsnivå som utredningen bedömer kan påverka eller har påverkat tandvårdens förutsättningar och tandhälsan. Det gäller främst socker och tobakskonsumtion.

3.7.1 Om barn och ungas matvanor

Livsmedelsverket gör återkommande undersökningar om barn och ungdomars matvanor. Den senaste undersökningen publicerades år 2018 och av den framgår att andelen energi från godis, kakor, snacks och sockersötad dryck har minskat i årskurs 5 sedan år 2003, vilket är positivt, men en stor del av energin kommer fortfarande från dessa livsmedelsgrupper. Resultaten visar också att matvanor och övervikt/fetma bland ungdomar i Sverige är ojämnt fördelade vad gäller hushållens utbildningsnivå och inkomst. Ungdomar som inte går på gymnasiet verkar vara en särskilt utsatt grupp, men resultaten måste tolkas med försiktighet då gruppen är liten och inte representativ.

Enligt Livsmedelsverket utgör ohälsosamma matvanor en av de största riskfaktorerna för sjuklighet i Sverige. Förbättrade matvanor i hela befolkningen och framför allt i de grupper som äter sämst, skulle därför ha stor effekt på folkhälsan. Breda, långsiktiga insatser som involverar många olika samhällsaktörer behövs för att minska de sociala klyftorna i samhället och utjämna skillnaderna i matvanor och hälsa. Exempel på insatser av betydelse för ungdomar är att göra

hälsosam mat mer tillgänglig och begränsa marknadsföring av ohälsosam mat. För ungdomar är skolan en viktig arena och hälsosam mat behöver bli mer tillgänglig, inte bara vid skollunchen, utan även under resten av skoldagen och på andra platser där ungdomar vistas. Lärare och andra som möter ungdomar behöver också utbildning för att kunna främja hälsosamma matvanor.[16]

3.7.2 Sötsaker, godis och socker

Kostvanorna i Sverige har genomgått betydande förändringar de senaste hundra åren. På övergripande nivå kan utvecklingen beskrivas som ett ökat intag av energi, fett och protein och ett minskat intag av kolhydrater. När det gäller betydelsen för tandhälsa det framför allt konsumtion av sötsaker, godis och socker som är relevant att följa över tid.

Godis och andra sötsaker har producerats och konsumerats i Sverige i århundraden. Karamell- och chokladtillverkning dominerade fram till några årtionden in på 1900-talet. Under 1930-talet lanserades gelé- och skumgodis vilket hade goda produktionsförutsättningar på grund av ett relativt lågt sockerpris och effektiv fabrikstillverkning. Från tiden för andra världskriget och fram till mitten av 1980-talet såg konsumtionsmönstret ut på ungefär samma sätt – en färdigblandad liten påse, eller styckevis försäljning vid manuell disk. Medicinalstyrelsen introducerade på 1950-talet lördagsgodisnormen som innebär att godiskonsumtionen koncentreras till en dag i veckan. Denna norm kan sägas ha haft ett starkt inflytande svenskarnas syn på godisets negativa effekter på tandhälsan från 1950-talet fram till i dag.

År 1984 skedde en viktig förändring när så kallat självplock av lösgodis blev tillåtet. På tjugo år har konsumtionen av godis ökat med 50 procent, där ökad tillgänglighet och större påsar har varit bidragande. Samtidigt har priset, relativt sett, blivit lägre än det var innan introduktionen av självplock. I dag konsumerar en genomsnittlig svensk 14 kilo godis per år. Detta kan jämföras med 1960-talet då konsumtionen i genomsnitt uppgick till 6 kilo per person och år.

Sockerkonsumtion är en komplex företeelse som omfattar många olika typer av socker och vars karaktär har förändrats över tid. Sedan

[16] Livsmedelsverket.2018. *Riksmaten ungdom 2016–17 Livsmedelskonsumtion bland ungdomar i Sverige.*

mitten av 1900-talet har en allt större del av det socker vi äter kommit från olika färdiga produkter med tillsatt socker, medan konsumtionen av ”rent” socker som strö- eller bitsocker i stället har minskat. Samtidigt har sammansättningen av olika sockertyper vi äter också förändrats, från att ha bestått nästan helt av sackaros (det som vi i dagligt tal kallar just socker), till att bestå av sackaros, glukos och fruktos i olika blandningar, med olika ursprung och framställningsmetoder. Utöver det är sockret vi äter en blandning av socker som tillsätts under produktion av olika livsmedel och socker som finns naturligt i till exempel frukt och bär.

Totalkonsumtionen av socker och sirap år 2015 var 41 kg per person och år och har varierat mellan 41 och 49 kg under perioden 1980–2015. Samtidigt har direktkonsumtionen av choklad och konfektyrvaror samt läskedrycker, cider m.m. ökat kraftigt, dock har ökningstakten inte varit lika dramatisk efter år 2000. År 2015 var direktkonsumtionen av choklad- och konfektyrvaror 15 kg per person, vilket motsvarar en ökning med 50 procent sedan år 1980.

3.7.3 Läsk och energidryck

Konsumtionen av läsk i Sverige ökade markant från 1980-talets början till några år in på 2000-talet. Årskonsumtionen var år 1980 cirka 40 liter per invånare och år. År 2000 hade konsumtionen fördubblats till cirka 80 liter. De senaste femton åren har läskkonsumtionen dock minskat successivt och 2017 uppgick den årliga konsumtionen till i genomsnitt cirka 65 liter per person. I dag ligger konsumtionen relativt stadigt, men andelen som utgörs av så kallad lightläsk fortsätter att öka.[17]

Förutom socker innehåller godis och sötade drycker ofta ämnen som bidrar till att sänka pH-värdet i munnen. Ett lågt pH-värde innebär en försurning då balansen mellan vätejoner (surhet) och hydroxidjoner (basiskt) inte balanseras. Frukt som till exempel apelsin och äpplen, eller dryck som t.ex. läsk, ökar antalet vätejoner – och surheten är ett faktum. Detta riskerar att leda till frätskador på tänderna (erosion).

[17] Sveriges Bryggerier, www.sverigesbryggerier.se, uttag 2020-10-06.

3.7.4 Tobaksbruk

Tobaksbruk har en dokumenterat negativ påverkan på den orala hälsan. Det finns exempelvis en förhöjd risk för mun- och svalgcancer hos rökare jämfört med icke-rökare. Rökare löper tre till fem gånger större risk än icke-rökare att få parodontit.[18]

Försäljningsstatistik och konsumtionsvaneundersökningar visar att tobakskonsumtionen har minskat påtagligt under de senaste decennierna. Priset för tobak har stigit och därmed har den ekonomiska tillgängligheten sjunkit under 2000-talet och sedan 2006 också den fysiska tillgängligheten i form av ett minskande antal försäljningsställen.

Främst är det dagligrökning som minskat och nedgången har varit påtaglig bland såväl män som kvinnor, men allra störst bland männen. Sedan 1990-talets mitt har dagligrökning varit något vanligare bland kvinnor än bland män i Sverige. De allra senaste åren har skillnaderna dock utjämnats och i dag röker kvinnor och män i ungefär lika stor utsträckning. Nedgången bland kvinnor drivs främst av de yngre åldersgrupperna medan dagligrökning bland kvinnor 65–84 år varit förhållandevis oförändrad alltsedan 1980-talet. För männen är nedgången mera jämnt fördelad mellan åldersgrupperna.

I en jämförelse med övriga EU-länder avviker Sverige genom att andelen rökare är lägre och genom att kvinnor röker minst lika mycket som män. Räknas även snusare in så är dock totala tobakskonsumtionen större bland män också i Sverige.

Även bland skolelever i årskurs 9 har andelen tobakskonsumenter minskat under en lång tid och under 2000-talet har andelen niondeklassare som röker eller snusar halverats. Bland elever i gymnasiets år 2 har tobaksanvändningen inte minskat i lika stor utsträckning. Under 2010-talet har emellertid flickorna i gymnasiet minskat sin tobakskonsumtion och under de senaste fyra åren även pojkarna. Minskningen beror främst på nedgången av andelen som röker samtidigt som snusningen legat mer stabilt.[19]

[18] Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). 2002. *Rökning och ohälsa i munnen.*
[19] Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN).2019. *Drogutvecklingen i Sverige 2019.*

3.8 Covid-19-pandemin

Den pågående covid-19-pandemin har inneburit en global kris med stora konsekvenser för människors liv, hälsa och ekonomi samt för ekonomin i Sverige och internationellt.

Det övergripande målet för Sveriges hantering av coronaviruset och dess effekter är att begränsa smittspridningen för att skydda människors liv och hälsa och säkra sjukvårdens kapacitet. Att säkerställa resurser till hälso- och sjukvård, begränsa inverkan på annan samhällsviktig verksamhet, lindra konsekvenser för medborgare och företag samt dämpa oro är också del av målen.

Konsekvenserna har varit och är alltjämt stora för såväl privata som offentliga verksamheter inklusive tandvården. Pandemin har haft effekt på den tandvård som utförts. Den andel av tandvårdsbesöken som avser planerade tandvårdsbehandlingar såsom regelbundna undersökningar har minskat jämfört med tidigare år och mest bland personer 70 år och äldre. Personer som fick en regelbunden undersökning i samband med sina tandvårdsbesök under år 2020 hade i genomsnitt en bättre tandhälsa än besökarna under samma period föregående år. Antalet besökare minskade kraftigt i samband med pandemins utbrott, mest bland personer 70 år och äldre, och kvinnor något mer än män.

I inledningen av hösten 2020 syntes fortsatt effekt av pandemin på tandvården, bland annat i ett mindre antal besökare. Regelbundna undersökningar utgjorde dock liknande andel av den utförda tandvården som föregående år. Andelen tandvårdsbesökare som hämtade ut antibiotika utskriven av tandläkare ökade i början på pandemin, men var i början på hösten i nivå med tidigare år. Stora regionala skillnader visas i det totala antalet regelbundna undersökningar för vuxna som utförts år 2020 jämfört med 2019. I flesta regioner är antalet betydligt lägre än föregående år, och större variation i folktandvård än i privattandvård. Resultaten tyder på att det hösten 2020 fanns ett uppdämt vårdbehov i vissa regioner och bland vissa patientgrupper.[20]

Pandemin har påverkat tandvårdsmarknadens aktörer negativt. Enligt Privattandläkarna hade den privata tandvården hösten år 2020 tappat över 1,6 miljarder kronor i omsättning sedan utbrottet av covid-19, motsvarande drygt 10 procent av den privata tandvårdens

[20] Socialstyrelsen.2020. *Effekter av covid-19 på besök i tandvården – del 2.*

årsomsättning. Det har utgått cirka 0,5 miljarder kronor i statligt stöd till den privata tandvården, främst form av stöd för korttidspermittering. I Privattandläkarnas medlemsundersökning utförd under augusti 2020 uppgav 7 procent av medlemsföretagen att de riskerar rekonstruktion, konkurs eller nedläggning.[21] Små tandvårdsföretag har generellt drabbats hårdare.

Även folktandvårdens omsättning har sjunkit markant som en följd av pandemin. Konsekvenserna har varit olika stora i regionerna, precis som för hälso- och sjukvården, men generellt har folktandvården påverkats i hög grad, med förlorade intäkter som följd. Under perioden januari–augusti år 2020 minskade intäkterna med 22 procent för vuxna patienter. Det innebär cirka 0,83 miljarder kronor mindre från Försäkringskassan och minskade ersättningar från patienterna med cirka 1,17 miljarder kronor i förhållande till motsvarande period föregående år. Det innebär att det för betalande vuxna har varit ett intäktstapp på cirka 2 miljarder kronor för denna period. Stödåtgärderna för kortidspermitteringar har enbart kunnat nyttjas av verksamhet bedriven i bolagsform. Inom den tandvård som bedrivs av regionerna innebär det att det bara är den bolagiserade folktandvården i fem regioner som kunnat ta del av stödet (Stockholm, Skåne, Gävleborg, Västmanland och Sörmland). Det innebär därför att förutsättningarna skiljer sig väsentligt beroende på i vilken verksamhetsform tandvården bedrivs.[22]

Enligt statistik från Försäkringskassan har tandvården under tiden den 16 mars–8 juni 2020 reducerat besöken med i genomsnitt 39 procent jämfört med samma period 2019. Situationen skiljer sig över landet. Vårdgivare i Norrbotten, Jämtland, Västernorrland och Kronoberg har minst reduktion i besöksfrekvens. Privata vårdgivare har generellt en mindre reduktion av sin besöksfrekvens jämfört med folktandvården.[23]

Regeringen beslutade i augusti 2020 att patienter som inte kunnat gå till tandvården under coronapandemin ska kompenseras genom en anpassning av det statliga tandvårdsstödet. Dessa patienter fick en ny ersättningsperiod som började den 1 september 2020, och som är lika lång som den tid man gått miste om. Längden på den nya ersättningsperioden motsvarar det antal dagar som den 1 april 2020

[21] Privattandläkarna. 2020. *Skrivelse till Socialminister Lena Hallengren 2020-10-23.*
[22] SKR.2020. *Ekonomirapporten, oktober 2020. Om kommunernas och regionernas ekonomi.*
[23] Socialdepartementet. Promemoria S2020/05503/FS.2020. *Särskild beräkning av tandvårdsersättning med anledning av sjukdomen covid-19.*

återstod av den tidigare ersättningsperioden, men som lägst 90 dagar. Detta för att patienten ska hinna besöka tandvården innan den nya perioden löper ut. De tandvårdskostnader som patienten kommit upp i den 1 april 2020 förs över till den nya ersättningsperioden. På så sätt slipper patienten börja om från noll kronor utan ligger kvar inom högkostnadsskyddet.[24]

Vid årsskiftet 2020/21 påbörjades arbetet med att erbjuda vaccinering mot covid-19.

[24] Förordning (2020:752) om särskild beräkning av tandvårdsersättning med anledning av sjukdomen covid-19.

4 Det svenska tandvårdssystemet

4.1 Det svenska tandvårdssystemets uppbyggnad

I Sverige får barn och unga vuxna till och med det år de fyller 23 år avgiftsfri tandvård genom regionernas försorg. Den tandvård som patienten efterfrågar, men som inte är nödvändig för att uppnå ett ur odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat, utförs dock inte utan kostnad för patienten.[1] Respektive region reglerar vilken tandvård som ska ingå i det avgiftsfria åtagandet från regionen mot patienten.

Det finns två olika tandvårdsstöd för vuxna; ett generellt stöd i statlig regi och ett särskilt stöd i regional regi som i sin tur är indelat i olika patientgrupper. Det generella statliga tandvårdsstödet består av tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader riktat till den vuxna befolkningen[2] för undersökning och diagnostik, sjukdomsförebyggande åtgärder, sjukdomsbehandling inklusive viss kirurgi, reparation, protetik vid förlorade eller skadade tänder samt tandreglering vid större behandlingsbehov. Det särskilda tandvårdsstödet i regionernas regi ges till hälso- och sjukvårdsavgift och omfattar endast personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Det rör sig om personer där förutsättningarna för en god tandhälsa är försämrade till följd av viss långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt patienter som behöver en särskild tandvårdsinsats som ett led i en medicinsk sjukdomsbehandling. Det kan även vara patienter i behov av vissa oralkirurgiska åtgärder, behandling av extremt tandvårdsrädda personer samt visst utbyte av tandfyllningar. Slutligen kan särskilt stöd ges till personer som omfattas av lagen (1993:387)

[1] 15 a § tandvårdslagen (1985:125). Se även definitioner av patientavgift respektive patientkostnad i kapitel 2.

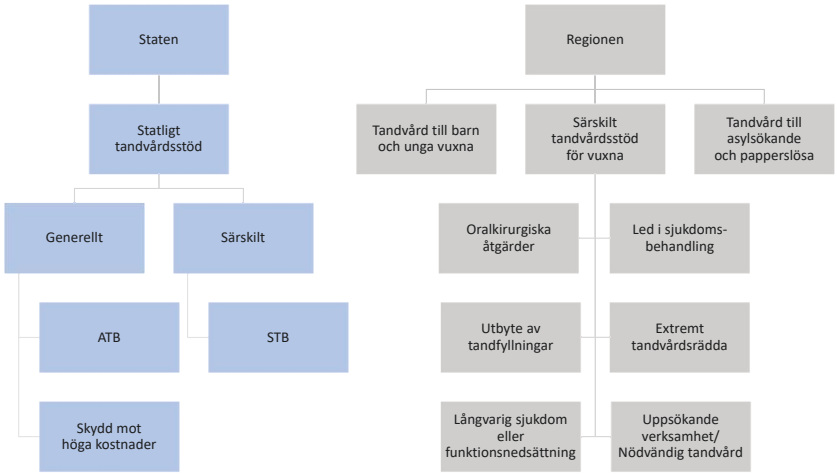
[2] Patienten ska, när tandvårdsåtgärden påbörjas, uppfylla villkor för bosättningsbaserade förmåner enligt 5 kap. socialförsäkringsbalken, eller utan att vara bosatt i Sverige ha rätt till förmåner som följer av Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.

om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, samt personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Dessa personer kan få fri munhälsobedömning genom uppsökande verksamhet samt nödvändig tandvård inom särskilt stöd. För närmare beskrivning av regionernas särskilda tandvårdsstöd för vuxna, se avsnitt 4.5.

En person som saknar betalningsförmåga kan under vissa förutsättningar få bidrag till viss tandvård från kommunen genom ekonomiskt bistånd.

Vuxna asylsökande och personer som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd kan få stöd för tandvård som inte kan anstå.

Figur 4.1 Det svenska tandvårdssystemet



4.1.1 Gränsen mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård

Hälso- och sjukvård är inte ett enhetligt begrepp inom svensk lagstiftning. Med hälso- och sjukvård avses enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) såväl verksamhet som omfattas av hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) som tandvårdslagen (1985:125).[3] Detsamma gäller hälso- och sjukvårdsbegreppet i patientdatalagen (2008:355).[4] Hälso-

[3] 1 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[4] 1 kap. 3 § patientdatalagen (2008:355).

och sjukvårdslagen, förkortad HSL, däremot, omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen.[5]

Tandvårdslagen skrevs med den dåvarande HSL som förebild och flera grundläggande likheter finns. Vid tiden för tandvårdslagens tillkomst utreddes om regelverket skulle införas i dåvarande HSL, eller bli en separat lagstiftning. Det senare förslaget valdes, bland annat eftersom dåvarande HSL endast omfattade vård inom regionernas regi i likhet med den tidigare folktandvårdslagen.[6]

Det som i dag avses med tandvård enligt tandvårdslagen är åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan.[7] För att närmare få ledning beträffande vad som omfattas, framgår i förarbetena att till tandvård hör samtliga åtgärder som föranleds av sjukdomar i munhålan, tänderna, käkarna och de omgivande vävnaderna. Åtgärder med anledning av maligna tumörer räknas dock inte som tandvård. Till tandvård räknas också tandreglering.[8]

Gränsen mellan de olika begreppen hälso- och sjukvård respektive tandvård är betydelsefull eftersom det finns olika ersättningssystem med olika grad av egenfinansiering för den som är i behov av behandling. Det finns tillfällen när gränsen inte är lätt att dra i ett enskilt fall samtidigt som gränsen kan vara av avgörande betydelse för patienten och dennes kostnader.

4.1.2 Gränsen mellan rent estetisk tandvårdsbehandling och övrig tandvård

En gränsdragning kan även behövas mellan vad som är tandvård och vad som är en rent estetisk behandling. Om en behandling är rent estetisk, eller om det även finns ett funktionellt skäl till tandvårdsbehovet, är något som framför allt får anses vara en professionell odontologisk bedömning med stöd av gällande författningar. En legitimerad behandlare i tandvården arbetar ytterst, även vid rent estetiska behandlingar, utifrån sin legitimation enligt patientsäkerhetslagen och ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med veten-

[5] 2 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30): Med hälso- och sjukvård avses i denna lag 1. Åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador, 2. Sjuktransporter, och 3. omhändertagande av avlidna. Lagen omfattar inte tandvård enligt tandvårdslagen (1985:125).
[6] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m*.
[7] 1 § tandvårdslagen (1985:125).
[8] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*

skap och beprövad erfarenhet samt bär själv ansvaret för hur arbetsuppgifterna fullgörs.[9]

Hur det estetiska inslaget i en tandvårdsbehandling bedöms har betydelse för patientens möjlighet att få subventionerad tandvård. Tandvårdssystemet kan under vissa förutsättningar subventionera estetisk tandvård när behovet går utöver vad som kan ses som utseendemässigt godtagbart. En synlig tandlucka i fronten, eller en missbildning kan således omhändertas med tandvårdsstöd trots att behovet inte är funktionellt betingat. Inom statligt tandvårdsstöd fastställer regelverket, exempelvis de tandreglerande tillstånden, gränsen för vad som kan omfattas av statlig subvention. Likaså finns inom de regionala särskilda stöden för vuxna och inom tandvård för barn och unga vuxna regelverk som tydliggör det offentliga regionala åtagandet. Att en ung patient inom tandvård till barn och unga vuxna har rätt till avgiftsfri fullständig tandvård innebär inte med automatik att exempelvis en tandblekning ingår i åtagandet.

Gränsen mellan vad som är en tandvårdsbehandling utifrån enbart estetiska indikationer och övrig tandvård är även betydelsefull vid bedömningen av huruvida tandvårdslagen är tillämplig. Regionerna kan inte anses skyldiga att erbjuda rent estetiska behandlingar, utöver de som omfattas av tandvårdsstöden, i åtagandet om god tandvård för dem som är bosatta inom regionen enligt tandvårdslagen. I prop. 2020/21:57 lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar föreslås att kirurgiska ingrepp och injektionsbehandlingar ska undantas från den föreslagna lagens tillämpningsområde om de

1. utgör hälso- och sjukvård enligt HSL,
2. utgör tandvård enligt tandvårdslagen, eller
3. görs i syfte att förändra eller bevara utseendet i munhålan.

Genom lagförslaget särskiljs tandvårdsåtgärder enligt tandvårdslagen (punkt 2) vilka är odontologiskt motiverade, från sådana åtgärder som görs i syfte att förändra eller bevara utseendet i munhålan (punkt 3). Exempel på sistnämnda åtgärder är enligt propositionen viss tandreglering, tandblekning, och estetiska mikrokirurgiska ingrepp.[10]

[9] 6 kap. 1, 2 §§ patientsäkerhetslag (2010:659).
[10] Prop. 2020/21:57 *lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar.*

4.2 Tandvård till barn och unga vuxna

Tandvård till barn och unga vuxna regleras i tandvårdslagen, samt i respektive regions anvisningar.

4.2.1 Framväxten av tandvårdsstöden till barn och unga vuxna

År 1938 fattade riksdagen beslutet att införa en offentlig tandvård som dåvarande landstingen ansvarade för, folktandvården. Denna tillkom i första hand för barnen.

Landstingen fick ett lagfäst ansvar för tandvård till barn och unga vuxna genom folktandvårdslagen år 1974. Barn och ungdom, till och med det år de fyllde 19 år, skulle erbjudas avgiftsfri regelbunden och fullständig behandling samt akuttandvård. För att alla barn och ungdomar skulle kunna erbjudas organiserad tandvård behövde folktandvården byggas ut. Från och med år 1982 uppfyllde samtliga landsting denna skyldighet.[11] Åldersgruppen 6–16 år ansågs under tiden för utbyggnad som mest angelägen och under en övergångsperiod kunde därför åldersgrupperna 3–5 och 17–19 undantas. I landsting som tillämpade övergångsregeln fick gruppen 17–19 år i stället tillhöra det dåvarande tandvårdssystemet för vuxna och behövde bara betala halv avgift för behandling inom folktandvården.[12] Det bedömdes som viktigt att landstingen själva skulle ansvara för tandvård till barn och ungdomar, såväl allmäntandvård som specialisttandvård. Undantag kunde dock göras vid exempelvis långa reseavstånd i glesbygd. Huvudmännen själva valde, inom ramen för gällande lagstiftning, den form för vården som de fann var mest effektiv.[13] Riksdagens önskan att öka konkurrensen i den kommunala verksamheten ledde emellertid år 1993 till ett förtydligande om att folktandvården inte behöver ansvara för bland annat barntandvården med egen personal utan att denna tandvård är möjlig att lägga ut på entreprenad. Det grundläggande ansvaret för att fastställa kvantitativa och kvalitativa mål för barntandvården samt att följa upp denna i förhållande till mål och krav i tandvårdslagen skulle dock kvarstå hos landstinget[14] och

[11] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*
[12] SOU 1979:7 *Tandvården i början av 1980-talet.*
[13] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*
[14] Prop. 1992/93:43, *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet*.

gör så än i dag. Myndighetsutövning kan inte heller överlämnas till annan entreprenör. Vad som avses med myndighetsutövning inom hälso- och sjukvården och angränsande områden är inte givet. Beslut som enbart sker utifrån medicinska indikationer är mer sällan att anse som myndighetsutövning. Inte heller tilldelning av turordning vid tillfälliga vårdköer.[15]

En möjlighet för landstinget att ta betalt för sådan tandvård som patienten begär men som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat, infördes år 1999. Det ansågs i propositionen inte alltid möjligt att erbjuda ett heltäckande vårdutbud inom alla vårdområden på grund av ekonomiska prioriteringar inom landstingen. Som ett exempel på detta lyftes tandreglering av mindre bettfel som inte medförde funktionsskada, risk för skada på tänder eller omgivande vävnader eller som inte innebar en allvarlig psykisk belastning för den enskilde. Annat exempel var upprepat slarv från patienten när det gällde borttappad tandställning.[16]

Åldersgränsen för avgiftsfri tandvård för unga vuxna höjdes år 2017 till 21 år, år 2018 till 22 år och år 2019 till och med det år personen fyller 23 år. Anledningen till utökningen av den avgiftsfria tandvården för unga var enligt regeringen att unga vuxnas levnadsvillkor över tid har förändrats. Studietiden är längre och det är svårare att etablera sig på arbetsmarknaden, vilket leder till att många först vid en högre ålder uppnår en ordnad och fast ekonomi. Genom höjd åldersgräns säkerställs att unga vuxna fortsätter gå förebyggande till tandvården vilket minskar risken för framtida tandvårdsproblem.[17] Det finns regioner som beslutat att införa en högre åldersgräns för tandvården till barn och unga vuxna i regionen.[18]

[15] Ibid.
[16] Prop. 1997/98:112, *Reformerat tandvårdsstöd.*
[17] Lagrådsremiss 2016-05-19, *Särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa*.
[18] Unga vuxna som är skrivna i Västra Götaland eller Gävleborgs län har rätt till fri tandvård till 31 december det år de fyller 24 år.

4.2.2 Dagens avgiftsfria tandvård till barn och unga vuxna

Folktandvården svarar för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 23 år. Regionen får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som regionen och dess folktandvård svarar för. Det finns enligt tandvårdslagen ingen rätt för barn och unga vuxna att fritt välja utövare av vårdgivare såsom det finns för de regionala särskilda tandvårdsstöden för vuxna. Samtliga regioner har dock infört valfrihet för den unge patienten vad gäller allmäntandvård på olika sätt, se vidare kapitel 7.

Vid sidan av allmäntandvård till barn och unga vuxna finns specialiserad tandvård vid behov som en del av den fullständiga tandvården som erbjuds den unge patienten. Regionen beslutar huruvida denna specialisttandvård ska ske i regionens regi, eller om privata vårdgivare ska kunna erbjuda vården samt huruvida patienten har en valfrihet att välja vårdgivare eller ej.

När tandvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas. Barnets inställning till den aktuella åtgärden ska så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till barnets ålder och mognad.[19]

Lagstiftaren har inte närmare beskrivit vilken tandvård som omfattas av tandvård till barn och unga vuxna mer än att barn och ungdom ska få regelbunden och fullständig tandvård. Med *regelbunden* avses en återkommande tandvård som ges så ofta att den goda tandhälsan kan upprätthållas. Med *fullständig* avses att såväl allmäntandvård som specialisttandvård ingår i vårdskyldigheten. Även vård för akuta tandbesvär ingår.[20] Tandvård som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat ska vara avgiftsfri för patienten. För övrig tandvård får regionen ta ut en kostnad för vården om patienten ändå begär att få behandlingen utförd.[21] Det är upp till varje region att närmare besluta om vilken tandvård som kan anses ingå inom det för barn och ungdom avgiftsfria åtagandet. Således finns det variationer avseende vilken tandvård som erbjuds till barn och unga vuxna, men även vilken ersättning en vårdgivare kan få för den regelbundna och fullständiga tandvården till en patient inom stödet. Nationella riktlinjer för barntandvård finns inte i dag, men utvecklas för närvarande

[19] 3–3 a §§ tandvårdslagen.
[20] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*
[21] 15 a § tandvårdslagen.

av Socialstyrelsen. För vidare information om nationella riktlinjer se avsnitt 4.9 i detta kapitel.

Dental försummelse

Personal inom tandvården har en anmälningsskyldighet till socialnämnden när de får kännedom om, eller misstänker, att ett barn far illa.[22] Med barn avses enligt socialtjänstlagen (2001:453) personer under 18 år och anmälningsplikten gäller inom såväl offentlig som privat tandvårdsverksamhet. Att barn underlåts möjligheten till tandvård kan vara en form av fysisk vanvård. Med dental försummelse avses bland annat att förälder försummat grundläggande skötsel av barnets tänder, inte söker vård vid behov eller att förälder återkommande missar barnets tider hos tandvården till nödvändig behandling för att inte ha värk, infektioner och ha en godtagbar oral funktion. Sveriges Tandläkarförbund har tagit fram ett policydokument som stöd för tandvården kring barn som far illa.[23] Även Socialstyrelsen har tagit fram vägledning.[24]

4.2.3 Tandvårdens ersättning och den tandvård som omfattas

Regionen beslutar vilken ersättningsmodell som används för att kompensera vårdgivaren som utför tandvård till barn och unga vuxna. Den ersättning som ges och de villkor som uppställs varierar således över landet. För den tandvård som erbjuds avgiftsfritt för patienten ersätts vårdgivaren av den region där patienten har sin hemvist. För tandvård som patienten begär, men som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat, får vårdgivaren i stället ersättning av patienten.

Det finns ingen nationell reglering om på vilket sätt och av vilken instans som ersättningsmodellen för tandvård till barn och unga vuxna ska beslutas. Flertalet regioner uppfattas besluta såväl modell som nivå på barnpeng i regionfullmäktige, alternativt inom hälso- och sjukvårdsnämnd.

[22] 3 § fjärde stycket tandvårdslagen (1985:125), 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).
[23] https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/01/barn-som-far-illa.pdf, uttag 2020-02-04.
[24] Socialstyrelsen. 2013. *Barn som far illa eller riskerar att fara illa – En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar*.

Respektive region bestämmer genom anvisningar och riktlinjer vilka tillstånd och behandlingar som ingår i ersättningen. Exempelvis från vilken ålder som barn ska börja kallas för undersökning, hur långa revisionsintervall som kan tillämpas, när nödvändiga bettkontroller sker och vilken tandvård som behöver förhandsprövas före behandling.

Barn och unga vuxna som inte aktivt listat sig hos en vårdgivare för tandvård hanteras av regionen där patienten är bosatt, vilket vanligen innebär att folktandvården tar ansvaret för att kalla patienten. I några regioner har detta sistahandsansvar i stället genom ett upphandlingsförfarande fördelats till privata vårdgivare.

4.3 Det statliga tandvårdsstödet

Det statliga tandvårdsstödet regleras i lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd[25] och Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:16) om särskilt tandvårdsbidrag.

4.3.1 Framväxten av det statliga tandvårdsstödet

Det första generella statliga tandvårdsstödet, den allmänna tandvårdsförsäkringen, infördes år 1974. Dessförinnan utfördes privat tandvård med fri prestationsanknuten prissättning medan folktandvårdens patienter betalade enligt en fastställd prestationsbaserad taxa.[26] Före år 1974 fanns en rätt till ersättning för tandvårdskostnader inom socialförsäkringen vid tre fall; viss tand- och käkbehandling föranledd av sjukdom och som gavs på centraltandpoliklinik, odontologisk fakultet eller allmänt sjukhus, tandvård i samband med havandeskap och barnafödande (mödratandvård) samt tandbehandling på grund av yrkesskada. Ersättningen uppgick till tre fjärdedelar av utgifterna, dock högst med tre fjärdedelar av de belopp som angavs i läkarvårdstaxan (1969:657). För yrkesskada utgick i princip

[25] Senaste omtryck HSLF-FS 2019:9.
[26] Ds 1997:16, *Tandvårdsförsäkring i omvandling.*

full ersättning från yrkesskadeförsäkringen.[27] Mödratandvården, som även kunde erbjudas av privata vårdgivare, användes som en test inför en allmän tandvårdsförsäkring och upphörde i och med införandet av 1974 års tandvårdsstöd. Dessa socialförsäkringsförmåner täckte tillsammans endast några få procent av de totala kostnaderna för tandvård i landet.[28] Den allmänna tandvårdsförsäkringen med tillhörande tandvårdstaxa infördes år 1974 och var en del av allmänna sjukförsäkringen. Målet med 1974 års stöd var att skapa lika möjligheter för alla medborgare till en god tandvård till överkomliga avgifter och tillkom i en tid med stora tandvårdsbehov hos befolkningen. Tandvårdsstödet utgick från en fastställd tandvårdstaxa som reglerade tandläkarens maximala arvode, uppdelat i tandvårdsersättning och patientavgift. Patientavgiften beräknades som en procentuell andel av det totala arvodet för behandlingen. Tandvårdsersättningen omfattade i princip alla typer av behandlingar och ersättningsnivån var högre vid mer omfattande tandvårdsbehandlingar. Tandvårdsersättning lämnades endast för behandling som var nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.[29]

På grund av ökade statliga utgifter för tandvård infördes år 1996 en nedre karensgräns och ersättningsnivåerna justerades, vilket ledde till höjningar av patientens kostnadsandel. Samtidigt infördes principen om lägsta effektiva omhändertagandenivå och lägsta godtagbara standard. Ungefär en tredjedel av patienterna hade kostnader överstigande karensgränsen och fick därigenom statligt tandvårdsstöd.[30] 1974 års tandvårdsstöd gav ett bra skydd mot höga tandvårdskostnader, vilket tenderade att upprätthålla efterfrågan på dyrbara behandlingar, men minskade efterfrågan på den viktiga regelbundna bastandvården.[31]

Efterhand som tandhälsosituationen förbättrats för flertalet vuxna uppkom behovet av ett annorlunda arvodes- och ersättningssystem, ett system som också innebar förbättrad konkurrens mellan den offentliga och den privata tandvården. Ett reformerat tandvårdsstöd infördes år 1999. Samtidigt avskaffades principerna om en högsta

[27] Prop. 1973:45, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag om allmän tandvårdsförsäkring m.m*.
[28] SOU 1972:81, *Allmän tandvårdsförsäkring.*
[29] Tandvårdstaxan (1973:638) samt Prop. 1973:45, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag om allmän tandvårdsförsäkring m.m*.
[30] Ds 1997:16, *Tandvårdsförsäkring i omvandling*.
[31] Socialutskottets betänkande 1997/98:*SoU25 Reformerat tandvårdsstöd*.

taxeersättning och prissättningen blev fri för vårdgivaren. Det generella tandvårdsstödet inriktades på att ge alla vuxna ett ekonomiskt stöd för den hälsofrämjande tandvården, så kallad bastandvård. Härigenom skulle vårdbehovet och därmed kostnaderna för enskilda och samhället på sikt minska. Endast behandling som var nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat ingick i tandvårdsstödet. Tandvårdsersättning lämnades för all bastandvård, undantaget undersökningar, med fasta grundbelopp per utförd åtgärd enligt fastställd tandvårdstaxa. Den fria prissättningen, och behovet av kostnadskontroll, medförde att ett fast krontalsbelopp var att föredra i stället för en procentuell andel av utförd åtgärd. Behandlingarna framgick av en åtgärdslista. Ersättningen motsvarade 30 procent av arvodesbeloppen enligt den förutvarande tandvårdstaxan från år 1997. Undersökningar undantogs av ekonomiska skäl ifrån tandvårdsersättningen, förutom för patienter mellan 20 år och 29 år som fick ett grundbelopp för att stimulera yngre att besöka tandvården. För mer kostnadskrävande behandlingar utanför bastandvården, främst omfattande protetik och tandreglering, infördes ett särskilt högkostnadsskydd med ett karensbelopp om 3 500 kronor. Karensbeloppet beräknades på grundbeloppen och inte på patientens kostnad vilket innebar att patientkostnaden var nästan tre gånger så hög innan skyddet trädde in. Därefter var skyddet i genomsnitt en tredjedel av åtgärdernas pris. Detta regelverk medförde sammantaget att patientens kostnad vid större behandlingar blev hög. Dessutom infördes en möjlighet att teckna abonnemang hos en vårdgivare, vilket innebar att patienten under två år betalade en fast avgift för bastandvård. För abonnemang lämnades tandvårdsersättning med ett fastställt grundbelopp.[32]

Ett förstärkt högkostnadsskydd till protetiska åtgärder för personer som fyllde 65 år och äldre infördes som ett komplement år 2002, kallad 65-plusreformen. Patientens kostnad begränsades till ett övre karensbelopp om 7 700 kronor samt kostnad för vissa material. Dessutom infördes för samma patientgrupp en ersättning enligt grundbelopp för undersökningar samt ett förhöjt grundbelopp för övrig bastandvård. Syftet var att stimulera de äldre att hålla en mer regelbunden kontakt med tandvården och för att öka de äldres ekonomiska möjligheter till bastandvård.[33]

[32] Prop. 1997/98:112, *Reformerat tandvårdsstöd.*
[33] Prop. 2001/02:51, *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.*

En ny utredning tillsattes år 2005 i syfte att ta fram ett förstärkt generellt tandvårdsstöd, bland annat med förbättringar för de stora åldersgrupper som i 1999 års system inte var berättigade till någon större ersättning. Samtidigt ansågs det viktigt att bygga vidare på de investeringar som gjorts inom barn- och ungdomstandvården genom att främja förebyggande regelbundna insatser för vuxna.[34] Det nuvarande statliga tandvårdsstödet infördes juli 2008 med målsättningen dels att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov genom ett allmänt tandvårdsbidrag, dels möjliggöra för individer med stora tandvårdskostnader att få tandvård till en rimlig kostnad genom ett skydd mot höga kostnader, oavsett den vuxne patientens ålder. Systemet bygger på fri etableringsrätt och fri prissättning i likhet med 1999 års system. Det statliga tandvårdsstödet konstruktion har utvecklats jämfört med tidigare tandvårdstaxor som fokuserade på val av olika behandlingsåtgärder i en åtgärdslista. I nuvarande tandvårdssystem väljer behandlaren först ett *tillstånd* som överensstämmer med den diagnos som fastställts för patienten. Tillstånden i tandvårdsstödet är vanligen en gruppering av olika diagnoser, men av ersättningstekniska skäl kan även en diagnos delas upp på olika tillstånd. När korrekt tillstånd valts finns ett antal ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder kopplade till det specifika tillståndet för att behandla patienten. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har till uppgift att närmare reglera vilken tandvård som är ersättningsberättigande. Tandvårdsstödet har sedan år 2008 successivt utvecklats med fler tillstånd och åtgärder.

När det allmänna tandvårdsbidraget infördes år 2008 fick vuxna patienter upp till 29 år och de som var 75 år och äldre ett dubbelt så högt belopp som övriga vuxna. År 2017 sänktes åldersgränsen för det högre bidraget från 75 år till 65 år. I april år 2018 fördubblades bidraget för samtliga med syftet att stimulera förebyggande behandling och att fler ska ha råd att besöka tandvården.

Särskilt tandvårdsbidrag infördes år 2013. Bidraget lämnas till vissa patientgrupper som är i ökat behov av förebyggande tandvård på grund av sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa.

Åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna har under senaste åren justerats successivt. Detta medför att unga vuxna först det år de fyller 24 ingår i det statliga tandvårdsstödet.

[34] Dir. 2005:136, *Nytt tandvårdsstöd för vuxna.*

4.3.2 Dagens statliga tandvårdsstöd

Från och med det år en person fyller 24 ingår denne i det statliga tandvårdsstödet under förutsättning att personen, när tandvårdsåtgärden påbörjats, är försäkrad för bosättningsbaserade förmåner enligt socialförsäkringsbalken, eller utan att vara bosatt här har rätt till förmåner som följer av Europaparlamentets och rådets förordning om samordning av de sociala trygghetssystemen.[35] Personer som bor i ett annat EU/EES-land eller Schweiz och är anställda i Sverige har rätt till statligt tandvårdsstöd. Personer som är anställda i ett annat EU/EES-land eller Schweiz har rätt till statligt tandvårdsstöd när de befinner sig i Sverige. Men den som inte bor i Sverige utan exempelvis är här på semester, tjänsteresa eller studerar, kan dock bara få tandvårdsstöd för tandvård som inte kan vänta tills personen rest till det land där personen har sin hemvist, syftet med vistelsen i Sverige får inte vara att söka tandvård.[36]

Med tandvård avses i tandvårdsstödet åtgärder för att förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador i munhålan. Tandvårdsstöd ska lämnas för förebyggande tandvård och för tandvård som patienten behöver och som syftar till att åstadkomma frihet från smärta och sjukdom, en förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, eller ett utseendemässigt godtagbart resultat. Behandlingens kvalitet och hållbarhet ska vägas mot kostnaderna och tandvården ska så långt som möjligt bevara munnens vävnader.[37] Dessa grundprinciper medför att rent estetisk tandvård inte ingår, såsom tandblekning eller tandreglering där avvikelsen inte är funktionellt eller utseendemässigt tydligt störande och av en viss omfattning. Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV har i sitt uppdrag att se till att kostnaderna för stödet håller sig inom anslagen ram.[38]

Tandvårdsstöd lämnas i form av allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag och tandvårdsersättning enligt skyddet mot höga kostnader. Högkostnadsskyddet är ettårigt och beräknas efter fastställda karensnivåer och referenspriser per tandvårdsåtgärd.

[35] 1 kap. 4, 5 §§ lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.
[36] Försäkringskassans hemsida https://www.forsakringskassan.se/tandvard/for-dig-inom-tandvarden/statligt-tandvardsstod, uttag 2019-03-28.
[37] 1 kap. 3 § lagen om statligt tandvårdsstöd.
[38] 5 b § förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

Statligt tandvårdsstöd ges inte för sådan tandvård som omfattas av regionernas särskilda tandvårdsstöd. Högkostnadsskydd enligt det statliga tandvårdsstödet lämnas inte heller för sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård.

4.3.3 Allmänt tandvårdsbidrag

Det allmänna tandvårdsbidraget (ATB) är ett stöd som ges till alla berättigade vuxna och som syftar till att minska patientens kostnader för regelbundna tandvårdsbesök och förebyggande tandvård. Bidraget kan användas som betalning eller delbetalning för alla ersättningsberättigande åtgärder. Bidraget lämnas i juli månad varje år som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan och dess storlek beror på patientens ålder. Patienter som fyller lägst 24 år och högst 29 år, eller lägst 65 år, får 600 kronor. Övriga åldersgrupper får 300 kronor.

ATB kan användas under en period av högst två år, räknat från den 1 juli varje år. Ett bidrag kan inte delas upp utan används för betalning vid endast ett tillfälle, däremot kan bidraget sparas och dubbla bidrag användas vid samma tillfälle. Bidraget kan även användas som en delbetalning av abonnemangstandvårdsavtal.

4.3.4 Särskilt tandvårdsbidrag till vissa riskgrupper

Förutom ATB kan patienten även ha möjlighet att få särskilt tandvårdsbidrag (STB). STB är ett kompletterande bidrag för förebyggande tandvård till personer som på grund av viss sjukdom eller funktionsnedsättning riskerar att få försämrad tandhälsa och stora tandvårdsbehov, vilka kan förhindras eller minskas genom förebyggande tandvård. STB är 600 kronor per halvår och bidraget går att dela upp vid flera besök men kan inte sparas till nästa halvårsperiod. STB får endast användas för förbyggande tandvårdsåtgärder och ges under förutsättning att patienten:

1. är muntorr på grund av långvarig läkemedelsbehandling,
2. är muntorr på grund av strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen,
3. har Sjögrens syndrom,
4. har kronisk obstruktiv lungsjukdom och har ordinerats syrgas eller näringsdryck,
5. har cystisk fibros,
6. har ulcerös colit,
7. har Crohns sjukdom,
8. har tarmsvikt,
9. har frätskador på tänderna och anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom,
10. har svårinställd diabetes,
11. genomgår dialysbehandling,
12. är immunosupprimerad på grund av läkemedelsbehandling, eller
13. har genomgått en organtransplantation.

STB har till syfte att uppmuntra till ökad förebyggande tandvård så att allvarliga munsjukdomar undviks. Vårdgivaren är den som primärt bedömer patientens möjlighet till STB. Patienten behöver å sin sida styrka att denne har viss funktionsnedsättning eller sjukdom och därmed möjlighet att få STB. Detta sker exempelvis genom en läkemedelsförteckning ifrån apoteket, kompletterat med en salivmätning hos tandläkaren för punkt 1, alternativt krävs ett läkarintyg för punkt 2–13.[39] Om vårdgivaren inte kan bedöma ifall patienten uppfyller villkoren för att få STB, eller om patienten själv vill pröva sitt berättigande, finns möjlighet att ansöka hos Försäkringskassan om förhandsprövning.[40] En sådan förhandsprövning kan även begäras av vårdgivaren.

[39] I Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:16) om STB framgår närmare kriterier för rätt till bidraget och vilket intyg som behövs. De diagnoser/tillstånd som möjliggör STB framgår av 4 a § förordningen om statligt tandvårdsstöd.
[40] 5 a § fjärde kapitlet lagen om statligt tandvårdsstöd.

Försäkringskassans möjlighet att begära återbetalning av en vårdgivare avseende för högt ersättningsbelopp begränsas vad gäller STB, under förutsättning att vårdgivaren har haft skälig anledning att anta att patienten varit berättigad till STB.

4.3.5 Referenspriser

En tandvårdsbehandling för ett visst tillstånd kan omfatta en eller flera tandvårdsåtgärder. För varje tandvårdsåtgärd finns fastställda referenspriser; ett referenspris för allmäntandvård och ett högre referenspris för tandvård som utförs efter remiss till specialist. Referenspriset ska vara ett normalpris för respektive åtgärd och spegla vad en åtgärd normalt kan kosta. De baseras på beräkningar av tidsåtgång för att utföra åtgärden, personalkostnader, åtgång av ett material med rimlig standard, en mottagnings direkta och indirekta kostnader inklusive avskrivningar och en viss utvecklings- och investeringsmarginal. Referenspriserna indexeras, alternativt beräknas om från grunden, varje år och publiceras i ett omtryck av TLV:s föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd den 15 januari varje år. Referenspriserna har två syften, dels vara en beräkningsgrund för patientens tandvårdsersättning, dels vara ett jämförelsepris till vägledning för patienten.

Referenspriset utgör grunden för beräkningen av patientens tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader. Patientens sammanlagda tandvårdskostnader i tandvårdsstödet beräknas därför med utgångspunkt i referenspriset för respektive utförd tandvårdsåtgärd, eller vårdgivarens pris om detta är lägre än referenspriset.[41] Vårdgivaren är fri att sätta sina egna priser. Priset ska dock vara skäligt med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt.[42] Patientens faktiska tandvårdskostnader kan således vara högre i det fall vårdgivarens pris överstiger referenspriset för en tandvårdsåtgärd.

[41] 2 kap. 4 § lagen om statligt tandvårdsstöd.
[42] 4 § tandvårdslagen.

4.3.6 Skyddet mot höga kostnader

Tandvårdsersättningen inom skyddet mot höga kostnader är en statlig subvention som lämnas till vårdgivaren när patienten har kommit över första karensgräns om 3 000 kronor. Det är patientens subvention, men behandlaren sköter den administrativa hanteringen mot Försäkringskassan. Upp till den första karensgränsen betalar patienten hela kostnaden för utförd tandvård till behandlaren, efter eventuellt avdrag för ATB. Vid kostnader över karensgränsen bekostar staten en andel enligt följande:

1. När en patient besöker en tandvårdsmottagning och får ersättningsberättigande tandvård utförd börjar en ersättningsperiod om ett år att löpa. Varje gång som en tandvårdsåtgärd slutförs adderas referenspriset, alternativt vårdgivarens pris om det är lägre, samman i Försäkringskassans system. När kostnaderna i referenspriser uppgår till 3 000 kronor börjar patientens skydd mot höga kostnader att gälla.
2. För kostnader mellan 3 000 och 15 000 kronor, beräknat som slutförda åtgärders referenspriser, betalar staten 50 procent av kostnaderna och patienten 50 procent. Om vårdgivarens priser är högre än referenspriserna betalar patienten även denna mellanskillnad. För denna överskjutande kostnad finns ingen subvention av staten.
3. När den totala kostnaden, beräknat i referenspriser, överstiger 15 000 kronor ökar den statliga subventionen till 85 procent. Allt annat lika enligt punkten ovan.

Det är möjligt för patienten att påbörja en ny ersättningsperiod innan den pågående perioden gått ut. Vårdgivaren anmäler i så fall detta till Försäkringskassan i samband med att en åtgärd rapporteras in,[43] exempelvis när en längre och mer kostsam behandling ska påbörjas.

[43] 4 § Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd.

4.3.7 Avtal om abonnemangstandvård

Abonnemangstandvård infördes i tandvårdsstödet redan år 1999 men har blivit allt vanligare på senare år. För närvarande erbjuds abonnemangstandvård främst av folktandvården. Det förekommer att privata vårdgivare erbjuder abonnemangstandvård, men det är ovanligt. Ett exempel är MyDentist, ett tandvårdsföretag med kliniker på 8 platser i landet. Deras abonnemangslösning har ett fast månatligt pris som enbart baseras på patientens ålder.[44]

Abonnemangstandvård och statens skydd mot höga kostnader är att betrakta som två separata delar av det svenska tandvårdssystemet eftersom ersättning som skydd mot höga kostnader inte kan lämnas för sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård.[45] Det är således inte möjligt för patienten att räkna in den behandling som har utförts inom abonnemanget i den beräknade högkostnadssumman. Patienten kan inte heller tillgodoräkna avgiften för abonnemanget som sådant. De behandlingar som inte omfattas av abonnemanget kan däremot berättiga till ersättning i det statliga tandvårdsstödet på vanligt sätt.

ATB och STB kan användas som delbetalning av abonnemangstandvård. Förutsättningen är att avtalet löper under en period av tre år och innehåller den tandvård som patienten behöver i form av undersökningar och utredningar, hälsofrämjande insatser, behandling av sjukdoms- och smärttillstånd samt reparativ vård.[46] Vårdgivare som erbjuder abonnemangstandvård kan för anslutna patienter rekvirera patientens ATB och STB oavsett om denna har besökt tandvården under året eller inte.

Abonnemangstandvård som bedrivs av regionernas folktandvårdsorganisationer, och som beskrivs nedan, benämns frisktandvård. Innan frisktandvårdsavtalet tecknas görs en undersökning av patienten. Visar undersökningen att patienten behöver någon form av behandling, genomförs denna innan avtalet träder i kraft. För detta betalar patienten vårdgivarens pris för behandlingen med stöd av det statliga tandvårdsstödets skydd mot höga kostnader. Är det mer omfattande behandlingar som krävs kan det således vara kostsamt för patienten att påbörja ett abonnemangsavtal. Enstaka region kan ha en avtalsmodell som även inkluderar denna tandvårdsbehandling i

[44] https://www.mydentist.se/behandlingar/abonnemang/ (uttag 2020-07-06).
[45] 2 kap. 5 § lag om statligt tandvårdsstöd.
[46] 2 kap. 2 § lag om statligt tandvårdsstöd.

avtalet. När patienten är färdigbehandlad görs en riskbedömning som kategoriserar patienten till en avgiftsklass. Ju högre risk för att utveckla sjukdomar, samt att utveckla skador i munnen, desto högre riskklass. Priserna på avgiftsklasserna bestäms av respektive region. Efter avtalsperioden på tre år görs en ny riskbedömning för att kontrollera att patienten fortfarande befinner sig i rätt riskklass. Patienten har möjlighet att ta med avtalet vid flytt till annan region. Vården utförs av behandlare som folktandvården anvisar. I frisktandsvårdsavtalet ingår undersökningar och utredningar, hälsofrämjande insatser som instruktioner och kostråd, akuttandvård samt behandling av sjukdoms- och smärttillstånd som karies, rotbehandling och tandlossning. Dessutom ingår reparativ vård i form av fyllningar och enstaka tandstödda kronor av standardmaterial. Ett personligt vårdprogram för egenvård, förebyggande vård och behandling tas fram utifrån den riskbedömning som utförs av patientens behandlare. Om patienten inte följer programmet för egenvård kan avtalet sägas upp av folktandvården.[47] Frisktandvård är en nationellt framtagen modell, men det finns en region som valt att ha egna regler kring vilka behandlingar som ingår. I frisktandvårdsavtalet ingår inte bettrehabiliterande behandling för att exempelvis ersätta förlorade tänder eller för att behandla bett som är dysfunktionella. Inte heller tandreglering eller behandling av endast estetiska skäl.

4.4 Specialisttandvård

4.4.1 Framväxten av specialisttandvården

Med specialisttandvård avses den tandvård som kräver en specialistkompetens hos den behandlande tandläkaren. Dåvarande landstingen fick år 1974 ett lagstadgat ansvar för specialisttandvård för vuxna bosatta inom landstingskommunen genom den numer upphävda folktandvårdslagen.[48] Specialisttandvården skulle i huvudsak utföras av folktandvårdens egna personal, bland annat med syftet att specialister i landstingens regi enklare kunde spridas över hela landet, specialister knutna till folktandvården kunde på ett avgörande sätt med-

[47] Nationella avtalsvillkor för Frisktandvård, daterade 2018-09-01.
[48] Ansvaret framgår sedan år 1986 i stället i tandvårdslagen (1985:125).

verka till att utarbeta effektiva vårdprogram och att de begränsade resurserna på detta sätt utnyttjades så effektivt som möjligt.[49]

4.4.2 Dagens specialisttandvård

Folktandvården ansvarar enligt tandvårdslagen för specialisttandvård för personer från och med det år de fyller 24 år.[50] Eftersom folktandvården även ansvarar för den fullständiga tandvården för personer till och med det år då de fyller 23 år så omhändertar specialisttandvården även vid behov barn och unga vuxna.[51] Regionerna får sluta avtal med privata vårdgivare om att utföra viss specialisttandvård.[52]

Specialisttandvård utförs såväl inom stödet för tandvård till barn och unga vuxna, inom det statliga tandvårdsstödet och inom de särskilda tandvårdsstöden i regionernas regi. Inom det statliga tandvårdsstödet finns särskilda referenspriser för tandvård som utförs efter remiss av behandlare till tandläkare med specialistkompetens om behandlingen sker inom dennes specialistområde. Allmäntandläkaren behandlar i stort sett samma tillstånd som specialisttandläkaren med skillnaden att patienter som remitteras till specialisttandläkare vanligen har stora eller komplicerade tandvårdsbehov. Specialisttandläkare tillämpar ofta ett högre pris bland annat med hänvisning till högre kostnader för vissa produktionsfaktorer. Utförs behandling av specialist på patient som inte är remitterad dit används i stället referenspriser för allmäntandvård för att beräkna patientens högkostnadsskydd, detta av kostnadseffektivitetsskäl.[53] Specialisttandvård till barn och unga vuxna utförs vanligen med anslagsfinansiering. Men viss specialistbehandling till barn och unga vuxna, vanligen inom ortodonti, hanteras i flera regioner med styckeprisersättning per patient via LOV. Tandvård enligt de särskilda tandvårdsstöden i regional regi utförs till styckesersättning per åtgärd enligt folktandvårdens prislista, men även till anslagsfinansiering för viss oralkirurgi.

[49] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m*.
[50] 7 § 2 tandvårdslagen (1985:125).
[51] 7 § 1 tandvårdslagen.
[52] 5 § tredje stycket tandvårdslagen.
[53] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Konsekvensutredning rörande föreslagen ändring i TLV:s föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd till 1 januari 2013.*

Inom tandvården finns nio olika specialiteter.[54] De flesta specialister arbetar inom folktandvårdens specialistmottagningar eller på sjukhus inom käkkirurgi och orofacial medicin. Det finns även specialister i privat regi, se vidare kapitel 7.

De olika specialiteterna

De olika specialiteterna kan med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter på området beskrivas på följande sätt:

Bettfysiologi: Utredning, diagnostisering och behandling av patienter som har smärta eller funktionsstörningar i käksystemet och närliggande organsystem.

Endodonti: Utredning, diagnostisering och behandling av patienter som har sjukdomar eller förändringar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna. I dagligt tal är en endodontist specialist på rotbehandlingar.

Käkkirurgi: Utredning, diagnostisering och behandling av patienter som har missbildningar, vävnadsförluster eller skador i munhålan, käkarna och omgivande vävnader. Inom specialiteten omhändertas patienter såväl vid klinik som i sluten vård.

Odontologisk radiologi: Diagnostisering och utvärdering av behandling på patienter som har orofaciala sjukdomar eller tillstånd genom bildgivande morfologiska och funktionella metoder. I dagligt tal röntgenundersökning.

Oral protetik: Diagnostisering och behandling av patienter som på grund av exempelvis trauma, medfödda alternativt förvärvade sjukdomar eller tillstånd har komplicerade vävnadsförluster i tänder, käkar och ansikte. I behandlingen ingår ersättning av förlorad vävnad med proteser av olika slag för att återskapa funktion, komfort och estetik.

Orofacial medicin: Diagnostisering och behandling av vuxna patienter som har orofaciala sjukdomar eller tillstånd men även systemsjukdomar, funktionsnedsättningar eller psykisk ohälsa. Inom specialiteten omhändertas patienter såväl vid klinik som inom sluten vård.

[54] Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2017:77) och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.

Ortodonti: Omhändertagande av patienter som har medfödda eller förvärvade käk-, bett- eller tandpositionsavvikelser. I dagligt tal tandreglering.

Parodontologi: Diagnostisering och behandling av patienter som har infektioner och sjukdomstillstånd i vävnader som omger tänder och dentala implantat. I dagligt tal behandlar en parodontolog tandlossningssjukdomar.

Pedodonti: Utredning, diagnostisering och behandling av barn och ungdomar med komplexa vårdbehov. Patienterna kan ha såväl systemsjukdomar och funktionsnedsättningar som en komplicerad odontologisk problematik. Inom specialiteten omhändertas patienter såväl vid klinik som i sluten vård.

4.5 Regionernas särskilda tandvårdsstöd till vuxna

Regionernas särskilda tandvårdsstöd regleras i tandvårdslagen, tandvårdsförordningen (1998:1338) och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Därtill kompletteras lagstiftningen med respektive regions anvisningar kring tandvårdsstödet.

Något enhetligt samlingsbegrepp för de olika stödformer som ingår i det regionala särskilda tandvårdsstödet i dag är inte fastslaget, varför ett flertal samlingsnamn används: regionernas särskilda tandvårdsstöd, selektivt tandvårdsstöd och tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift. Redan vid införandet av det första tandvårdsstödet år 1974 lyfts i förarbetena grupper med speciella tandvårdsproblem.[55] I förarbeten till 1999 års tandvårdsstöd beskrivs stöd till särskilda patientgrupper, medan det tredje steget i tandvårdsreformen benämnde stödet selektivt tandvårdsstöd. Utredningen har valt begreppet regionernas särskilda tandvårdsstöd för att hänvisa till dagens stöd, men begreppet selektivt tandvårdsstöd i utredningens förslag i kapitel 10 eftersom stödet selekterar ut vissa patienter med särskilda behov.

För de regionala särskilda tandvårdsstöden gäller att patienten fritt kan välja vilken vårdgivare som ska utföra behandlingen, så länge

[55] Prop. 1973:45, *Kungl. Maj:ts proposition med förslag om allmän tandvårdsförsäkring m.m.*

vårdgivaren är ansluten till det statliga tandvårdsstödet.[56] Undantagna från det fria valet är uppsökande verksamhet och oralkirurgiska åtgärder.

4.5.1 Särskilt tandvårdsstöd för oralkirurgiska åtgärder

Framväxten av tandvårdsstöd för oralkirurgiska åtgärder

Viss oralkirurgi ingick från juni 1952 i en fastställd förteckning som i begränsad omfattning genom den allmänna Försäkringskassan kunde ge sjukvårdsersättning, under förutsättning att vården utförts vid centraltandpoliklinik, tandläkarhögskola eller allmänt sjukhus. Ersättningen uppgick till tre fjärdedelar av utgiften, upp till tre fjärdedelar av fastställd taxa. Ersättning gavs i mycket begränsad omfattning. I den fastställda förteckningen för läkarvårdstaxan (1969:657) fanns åtgärd för svårare cystaoperation, behandling av käkskada av svårare beskaffenhet eller plastikoperation av större omfattning.[57]

Oralkirurgin reglerades på olika sätt i det tandvårdsstöd som infördes år 1974. Oralkirurgi som utfördes av allmäntandläkare samt specialisttandläkare inom folktandvården eller privattandvården ersattes inom det generella tandvårdsstödet enligt en särskild bilaga, till normalt alternativt förhöjt arvode. Ett tiotal åtgärder lyftes i en annan särskild bilaga till tandvårdsstödet för specialisttandpoliklinik eller motsvarande inom folktandvården samt behandling vid odontologisk fakultet. Det gällde bland annat undersökning i samband med utredning av smärttillstånd eller av sjukliga förändringar i munhålan eller dess omgivning, oralkirurgiska behandlingar som cystaoperation, rotspetsoperation, käkskadebehandling samt en mer öppet formulerad kod för ”härmed jämförliga behandlingar”. Statlig ersättning till hälso- och sjukvården lämnades enligt förordning (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m.[58] Patientavgiften sattes såsom för övrig hälso- och sjukvård. Motivet för att ha särskilda bestämmelser för vissa oralkirurgiska åtgärder var att de ofta utfördes vid specialistkliniker vid sjukhusen och att verksamheten var integrerad med sjukhusens verksamhet. Till exempel käkskadebehandlingar där vårdkostnaderna skulle bli betydande om

[56] 15 a § sjunde stycket tandvårdslagen.
[57] SOU 1972:81, *Allmän tandvårdsförsäkring.*
[58] Förordningen benämns numer förordning (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m.

vården utfördes vid tandvårdsspecialistklinik inom sjukhuset, jämfört med om motsvarande behandling utfördes inom sjukhuset i övrigt.[59]

Under mitten av nittiotalet utformades förslaget att endast sådana oralkirurgiska insatser som var att betrakta som ett led i en sjukdomsbehandling och som krävde ett sjukhus tekniska och medicinska resurser skulle omfattas. Propositionen återtogs dock.[60] År 1999 införs kravet att endast sådan oralkirurgiska insatser som kräver sjukhusresurser omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftsregler och Socialstyrelsen fick i uppgift att i samråd med dåvarande landstingen ta fram vilka situationer som krävde ett sjukhus resurser så att inga onödiga gränsdragningsproblem uppkom.[61] Den tandvård som kan hanteras av den ordinarie tandvården, exempelvis behandling med implantat, behandling av tandlossningssjukdom, operativt avlägsnande av tand samt rotspetsoperation, inryms sedan år 1999 i normalfallet inte längre inom det regionala särskilda tandvårdsstödet.[62] Patientavgift togs ut såsom för övrig öppenvård inom hälso- och sjukvården, om ersättning inte kunde ges enligt lagen (1962:381) om allmän försäkring.

Dagens tandvårdsstöd för oralkirurgiska åtgärder

De oralkirurgiska åtgärder som omfattas i regionernas särskilda tandvårdsstöd sedan år 1999 framgår av 2 § tandvårdsförordningen och är

- käkfrakturer,
- käkledskirurgi,
- rekonstruktiv och ortognat[63] kirurgi,
- utredning och behandling av oralmedicinska tillstånd,
- utredning och behandling av smärttillstånd,
- övriga oralkirurgiska behandlingar som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser.

[59] Ds 1997:16, *Tandvårdsförsäkring i omvandling.*
[60] Prop. 1995/96:119, *Reformerad tandvårdsförsäkring.*
[61] Prop. 1997/98:112, *Reformerat tandvårdsstöd.*
[62] Ibid. Förändringen medförde att 80 miljoner, halva den skattade kostnaden för oralkirurgi inom sjukvårdens ersättningssystem, togs av statsbidraget för att i stället finansiera tandvård som ett led i sjukdomsbehandling och uppsökande och nödvändig tandvård.
[63] Kirurgisk behandling av käkrelationsfel.

De oralkirurgiska åtgärderna är således främst kirurgiska ingrepp men även andra behandlingar omfattas. Den oralkirurgiska verksamheten för vuxna som bedrivs inom hälso- och sjukvårdens ersättningssystem svarar regionerna för och bekostar. För detta utgår inget särskilt statsbidrag.[64]

Tandvården ges till hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Detta innebär att den vuxna personen endast betalar avgift upp till hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Övriga kostnader bär regionen. Regionen beslutar om patientavgiften för varje besök som därför kan skilja sig åt över landet.

Socialstyrelsen har konstaterat skillnader mellan vilken tandvård som erbjuds på de olika käkkirurgiska klinikerna över landet och vad vården kostar patienten eftersom tillämpningen av 2 § tandvårdsförordningen varierar. De patienter som inte får ta del av det särskilda stödet hänvisas till statliga tandvårdsstödet i stället.[65]

4.5.2 Särskilt tandvårdsstöd som ett led i sjukdomsbehandling, under en begränsad tid

Framväxten av tandvårdsstöd som ett led i sjukdomsbehandling

I likhet med oralkirurgin, se avsnitt 4.5.1 ovan, fanns i läkarvårdstaxan från år 1969 en möjlighet för patienten att få ersättning för utgifter för viss tandläkarvård som föranleddes av sjukdom och som togs upp i den fastslagna förteckningen i taxan. Detta under förutsättning att tandvården utfördes av tandläkare vid centraltandpoliklinik, odontologisk fakultet eller allmänt sjukhus. I förteckningen återfanns resektionsproteser, obturatorer eller dylikt samt viss käkortopedi (behandling av käk- och ansiktsdefekter, dock ej tandreglering). Ersättningen uppgick till tre fjärdedelar av utgiften, upp till tre fjärdedelar av taxan.[66]

Viss tandvård som ett led i sjukdomsbehandling fanns med i 1974 års statliga tandvårdsstöd där 9 § omfattade tandvårdsbehandling

[64] Ds 2010:42, *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning*. Utredningen kan dock konstatera att 2 § 2 p. förordning (1984:908) om vissa statsbidrag och försäkringsersättningar för sjukvård m.m. alltjämt är gällande avseende oralkirurgin även om den inte förefaller tillämpas längre.
[65] Socialstyrelsen, 2018, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget – slutrapport*.
[66] SOU 1972:81, *Allmän tandvårdsförsäkring*.

– som görs till följd av medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet, såvida inte missbildningen är av endast ringa omfattning,
– av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet,
– som görs om på grund av avvikande reaktion mot dentala material,
– av tandskada på epileptiker som uppkommit vid epileptiskt anfall, eller
– som görs till följd av muntorrhet på grund av strålbehandling eller Sjögrens syndrom.

Försäkringskassan betalade genom tandvårdsersättning hela kostnaden för behandlingen. Efter utförda behandlingar (förutom behandling på grund av avvikande reaktion mot dentala material) lämnades även ersättning för lagning, ändring eller utbyte av den tidigare behandlingen. Behandlingar på grund av muntorrhet lyftes år 2013 över till särskilt tandvårdsbidrag inom det statliga tandvårdsstödet. Behandlingar avseende avvikande reaktioner mot dentala material lyftes ur gruppen år 1999 och fick i stället en egen reglering i tandvårdsförordningen. Utbyte av tandfyllningar som ett led i en medicinsk behandling och stöd för extrem tandvårdsrädsla redovisas särskilt i avsnitt 4.5.4 och 4.5.5 nedan eftersom dessa har egen reglering i tandvårdsförordningen.

Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling utökades i samband med att dåvarande landstingen övertog ansvaret från staten år 1999 till att även omfatta behandlingar på patienter

– som ska genomgå kirurgiskt ingrepp där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav,
– som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan,
– som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom,
– som genomgår strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen,
– med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (orofaciala smärtsyndrom), och
– som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné.

I samband med att dåvarande landstingen övertog ansvaret överfördes tandvårdsbehandlingarna till att ingå som en del av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem för öppenvård. Kostnaden för detta särskilda stöd uppskattades år 1998 vara 225 miljoner kronor vilket staten skulle ersätta landstingen med.

År 2013 tillfördes behandling av frätskador på tänderna som orsakats av anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom på patienter som är medicinskt rehabiliterade. Samtidigt tillfördes även medicinsk behandling som en anledning till fullständig infektionsfrihet vid sidan av kirurgiskt ingrepp.

Dagens tandvård som ett led i sjukdomsbehandling

Detta särskilda tandvårdsstöd benämns S-tandvård enligt regionernas terminologi och omfattar i regionernas statistik även den tandvård som berörs under avsnitt 4.5.4 och 4.5.5.

Tandvårdsbehandling som är ett led i en sjukdomsbehandling som utförs under en begränsad tid kan ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Tanken bakom stödet är att en behandling inom sjukvården inte ska behöva ställas in, eller få sämre förutsättningar, beroende på vilken tandvårdsbehandling patienten har råd med. Den tandvård som avses är antingen tandvård som utgör en del av själva sjukdomsbehandlingen, eller så ska orsaken till tandvårdsbehovet vara personens sjukdomstillstånd.[67]

De behandlingar som inte är ett nödvändigt led i en sjukdomsbehandling får patienten bekosta med hjälp av det statliga tandvårdsstödet.

Det särskilda tandvårdsstödet för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under en begränsad tid framgår av 3 § tandvårdsförordningen och omfattar tandvårdsbehandling

[67] Socialstyrelsen, 2016, *Meddelandeblad Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift*.

1. till följd av medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet, om inte missbildningen endast är av ringa omfattning,
2. av defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet,
3. av tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall,
4. på patienter som ska genomgå kirurgiskt ingrepp eller medicinsk behandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav,
5. på patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan,
6. på patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom,
7. på patienter som genomgår strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen,
8. på patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (orofaciala smärtsyndrom),
9. på patienter som utreds och behandlas för allvarlig sömnapné, och
10. av frätskador på tänderna som orsakats av anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesofageal refluxsjukdom på patienter som är medicinskt rehabiliterade.

För att punkt 1–2 ovan ska omfattas av regionernas särskilda stöd krävs även att behandling utförs av en tandläkare med specialistkompetens eller av en tandläkare vid en käkkirurgisk klinik, högskola eller ett universitet där odontologisk utbildning och forskning bedrivs eller vid en klinik för specialisttandvård.[68]

Med behandling under begränsad tid menas att om sjukdomen är av kronisk karaktär ska personer efter en inledande period av diagnostik och utprovning av lämplig terapi överföras till det statliga tandvårdsstödet. I grupper där kroniskt tillstånd inte finns, men där behandlingen inte hunnit avslutas inom ett år, är ett sådant överförande inte aktuellt.[69]

Innan en behandling inleds prövas behandlingsförslaget av den region där personen är bosatt, om regionen inte beslutat att för-

[68] 3 § tandvårdsförordningen (1998:1338).
[69] Socialstyrelsen, 2016, *Meddelandeblad Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift.*

handsprövning inte krävs för vissa typer av behandlingar. Varje enskilt ärende angående ersättning bedöms för sig.

Tandvården ges till hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om patientavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Detta innebär att den vuxna personen endast betalar patientavgift upp till högkostnadsskyddet, övriga kostnader bär regionen. Respektive region beslutar om patientavgiften för varje besök som därför kan skilja sig åt över landet.

Socialstyrelsen har konstaterat att det varierar mellan regionerna i hur många från de olika målgrupperna som får ta del av tandvård som led i sjukdomsbehandling. Regionernas bedömningstandläkare bedömer att det är svårt att bedöma om enskild person kvalificeras inom målgrupp eller inte.[70] Se vidare kapitel 10.

4.5.3 Särskilt tandvårdsstöd för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Framväxten av tandvårdsstöd för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

En långvarig sjukdom eller bestående funktionsnedsättning kan medföra sämre förutsättningar att bibehålla en god tandhälsa. Det kan vara sjukdomen, funktionshindret, medicineringen eller sjukdomsbehandlingen som medför en ökad mottaglighet för tandsjukdom, vilket i sin tur medför ett ökat behov av tandvård eller förebyggande behandling. Vissa patienter kan behöva en längre behandlingstid än normalt på grund av vilopauser eller andra anpassningar. Andra kan behöva täta kontakter med förebyggande åtgärder.[71]

Patientgruppens särskilda tandvårdsstöd infördes inom det dåvarande statliga tandvårdsstödet år 1999 och administrerades av de allmänna försäkringskassorna. Rätten till det särskilda stödet byggde inte på specifika diagnoser utan på en prövning av om patienten har ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionshinder. Stödet gällde den bastandvård som var nödvändig på grund av sjukdomen eller funktion-

[70] Socialstyrelsen, 2018, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget – Slutrapport.*
[71] Ds 1997:16, *Tandvårdsförsäkring i omvandling.*

hindret.[72] En sjukdom ansågs vara långvarig om det kunde antas att den varade längre än ett år.[73]

Skälet till att inte ange bestämda diagnoser var att ett stort antal sjukdomar och funktionsnedsättningar kan innebära risker för tandhälsan och att en och samma diagnos kan innebära olika följder för olika personer, alltifrån ingen påverkan till gravt oralt handikapp.[74] Intentionen bakom stödet var att tandvårdskostnaderna för patientgruppen efter tandvårdsersättning skulle motsvara vad övriga personer betalade för tandvård. Patienter med ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder fick ersättning med dubbla grundbelopp (förhöjd ersättning) för all bastandvård som var nödvändig på grund av sjukdomen eller funktionshindret. Behandlingar för protetiska åtgärder och andra åtgärder utanför bastandvården hanterades även utan karensbelopp. Innan behandling kunde utföras enligt tandvårdsstödet behövdes Försäkringskassans förhandsprövning av ifall patienten uppfyllde satta kriterier. Vanligen krävdes en bedömning både av en tandläkare och en läkare vid Försäkringskassan med god erfarenhet av patientgruppen och såväl läkarintyg som långsiktig vårdplan.[75] Beslutet gällde ett år om inte särskilda skäl förelåg för längre tidsperiod.[76] Vanligaste anledningar till stödet, enligt en utvärdering genomförd år 2002, var psykiska sjukdomar, reumatoida sjukdomar, immunosjukdom (transplanterade patienter) och neurologiska sjukdomar.[77]

När det nuvarande statliga tandvårdsstödet infördes år 2008 upphörde det särskilda stödet till denna patientgrupp. Regeringen gjorde bedömningen att det nya högkostnadsskyddet som infördes bättre skulle ge ett skydd för de som har behov av omfattande och kostsamma behandlingar. För de som i första hand behövde regelbunden förebyggande behandling kunde det bli en viss ökning av tandvårdskostnaderna vilket motiverade fortsatt utredning.[78]

Dagens särskilda tandvårdsstöd för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning inom regionernas regi infördes år 2013. I syfte att ytterligare tydliggöra vilka som ingår i patient-

[72] 9 § andra stycket förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.
[73] Riksförsäkringsverkets allmänna råd (2001:5) om tandvårdsförsäkringen.
[74] Ds 1997:16, *Tandvårdsförsäkring i omvandling.*
[75] Prop. 2011/12:7, *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar*.
[76] 11 § Riksförsäkringsverkets föreskrifter för verkställigheten av förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa.
[77] Prop. 2011/12:7, *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar*.
[78] SOU 2007:19, *Friskare tänder – till rimliga kostnader.*

gruppen och för att administrationen av stödet ska vara så enkel som möjligt angavs de sjukdomar och funktionsnedsättningar som ska kunna ligga till grund för stödet i tandvårdsförordningen. Eftersom sjukdomen eller funktionsnedsättningen kan förekomma i olika allvarlighetsgrad ansågs det även nödvändigt att göra en bedömning i varje enskilt fall ifall sjukdomen eller funktionsnedsättningen medförde väsentligen ökade behov jämfört med en person som inte har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning. Det väsentliga ska vara om patienten har en sjukdom eller funktionsnedsättning av en sådan allvarlighetsgrad som typiskt sett leder till en ökad förekomst av tandsjukdomar. Syftet med stödet är att det inte ska uppstå nämnvärda ekonomiska hinder för dessa patienter att få den tandvård som de har behov av. Det är viktigt att målgruppen kan hålla sig infektionsfria oralt.[79]

De patientgrupper som ingår i det särskilda stödet för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning ansågs av regeringen kunna variera över tid, så att de som ingår är de patientgrupper som anses ha de största behoven. För att detta ska vara möjligt krävs bättre kunskapsunderlag eftersom sammanvägda bedömningar måste göras. Socialstyrelsen ansågs ha de bästa medicinska förutsättningarna för att ta fram kunskapsunderlag och göra bedömningar och avgränsningar som är nödvändiga.[80]

Dagens tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Detta särskilda tandvårdsstöd benämns F-tandvård enligt regionernas terminologi. Personer som har stora behov av tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kan få särskilt tandvårdsstöd, eftersom sjukdomen eller funktionsnedsättningen kan medföra sämre förutsättningar att bibehålla tandhälsa än vad friska personer har.

Den tandvård som omfattas av det särskilda stödet, enligt 3 a § tandvårdsförordningen, är tandvårdsbehandling på personer om har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling på grund av

[79] Prop. 2011/12:7, *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar*.
[80] Ibid.

1. svår psykisk funktionsnedsättning,
2. Parkinsons sjukdom,
3. multipel skleros,
4. cerebral pares,
5. reumatoid artrit,
6. systemisk lupus erythematosus,
7. sklerodermi,
8. amyotrofisk lateralskleros,
9. orofacial funktionsnedsättning, eller
10. symtom som kvarstår sex månader efter det att personen har fått hjärninfarkt eller hjärnblödning (stroke).

Även tandvårdsbehandling på personer som på grund av en sällsynt diagnos har stora svårigheter att sköta sin munhygien, stora svårigheter att genomgå tandvårdsbehandling, eller som har orofaciala symtom omfattas av stödet.[81]

Patienten ska ha stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling för att tillhöra det särskilda tandvårdsstödet. Detta innebär att patienten ska ha en svår till fullständig funktionsnedsättning, strukturavvikelse eller aktivitetsbegränsning.[82] Med funktionsnedsättning avses nedsättning av fysisk, psykisk eller intellektuell funktionsförmåga. Med strukturavvikelse avses en förlust eller avvikelse i kroppsstruktur. Med aktivitetsbegränsning avses svårighet vid genomförande av aktiviteter i sin aktuella miljö och utan assistans.[83] För patienter med amyotrofisk lateralskleros behöver inte någon bedömning av funktionstillståndet utföras. För patienter med en sällsynt diagnos, vilket avser patienter med en diagnos som finns hos högst 100 personer per miljon invånare och som leder till omfattande funktionsnedsättning, kan kraven i stället även vara orofaciala symtom (tal-, ät-, sväljsvårigheter eller nedsatt salivkontroll).

[81] 3 a § tandvårdsförordningen (1998:1338).
[82] 4 § andra stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:7) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.
[83] Socialstyrelsen, 2012, *Meddelandeblad Nya föreskrifter om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.*

Den tandvård som omfattas av stödet bör främst syfta till att hålla munnen infektionsfri, vilket kan vara undersökningar, riskbedömningar, hälsofrämjande eller sjukdomsförebyggande åtgärder, kirurgiska åtgärder, rotbehandlingar, bettfysiologiska eller reparativa åtgärder.[84] Behandling med fastsittande protetik ingår inte i detta särskilda stöd, utan vid behov får patienten i stället använda det statliga tandvårdsstödet. Undantaget infördes av kostnadsskäl, avtagbar protetik ingår dock.

Socialstyrelsen har föreskrivit[85] om hur de olika sjukdomsgrupperna närmare ska bedömas samt publicerat ett vägledande meddelandeblad. Myndigheten har även utformat ett särskilt intyg som läkare ska använda för att styrka sjukdom eller funktionsnedsättning samt göra en bedömning av om personen har en svår till fullständig nedsättning eller begränsning av angivna funktionstillstånd. Vid bedömningen tillämpas en ICF-klassifikation av funktionstillstånd och funktionshindret. Läkaren ska även göra en sammantagen bedömning om personens funktionstillstånd ger stora svårigheter att sköta munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Därefter kan regionen besluta att utfärda ett tandvårdskort som ger patienten tillhörighet till detta särskilda stöd.

Innan en behandling inleds ska behandlingsförslaget prövas av den region där personen är bosatt, om regionen inte beslutat att förhandsprövning inte krävs för vissa typer av behandlingar.

Tandvården ges till hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Detta innebär att personen endast betalar en fastställd patientavgift upp till högkostnadsskyddet, övriga kostnader bär regionen. Regionen beslutar om patientavgiften för varje besök som därför kan variera över landet.

Antalet personer som får ta del av det särskilda stödet varierar över landet. Enligt Socialstyrelsens kartläggning upplever läkare svårigheter med att bedöma ”svår till fullständig funktionsnedsättning” och det upplevs även svårt att bedöma vilka som ingår i målgruppen. Administrationen kring stödet upplevs som krångligt och kunskapen kring stödet lågt.[86] Se vidare kapitel 10.

[84] Prop. 2011/12:7, *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar*.
[85] Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.
[86] Socialstyrelsen, 2018, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget – Slutrapport.*

Patienter som kan omfattas av mer än ett särskilt tandvårdsstöd

Tandvårdsstödet kan för vissa patienter medföra en möjlighet till stöd enligt mer än en stödform, där dessa överlappar varandra. Regionerna har därför i sin förhandsbedömning enhetligt valt att hantera regelverket så att nödvändig tandvård används, till fördel för patienten, framför tandvård till personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning i den mån bägge stöden anses tillämpliga.[87] Exempelvis en person med reumatoid artrit och omfattande omsorgsbehov. Härigenom ges möjlighet till fast protetik i vissa fall.

4.5.4 Särskilt tandvårdsstöd för extremt tandvårdsrädda personer

Framväxten av tandvårdsstöd för extremt tandvårdsrädda personer

Det särskilda tandvårdsstödet för extremt tandvårdsrädda personer infördes år 1999. Under förutsättning att rädslan var så stor att patienten inte förmådde uppsöka tandvården förrän ett akut vårdbehov uppkom bedömdes behandling av den extrema tandvårdsrädslan och det under lång tid ackumulerade tandvårdsbehovet omfattas av stödformen. När patienten var rehabiliterad och det uppdämda behovet av tandvård var tillgodosett upphörde patientens tillhörighet till detta stöd.[88] Behandlingarna ingick som en del av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem för öppenvård.

Stödet ändrades år 2004 till att endast omfatta behandling av den extrema tandvårdsrädslan och den tandvård som utförs under denna behandling. För övrig tandvård får patienten därefter använda det statliga tandvårdsstödet.

Dagens tandvårdsstöd för extremt tandvårdsrädda personer

Dagens tandvård för extremt tandvårdsrädda personer framgår av 4 och 5 §§ tandvårdsförordningen. Dessa behandlingar är dock i likhet med de i 3 § upptagna behandlingarna tandvård som utförs ett led i en sjukdomsbehandling och de utförs under en begränsad tid. Som extremt tandvårdsrädd räknas den som trots ett stort objektivt

[87] Information från respektive region är inhämtad under april 2019.
[88] Prop. 1997/98:112, *Reformerat tandvårdsstöd*.

och subjektivt behandlingsbehov under ett stort antal år avhållit sig från tandbehandling, bortsett från kortvariga, akuta ingrepp. Samt som vid utredning hos både tandläkare och legitimerad psykolog, psykoterapeut eller legitimerad psykiater bedömts lida av extrem tandvårdsrädsla.

Den behandling som ersätts till hälso- och sjukvårdsavgift är främst behandling av den extrema tandvårdsrädslan och den tandvård som utförs under denna behandling. Därefter får personen i stället använda det statliga tandvårdsstödet för resterande behandlingsbehov.[89]

Behandlingen ska utföras av en tandläkare eller tandhygienist som har en icke obetydlig erfarenhet av extremt tandvårdsrädda personer. Behandlingen ska utföras i samverkan med legitimerad psykolog, psykoterapeut eller psykiater. Det ska även finnas en behandlingsplan som personen har accepterat.[90]

Innan en behandling inleds ska behandlingsförslaget prövas av den region där personen är bosatt, om regionen inte beslutat att förhandsprövning inte krävs för vissa typer av behandlingar.[91]

Det finns enligt Socialstyrelsen en risk att extremt tandvårdsrädda inte fångas upp av hälso- och sjukvården och regelverket upplevs väl snävt.[92] Se vidare kapitel 10.

4.5.5 Särskilt tandvårdsstöd för utbyte av tandfyllningar

Framväxten av tandvårdsstöd för utbyte av tandfyllningar

Tandvårdsbehandling som gjordes om på grund av avvikande reaktion mot dentala material utfördes kostnadsfritt inom 1974 års tandvårdsstöd.

Tandfyllningar som byts ut som ett led i en medicinsk rehabilitering i samband med långvariga sjukdomssymtom tillfördes år 1999. Samtidigt överfördes patientens kostnad för behandlingarna till att ingå inom bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen om vårdavgifter som avser öppen hälso- och sjukvård.

[89] 4 § tandvårdsförordningen (1998:1338).
[90] 5 § tandvårdsförordningen (1998:1338).
[91] 10 § tandvårdsförordningen (1998:1338).
[92] Socialstyrelsen, 2018, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget – Slutrapport.*

Dagens särskilda tandvårdsstöd för utbyte av tandfyllningar

Dagens särskilda stöd för utbyte av tandfyllningar framgår av 6 och 7 §§ tandvårdsförordningen. Dessa behandlingar är dock i likhet med de i 3 § upptagna behandlingarna tandvård som utförs ett led i en sjukdomsbehandling och de utförs under en begränsad tid. Personer som fått avvikande reaktioner mot dentala material kan få sina tandfyllningar utbytta till hälso- och sjukvårdsavgift.[93] Det kan även avse den person som i samband med långvariga sjukdomssymtom får sina tandfyllningar utbytta som ett led i en medicinsk rehabilitering. Som krav ställs att utbytet sker med anledning av en utredningsplan och som ett led i en behandlingsplan. Planen ska upprättas under ledning av en läkare med specialistkompetens inom ett område som har anknytning till något eller några av personens symtom. Innan åtgärderna påbörjas ska regionen bedöma förutsättningarna för de föreslagna åtgärderna.[94]

4.5.6 Särskilt tandvårdsstöd för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade

Framväxten av tandvårdsstöd för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade

Ålder, sjukdom och funktionshinder kan medföra ett ökat behov av tandvård hos vissa personer, samtidigt som dessa personer av olika skäl inte alltid efterfrågar den tandvård de behöver. Tandhälsan kan samtidigt vara sämre än hos befolkningen i övrigt. För att bibehålla munhälsan i gott skick krävs daglig munvård, något som kan glömmas bort när den behövs som mest.[95]

Personer som bor i särskilda boendeformer för service och omvårdnad, samt personer som bor i egen bostad och har så stora behov av vård och/eller omsorg att dessa personer kan jämställas med boende på sjukhem eller motsvarande, erbjöds att från år 1999 utan avgift få sitt munhälsotillstånd bedömt och få den nödvändiga tandvården utförd mot en avgift som tillämpades inom den öppna hälso- och sjukvården. Avgörande för om en person skulle omfattas av detta stöd var inte boendeformen utan det individuella vårdbehovet.

[93] 6 § tandvårdsförordningen (1998:1338).
[94] 7 § tandvårdsförordningen (1998:1338).
[95] Ds 1997:16, *Tandvårdsförsäkring i omvandling.*

De grupper av personer som närmast ansågs komma i fråga för stödet var somatiskt eller psykiskt långtidssjuka, äldre personer som behövde särskild service och stöd och omvårdnad, yngre personer med funktionsnedsättning som hade motsvarande behov, personer som hade hemsjukvård, personer som omfattades av lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) samt personer som i övrigt hade sådana behov av vård, omsorg och service att de inte själva kan söka tandvård.[96]

Dåvarande landstingen förutsattes ta initiativ till samarbete med kommunerna angående det praktiska genomförandet av detta särskilda stöd, överenskommelser med kommunerna ansågs underlätta genomförandet. Ersättning från staten till landstingen uppskattades år 1998 till en årlig kostnad om 260 miljoner kronor. Patienten fick rätten att välja om behandlingen skulle utföras av folktandvården eller av annan juridisk person som var uppförd på en förteckning av Försäkringskassan. Det ansågs lämpligt att det för varje boendeenhet, hemtjänstområde eller liknande fanns en överenskommelse med en vårdgivare om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård så att ansvaret hölls samman, även om det stod patienten fritt att vända sig till annan vårdgivare.

Den uppsökande verksamheten förutsattes omfatta en enklare munvårdsbedömning av behovet av daglig munvård, en individuell rådgivning och instruktion om daglig munvård, ett erbjudande om fullständig undersökning och eventuell nödvändig behandling samt handledning av vård- och omsorgspersonalen så att de kan hjälpa de som behöver hjälp med den dagliga munvården.[97]

Den nödvändiga tandvård som kunde bli följden av en munvårdsbedömning förutsattes vara grundad på realistiska behandlingsbehov. En bedömning med hänsyn till den enskildes allmäntillstånd och behov så att tandvården medverkade till en påtaglig förbättring av förmåga att tillgodogöra sig föda och därigenom en ökad livskvalitet. Det ansågs angeläget att mer schablonmässiga regler skapades så att det var möjligt för berörd vårdgivare att själv avgöra ifall en viss behandling inrymdes inom det särskilda tandvårdsstödet, även om förhandsprövning kunde vara aktuellt vid mer omfattande och kostnadskrävande behandlingar.[98]

[96] Prop. 1997/98:112, *Reformerat tandvårdsstöd.*
[97] SOU 1998:2, *Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvård.*
[98] Prop. 1997/98:112, *Reformerat tandvårdsstöd.*

Personkretsen som omfattades av bestämmelserna om uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård inskränktes år 2004 genom ett tydliggörande om ett individuellt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.[99]

Dagens uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade

Målgrupp för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård

Uppsökande verksamhet ska, enligt 8 a § tandvårdslagen, särskilt bedrivas bland dem som

1. omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, eller
2. har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som
   a) omfattas av en kommuns ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30),
   b) får hälso- och sjukvård i hemmet (hemsjukvård), eller
   c) är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg som personer som omfattas av 2 a eller 2 b ovan.[100]

Regionerna ska även se till att nödvändig tandvård erbjuds dessa patienter. Regionerna får vanligen uppgifter om vilka personer som berörs av den uppsökande verksamheten ifrån kommunerna. Gränsdragningen avseende vilka som ingår i målgruppen för detta särskilda stöd kan vara svår. Antalet personer som fått ta del av stödet varierar därför mellan regionerna.[101] För ett utvecklat resonemang kring detta se vidare kapitel 10.

[99] SFS 2003:1209.
[100] 8 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).
[101] Socialstyrelsen, 2013, *Målgruppen för de särskilda tandvårdsstöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård – Redovisning av regeringsuppdrag,* samt Socialstyrelsen, 2018, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget – Slutrapport.*

Avgiftsfri munhälsobedömning inom uppsökande verksamhet

Den som ingår i denna grupp ska erbjudas en för personen avgiftsfri munhälsobedömning genomförd av tandvårdspersonal. Munhälsobedömningen omfattar en bedömning av behovet av munhygieninsatser och en preliminär bedömning av behovet av nödvändig tandvård (för nödvändig tandvård se nedan). När behovet bedöms ska utgångspunkten vara vilken munhygien den enskilde, eller den som vårdar denne, kan klara av att utföra.[102] I praktiken innebär munhälsobedömningen även en praktisk instruktion i egenvård till den enskilde eller den som i dennes ställe sköter munvården.[103] Informationen om munvårdsbehov noteras vanligen på ett särskilt munvårdskort. Munvårdskortet förklarar för den enskilde, eller den som vårdar, vad som bör ingå i daglig munvård i det individuella fallet.

Patienten har inte ett fritt val att välja om munhälsobedömningen ska utföras av folktandvården eller av en privat vårdgivare ansluten till det statliga tandvårdsstödet.[104] Det fria valet hänförs till tandbehandlingar, en munhälsobedömning är ingen behandling. Enligt förarbeten till lagen var avsikten inte att patienten skulle ges en möjlighet att välja vem som ska utföra den uppsökande verksamheten, däremot gäller det fria valet utföraren av nödvändig tandvård.[105] Det förutsattes dock att dåvarande landstingen själva skulle konkurrensutsätta verksamheten och det ansågs lämpligt att ansvaret för uppsökande och nödvändig tandvård hölls samman genom ett avtal eller liknande mellan varje boendeenhet och en vårdgivare.[106] Den vårdgivare som utför den uppsökande verksamheten har även möjlighet att erbjuda patienten nödvändig tandvård. Vanligast är att den uppsökande verksamheten i regionerna drivs i egen regi av folktandvården, i fem regioner drivs den av upphandlad leverantör.[107]

[102] 8 § tandvårdsförordningen (1998:1338).
[103] Socialstyrelsen 2013, *Målgruppen för de särskilda tandvårdsstöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård – Redovisning av regeringsuppdrag*.
[104] 15 a § sjunde stycket tandvårdslagen (1985:125).
[105] Socialutskottets betänkande 1997/98:SoU25, *Reformerat tandvårdsstöd.*
[106] Prop. 1997/98:112, *Reformerat tandvårdsstöd.*
[107] Enligt utredningens enkät till regionerna i mars–april 2019.

Handledning av vårdpersonal inom uppsökande verksamhet

I en uppsökande verksamhet bör även handledning av vård- och omsorgspersonal ingå, så att personalen kan hjälpa personer som behöver och vill ha hjälp med den dagliga munvården.[108] Målet med utbildningen är att omvårdnadspersonalen ska få kompetens att sköta den dagliga munvården och att de kan tolka symtom och signaler som uttrycker ett behov av tandvårdsinsatser.[109] Utbildningen är inte författningsreglerad utan omnämns i förarbeten. Utformning och genomförande av dessa utbildningar varierar mellan olika regioner. Det kan till exempel vara grund-, eller vidareutbildning, utbildning i grupp etcetera.[110]

Nödvändig tandvård

Detta särskilda tandvårdsstöd benämns N-tandvård enligt regionernas terminologi. Den grupp av personer som inryms inom nödvändig tandvård är densamma som för den uppsökande verksamheten ovan. Samtliga i personkretsen har tillhörighet till nödvändig tandvård, oavsett om de tackat ja eller nej till erbjudande om munhälsobedömning.

Behovet av nödvändig tandvård ska bedömas med utgångspunkt i den enskildes allmäntillstånd. Med nödvändig tandvård menas sådan tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Den mest kostnadseffektiva behandlingen har företräde vid val mellan flera behandlingar som bedöms ge ett godtagbart resultat. Om allmäntillståndet hos personen inte medger någon mer omfattande behandling ska den i stället inriktas mot att motverka smärta och obehag genom att hålla personen fri från sjukliga förändringar i munnen. I nödvändig tandvård ingår inte behandling med fastsittande protetik bakom premolarerna[111],[112] Vad som i övrigt omfattas av nödvändig tandvård är inte författningsreglerat och bestäms närmare av respektive region. Tidiga förarbeten har lyft att nödvändig tandvård skiljer sig avsevärt från tandvård som ersätts till tandvårdspatienter i allmänhet, omfattningen av protetiska åtgärder är

[108] Ds 1997:16, *Tandvårdsförsäkring i omvandling*.
[109] Prop. 2011/12:7, *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar*.
[110] SKR. 2018, *Uppföljning av landstingens särskilda tandvårdsstöd år 2017.*
[111] Med detta avses bakom tand 5 i tandraden.
[112] 9 § tandvårdslagen (1985:125).

väsentligt mindre och att en tillfredställande tuggfunktion kan nås med åtta till tio tandpar.[113] Senare förarbeten lyfter att behandlingar som kan ingå kan vara undersökning, förebyggande behandling, lagning av kariesangrepp, tandlossningsbehandling, extraktion, rotbehandling samt behandling med avtagbar protetik samt fast protetisk ersättning såsom kronor och broar till och med tand 5.[114]

Regionen utfärdar ett tandvårdskort/tandvårdsstödsintyg till personen när denne beslutas tillhöra personkretsen. Regionen kan även överlåta utfärdandet till de som finns i patientens närhet och som känner till patientens omsorgsbehov väl såsom patientansvarig sjuksköterska, distriktssköterska eller LSS-handläggare. Innan en protetisk behandling inleds ska behandlingsförslaget prövas av den region där personen är bosatt, om regionen inte beslutat att förhandsprövning inte krävs för vissa typer av behandlingar.

Nödvändig tandvård ges till hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Detta innebär att personen endast betalar avgift upp till högkostnadsskyddet, övriga kostnader bär regionerna. Regionerna beslutar om patientens avgift för varje besök som därför kan skilja sig åt över landet.

4.5.7 Tandvård till asylsökande och papperslösa

Regionerna ska erbjuda asylsökande barn och ungdomar upp till 18 år tandvård i samma omfattning som barn som är bosatta inom regionen, vilket omfattar en regelbunden fullständig tandvård.[115] Samma rätt har papperslösa barn[116], det vill säga personer som håller sig undan en verkställighet av ett beslut om avvisning eller utvisning och personer som befinner sig i Sverige under en längre tid utan att ha ansökt om nödvändiga tillstånd för att vistas här, alternativt stannat kvar i landet efter att ett tidsbegränsat uppehållstillstånd löpt ut.[117]

Vuxna asylsökande, utlänningar i förvar och papperslösa personer som är äldre än 18 år har rätt till tandvård som inte kan anstå. Vård som inte kan anstå är ett vidare begrepp än omedelbar vård. Begreppet omfattar akut vård och behandling av sjukdomar och skador i det

[113] Prop. 2001/02:51, *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.*
[114] Prop. 2011/12:7, *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar*.
[115] Lagen (2008:344) om hälso- och sjukvård åt asylsökande med flera.
[116] Lagen (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.
[117] Prop. 2012/13:109, *Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd.*

fall en måttlig fördröjning kan medföra allvarliga följder och ett mer omfattande vårdbehov. Även följdinsatser till sådan vård omfattas.[118] Socialstyrelsen har rapporterat att det inte är etiskt, medicinskt möjligt eller lämpligt att i listor ange vilka diagnoser, tillstånd eller åtgärder som omfattas av begreppet. De flesta diagnoser har varierande förlopp och behovet av vård kan skilja sig mellan enskilda patienter med samma diagnos.[119] Dåvarande SKL:s tandvårdsnätverk tog år 2014 fram en rekommendation som stöd för vilken tandvård som inte kan anstå. Denna rekommendation används i dag av 15 regioner, övriga har skrivit egna rekommendationer. I det enskilda fallet är det den behandlande tandläkaren som avgör vilken behandling som inte kan anstå. Vid bedömningen behöver hänsyn tas till att det är ovisst om personen kommer att få stanna i Sverige. När det gäller personer med särskilda behov, såsom personer som utsatts för tortyr, bör bedömningen av vilken vård som kan anstå göras särskilt omsorgsfullt. Regionerna har möjlighet att även erbjuda mer omfattande vård.[120]

Asylsökande ska vända sig till folktandvården för behandling, alternativt en privat vårdgivare som regionen slutit avtal med.[121] Regionerna uppger i enkät att 12 regioner skriver avtal med privata vårdgivare, övriga hanterar denna tandvård i egen regi. För papperslösa gäller i stället att de kan vända sig till alla tandläkare som omfattas av det statliga tandvårdsstödet.[122]

Tandvård till asylsökande och papperslösa är avgiftsfri för personer upp till 18 år, därefter tas en avgift om 50 kronor ut för behandling.[123]

Svenska Röda Korsets vårdförmedling har uppmärksammat utredningen på att asylsökande eller papperslösa personer under 18 år i realiteten inte erbjuds fullständig tandvård i samma omfattning som de som är bosatta i regionen. Eftersom en bedömning görs av hur lång tid barnet tros stanna i landet, påbörjas inte behandlingar som kan vara till men för patienten om vården behöver avbrytas i förtid. Ett exempel är ortodonti. Vårdförmedlingen lyfter även att

[118] Prop. 2007/08:105, *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.,* och prop. 2012/13:109.
[119] Socialstyrelsen, 2014, *Vård för papperslösa, vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd.*
[120] Prop. 2007/08:105, *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.* och prop. 2012/13:109, *Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd.*
[121] 8 § förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar.
[122] 8 § förordningen (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.
[123] 8 § förordningen (1994:362) om vårdavgifter m.m. för vissa utlänningar samt 8 § förordning (2013:412) om vårdavgifter m.m. för utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

det finns en ojämlik tillgång till tandvård för papperslösa och asylsökande vuxna beroende på att regionerna tolkar lagstiftningen olika och att vissa regioner endast ger akut tandvård. Gruppen papperslösa har även svårt att bevisa sin rättsliga ställning i kontakt med tandvården. För personer som blivit utsatta för tortyr kan tandvård vara en viktig del av rehabiliteringen. Tortyr mot munnen är vanligt förekommande, därefter kan det många gånger vara svårt att genomgå tandvårdsbehandling och tandvårdsrädslan kan vara påtaglig. Flertalet av dessa personer står även utan möjlighet att själva bekosta den tandvård de är i behov av. Svenska Röda Korset bedriver sex behandlingscenter för krigsskadade och torterade i Malmö, Göteborg, Skövde, Uppsala, Skellefteå och Stockholm. Verksamheten i Stockholm samarbetar sedan länge med en privat tandvårdsklinik för tandvårdsrädda. Behandlingscentret hjälper vid behov patienten att söka bistånd för behövlig tandvård från socialtjänsten. Om bistånd inte ges kan ekonomiskt stöd för grundläggande vård i stället fås genom ett lokalt avtal med regionen. Även i Malmö har Röda Korset hjälp av en privat tandläkare. De olika behandlingscentren vid Röda Korset inom landet upplever att tandvården har svårt att möta dessa patienters behov och att patienternas behov av tandvård är omfattande. Det finns även behov av förebyggande tandvård och satsningar på egenvård anpassad för målgruppen.[124]

4.6 Andra stödformer för tandvård

4.6.1 Tandvård genom ekonomiskt bistånd

Den person som inte själv kan tillgodose sina behov, eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt, har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt. Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå.[125] Med skälig levnadsnivå avses att samhällets hjälp inte endast ska avse vad som direkt krävs för den enskildes grundläggande behov, utan ska uppnå en viss kvalitet. Även kostnader för en normal livsföring bör täckas, såsom akut tandvård. Bedömningen ska ske bland annat med utgångspunkt i den

[124] Skriftligt medskick till utredningen ifrån Svenska Röda Korsets vårdförmedling, 2019-03-01.
[125] 4 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

tid och de förhållanden under vilka den hjälpbehövande lever. Kommunen har att fastställa vilken levnadsnivå som ska anses skälig.[126]

Socialstyrelsen har dels genom allmänna råd om ekonomiskt bistånd, dels via en handbok för socialtjänsten, förtydligat lagstiftningen i syfte att underlätta praktisk tillämpning av socialtjänstlagen. Enligt dessa råd bör socialnämnden ge ekonomiskt bistånd till skäliga kostnader för nödvändig tandvård. Hit räknas även förebyggande åtgärder mot karies och tandlossning såsom fluorbehandling och tandhygienistbehandling, samt i vissa fall även bettskena.[127] Förutom rent medicinska aspekter bör socialnämnden beakta de sociala konsekvenser som kan uppstå vid utebliven tandvård. Exempelvis personer som ska söka arbete. Nämnden bör i sin bedömning väga in om biståndsbehovet beräknas bli kort- eller långvarigt, samt i regel grunda sin bedömning på behandlande tandläkares val av åtgärd och vad denne anser vara nödvändig tandvård. Om behandlingskostnaderna är höga eller om det finns olika behandlingsalternativ bör socialnämnden kunna ställa krav på att en tandläkarkonsult anlitas. Vid akuta tandvårdsbehov bör socialnämnden inte ställa som krav att den enskilda ansöker om ekonomiskt bistånd före behandlingen.[128] Den enskilde får själva välja tandläkare och behöver inte gå till någon som socialnämnden anvisat.[129] Däremot kan nämnden ta hänsyn till ekonomiska aspekter om det finns likvärdiga och billigare alternativ på orten, om det inte finns särskilda skäl för att den enskilde behandlas av just den önskade tandläkaren.[130]

4.6.2 Tandvård via avtal och försäkringar

Tandvård efter olycksfall

Den allmänna arbetsskadeförsäkringen kan ge de som arbetar i Sverige en rätt till ersättning för en tandskada som uppkommit genom ett olycksfall på arbetsplatsen, eller på väg till och från arbetet. Rätten till ersättning för undersökning och behandling avgörs av Försäkringskassan som bedömer dels om behandlingen är nödvän-

[126] Lars Clevesköld, *Socialtjänstlag (2001:453) 4 kap. 1 §*, Karnov 2018-10-01 (JUNO), uttag 2019-02-11.
[127] Socialstyrelsen, 2013, *Ekonomiskt bistånd – Handbok för socialtjänsten.*
[128] Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2013:1) om ekonomiskt bistånd.
[129] Socialstyrelsen, 2013, *Ekonomiskt bistånd – Handbok för socialtjänsten.*
[130] Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 2013:1) om ekonomiskt bistånd.

dig på grund av skadan, dels om skadan kan godkännas som en arbetsskada.[131] Högsta förvaltningsdomstolen har uttalat att ”arbetsskadeförsäkringen kompletterar det statliga tandvårdsstödet och ska fullt ut kompensera den försäkrade för nödvändiga kostnader för tandvården. Det gäller alltså inte samma förutsättningar för ersättning vid arbetsskada som för ersättning enligt det statliga tandvårdsstödet”. Referensprislistan kan dock vara vägledande för bedömningen. Annat som kan beaktas kan vara hänförligt till själva behandlingen såsom att det enskilda fallet varit särskilt tidskrävande eller fordrat ett speciellt material.[132]

Ett särskilt statligt personskadeskydd kan ge dem som deltar i räddningstjänst, tjänstgör inom försvaret, är häktad, intagen eller tvångsomhändertagen rätt till ersättning för kostnader avseende tandvård. Försäkringskassan gör en prövning såväl av om behandlingen varit nödvändig på grund av tandskadan, om skadan uppkommit under skyddstiden och om skadan kan godkännas som personskada. Ersättning utgår ifrån behandlingens referenspriser.[133]

Arbetsgivare som har kollektivavtal eller som har tecknats avtal med AFA har kollektivavtalade försäkringar som kompletterar den allmänna arbetsskadeförsäkringen. För att en händelse ska ses som ett olycksfall i arbetet krävs att förloppet varit kortvarigt, ovanligt och oförutsett. Till exempel att personen halkar eller blir utsatt för våld på arbetet. Även trafikförsäkringen kan ge ersättning vid olycka till följd av trafik.

Privata olycksfallsförsäkringar kan ge ersättning för tandvårdskostnader.[134]

Annan tandvårdsförsäkring

Det förekommer att fackförbund inrättar tandvårdsfonder eller liknande tandvårdsförmåner för att mot en månatlig avgift fördela ut kostnader för medlemmarnas tandvård på ett större kollektiv. Vilken

[131] https://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/om-du-har-skadat-dig-i-arbetet/ersattning-for-kostnader-vid-arbetsskada, uttag 2019-03-22.
[132] HFD 2015 ref. 18.
[133] https://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/om-du-skadat-dig-under-tiden-som-frihetsberovad/ersättning-for-kostnader-vid-personskada, uttag 2019-03-22.
[134] https://www.1177.se/Tema/Tander/Sa-fungerar-tandvarden/Forsakringar-vid-tandskador/, uttag 2019-03-22.

tandvård som ingår och hur stor andel av kostnaden för tandvård som försäkringslösningen täcker varierar.

Det finns ett fåtal tandvårdsförsäkringar på marknaden som riktar sig till privatpersoner, vilket inte ska jämställas med ett tandvårdsabonnemang. Mot en månatlig avgift i försäkringen ingår grundläggande tandvård upp till fasta årliga maxbelopp per åtgärdskategori. Försäkringarna omfattar vanligen en mindre del av den tandvård som kan utföras inom det statliga tandvårdsstödet. De enklaste försäkringarna kan innehålla en årlig kontroll och rengöring, samt viss behandling av sjukdom och akuta tillbud. En mer omfattande försäkring kan inkludera viss rotbehandling samt en tandstödd krona upp till fast maxbelopp. I övrigt är den försäkrade hänvisad till det statliga tandvårdsstödet. Själva försäkringskostnaden ingår inte i skyddet mot höga kostnader, dock ges ersättning till patienten av försäkringen för patientens utlägg vanligen i efterhand, vilket medför att kostnaden för själva tandvården inräknas i högkostnadsskyddet.

4.6.3 Organisationers bistånd till personer som inte har råd

Det finns frivilligorganisationer som kan hjälpa till med ekonomiskt bistånd när en person inte har råd med tandvård. Ett sådant exempel är Stockholms stadsmission som varje år får ansökningar om bistånd för tandvård. Ansökningarna har under de senaste åren tilltagit i antal. Under år 2018 uppgick antalet ansökningar till 413, av dessa beviljades 124 personer bidrag till en total kostnad på 1,1 miljoner kronor. I snitt uppgick det individuella bidraget till drygt 9 000 kronor per sökande, ansökningarnas medelvärde var högre och uppgick till nära 18 500 kronor. Bidrag ges främst till personer vars samtliga tänder behöver åtgärdas, vilket ses som ett symtom på extrem långvarig fattigdom och/eller symtom på psykisk ohälsa. Kriterier för att bli beviljad bidrag från Stockholms stadsmission är att personen är bosatt i Stockholms län och är ekonomiskt behövande enligt Skatteverkets norm. Medelårsinkomsten för den sökande uppgick år 2018 till 110 300 kronor. Av de sökande tillhörde 69 procent åldersspannet 24–60 år och 63 procent av de sökande var kvinnor.[135]

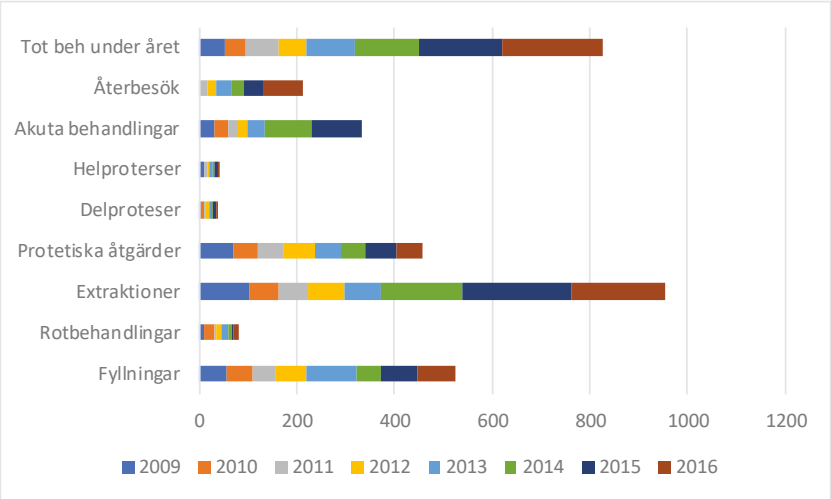
[135] Skriftligt medskick till utredningen ifrån Stockholms stadsmission, 2018-08-29 samt komplettering 2019-09-12.

Inom Eskilstuna stadsmission finns en samverkan med Folktandvården Sörmland. Tandvårdspersonal arbetar ideellt och en av klinikerna upplåter lokal, material och utrustning några gånger årligen utanför klinikens öppettider. Stadsmissionen bokar in personer de fått kännedom om i sina sociala verksamheter vars ekonomi och tandhälsa är mycket svag. Undersökning och viss akut åtgärd ges utan kostnad för patienten, samtidigt tas kostnadsförslag fram för den tandvård patienten behöver. Stadsmissionen försöker därefter bistå patienten i att ansöka om ekonomiskt stöd för behövlig tandvård. Eskilstuna stadsmission uppskattar att de genom denna samverkan bistår 10–15 personer årligen som lever i stor utsatthet och utanförskap med tandvårdsbehandling som leder till en förbättrad tandhälsa.[136]

Skåne stadsmission startade upp Stadsmissionshälsan i ett samarbete med Region Skåne år 2001. Stadsmissionshälsan kan erbjuda hälso- och sjukvård samt tandvård för människor som lever i utsatta livssituationer vilket kan omfatta missbruksproblematik, hemlöshet, fattigdom, psykisk ohälsa eller långvarig strukturell ekonomisk utsatthet. För många av dessa individer är den allmänna tandvården svårtillgänglig. Tandläkarmottagningen startades år 2009 i Malmö och finansieras genom anslag från Region Skåne, bidrag från Rotaryklubbar i Malmö samt dentala leverantörer. Tandläkaren utför akuta behandlingar, enkla ingrepp och ger information om fortsatt tandvård tillsammans med sjuksköterskan. Mottagningen har öppet en halv dag i veckan. Målet är att erbjuda lättillgänglig tandvård i syfte att förbättra hälsotillståndet hos målgruppen men också för att hjälpa individen vidare med kontakten till den offentliga tandvården och även i kontakten med socialtjänsten för hjälp med ekonomiskt bistånd för tandvård.

[136] Skriftligt underlag till utredningen från Eskilstuna stadsmission, 2019-09-18.

Figur 4.2 Stadsmissionshälsan/Tandhälsan i Malmö år 2009–2016



Källa: Skåne Stadsmission.

Välgörenhetsorganisationen Johanniterorden beviljade under år 2018 bidrag för tandvård till 150 personer, den totala kostnaden uppgick till 700 000 kronor. De individuella bidragen var i storleksordningen 3 000–25 000 kronor. Bidrag ges uteslutande för att hjälpa den sökande att klara sig och ansökningarna som inkommer bedöms vad gäller sjukdomstillstånd, ålder samt behov. Det kan röra sig om mindre kostsamma åtgärder såsom en bettskena, till att extrahera tänder eller rehabilitera bettet med avtagbar protetik. Johanniterorden försöker samordna sina insatser med andra bidragsgivare och etablerar vanligen en kontakt med vårdgivaren i det individuella fallet.[137]

Vårdförmedlingar och stiftelser för bland annat papperslösa har skapats i några större städer för att erbjuda vård, till exempel när papperslösa inte får tillgång till, eller vågar söka, vanlig tandvård. Nätverket för tandvård åt hemlösa startades år 2003 och är en ideell sammanslutning med målsättning att initiera tillkomst av mottagningar som förmedlar fri tandvård på de hemlösas villkor.[138] En studie från 2007 visar att hemlösa i genomsnitt har färre tänder, dålig

[137] Skriftligt underlag till utredningen från Johanniterorden 2019-08-23.
[138] https://ki.se/dentmed/natverket-for-tandvard-at-hemlosa, uttag 2020-07-08.

tandstatus och förmåga att tugga samt massiva plackbeläggningar jämfört med den generella befolkningen.[139]

4.6.4 Tandvård inom Försvarsmakten

Under militär grundutbildning finns en rätt till fri tandvård vid olycksfall eller om personen får akuta tandbesvär under utbildningstiden. Ersättning för vårdkostnader kan även ges efter genomgången utbildning i det fall man behöver tandvård för skadan även efter utbildningen.[140]
En person som utbildar sig till officer eller specialistofficer omfattas av Försvarsmaktens förmåner. Detta medför att akut tandvård ges som skattefri förmån.[141]

Personal som kommenderas till submarin tjänst eller flygtjänst ska genomgå en tand- och bettundersökning och denna utförs av specialutbildad tandläkare. Därefter utförs undersökningen årligen i samband med den obligatoriska läkarundersökningen. Fullständig röntgen utförs med visst intervall. Kostnaderna för den obligatoriska undersökningen och behandlingskostnader betalas därefter av försvaret om behandlingen bedömts nödvändig med hänsyn till tjänstens krav.[142]

4.6.5 Tandvård inom Kriminalvården

Cirka hälften av landets kriminalvårdsanstalter har egna tandvårdskliniker med upphandlade tjänster av tandvårdspersonal. År 2017 anlitade Kriminalvården 118 olika leverantörer av tandvård i form av folktandvården, olika tandvårdsföretag eller enskilda privata vårdgivare.[143]

Fram till år 2005 fick alla intagna med en verkställighetstid över sex månader rätt till kostnadsfri grundläggande tandvård. Dagens

[139] Patricia Alvarado De Palma, *Oral health among a group of homeless individuals from dental professional's and patient's perspective*, Karolinska Institutet Stockholm 2007.
[140] https://jobb.forsvarsmakten.se/sv/utbildning/grundutbildning/villkor/forsakring-gu/, uttag 2019-01-24.
[141] https://jobb.forsvarsmakten.se/sv/utbildning/ovriga-utbildningar/befals-och-officersutbildning/officer/villkor-utbildning-officer/ uttag 2019-01-24.
[142] Försvarets sjukvårdsstyrelses föreskrifter (FFS 1986:25) om obligatorisk tandvård för submarin och flygande personal inom Försvarsmakten.
[143] Eklund P, Endodonti bakom galler, *Tandläkartidningen*, 29 maj 2018.

regler baseras i stället på normaliseringsprincipen vilken innebär att samma villkor som gäller för personer ute i samhället så långt som möjligt även ska gälla intagna personer i fängelser. Skälet till detta är att det ska förbereda de intagna på livet efter frigivningen.[144]

En person som är intagen i fängelse och som behöver akuttandvård ska, som en allmän rättighet, beredas sådan vård under förutsättning att den intagne medgett att anstalten får förfoga över hans eller hennes medel inom Kriminalvården för att täcka för tandvårdskostnaderna.[145] Med akuttandvård avses avhjälpande av smärttillstånd såsom kariesskada eller akut infektion i tand, käke, tandfäste eller munslemhinna, men även insättande av en temporär tandersättning till följd av akut uppkommen framtandsförlust kan betraktas som akuttandvård.[146]

En intagen kan även under vissa förutsättningar beredas grundläggande tandvård.[147] Med grundläggande tandvård avses åtgärder som främjar munhälsan såsom kariesbehandling, behandling av infektioner eller ersättning av framtandslucka. Implantatbehandling anses inte vara grundläggande tandvård.[148]

Utgångspunkten är att den intagna ska bekosta all tandvård själv.[149] Ett sätt att göra detta är att få ett medgivande att disponera omhändertagna pengar[150], ett annat är få medgivande att använda den del av sysselsättningsersättningen som sätts åt sidan för permissions- och frigivningsändamål för att i stället bekosta tandvården.[151] I det fall dessa sätt inte är ett alternativ kan bidrag av allmänna medel ges, dels för akuttandvård, dels för behov av grundläggande tandvård i det fall den intagne avtjänar fängelse i lägst tre år.[152] En intagen som endast har kort tid kvar att verkställa bör normalt inte beviljas bidrag för grundläggande tandvård, om inte vården utgör en del av en behandling som pågått över en längre tid.[153]

[144] Priwe C, *Tandhälsa hos män intagna på en svensk sluten kriminalvårdsanstalt: Forskning och utvärdering inom Kriminalvården,* projektnummer 2010:176, Tandvårdshögskolan Malmö.
[145] 1 kap. 16 § 1 st Kriminalvårdens föreskrifter (KVFS 2011:1) och allmänna råd om fängelse.
[146] Allmänna råd till 1 kap.16 § KVFS 2011:1.
[147] 1 kap. 16 § andra stycket KVFS 2011:1.
[148] Allmänna råd till 1 kap.16 § KVFS 2011:1.
[149] Ibid.
[150] Allmänna råd till 5 kap 11 § KVFS 2011:1
[151] Kriminalvårdens allmänna råd till 3 kap. 4 § fängelselagen (2010:610).
[152] 13 kap. 4 § KVFS 2011:1.
[153] Allmänna råd till 13 kap. 4 § KVFS 2011:1.

Även en person som är intagen i häkte i behov av akuttandvård ska beredas sådan vård om han eller hon medgett att häktet kan bekosta tandvården med den intagnes medel.[154] Bidrag av allmänna medel får beviljas för sådan akuttandvård.[155]

En person som är dömd och verkställer skyddstillsyn med särskild behandlingsplan kan beviljas bidrag för akuttandvård om det är skäligt med hänsyn till den dömdes ekonomiska förhållanden och omständigheterna i övrigt.[156]

Vanligast förekommande behandlingar som utförs inom Kriminalvården är undersökningsåtgärder, tandextraktioner, rotbehandlingar och fyllningar. Av och till förekommer bidrag till avtagbar protetik, mycket sällan fast protetik.[157]

Det finns en hög grad av riskfaktorer för tandsjukdomar bland de intagna och endast drygt 13 procent av de intagna i genomförd studie hade regelbunden tandvårdskontakt i frihet. Anledningar till att den intagne ej besökt tandvården regelbundet uppgavs vara ekonomi och en oregelbunden livsstil. Majoriteten av de intagna har inte tillgång till grundläggande bastandvård under verkställighetstiden och saknar vanligen ekonomiska möjligheter till tandvård inom det statliga tandvårdsstödets högkostnadsskydd.[158]

4.7 Olika modeller för vårdgivarens ersättning från tandvårdssystemet

4.7.1 Kapitering inom tandvård till barn och unga vuxna

För den tandvård till barn och unga vuxna som erbjuds avgiftsfritt för patienten ersätts vårdgivaren av den region där patienten har sin hemvist. Ersättningen ges huvudsakligen i form av ett fastställt kronbelopp per barn/ung vuxen, vanligen kallad barnpeng. Barnpengen inom en region kan variera geografiskt efter skillnader i vårdtyngd. Denna fördelning förutsätts till viss del kompensera vårdgivaren

[154] 1 kap. 16 § Kriminalvårdens föreskrifter (KVFS 2011:2) och allmänna råd om häkte.
[155] 6 kap 5 § KVFS 2011:2.
[156] 29 § Kriminalvårdens föreskrifter (KVFS 2011:5) och allmänna råd om verkställighet av frivårdspåföljder.
[157] Eklund P, Endodonti bakom galler, *Tandläkartidningen*, 29 maj 2018.
[158] Priwe C, *Tandhälsa hos män intagna på en svensk sluten kriminalvårdsanstalt: Forskning och utvärdering inom Kriminalvården*, projektnummer 2010:176, Tandvårdshögskolan Malmö.

som tar emot barn och unga vuxna från ett geografiskt område som generellt sett har större vårdbehov.

En ersättningsmodell med fast belopp per person benämns kapitering och används även inom hälso- och sjukvårdens primärvård. I en kapiteringsmodell utan inslag av rörlig ersättning, blir ersättningen till vårdgivaren densamma oavsett den faktiska kostnaden på behandlingen. Modellen kan framför allt för mindre vårdgivare innebära en risk eftersom behandlingen av patienter med stora tandvårdsbehov kan både tidskrävande och kostsam. För att minska en sådan risk kombinerar ett antal regioner den fasta ersättningen till vårdgivarna med ytterligare ersättning.

Flertalet regioner ger även vårdgivaren en möjlighet att få viss ersättning utöver barnpengen, i de flesta fall för behandling av barn i behov av ortodonti. Även extra ersättning för protetik och viss bettfysiologi förekommer. Ofta kallas barn till tandvården för första gången vid tre års ålder. Därför har regionen vanligtvis en lägre ersättning för barn 0–2 år, men det finns även regioner som kallar före 3 års ålder och där är barnpengen ofta densamma för en tvåårig patient som för en äldre patient. En annan modell för att sprida risken för höga kostnader bland de privata vårdgivarna är att regionen administrerar en riskpott varifrån vårdgivaren kan äska pengar för behandling av patienter med stora behov.

4.7.2 Ersättning per åtgärd inom statligt tandvårdsstöd

Ersättning som vårdgivaren får inom det statliga tandvårdsstödet är rörlig och förändras beroende på den mängd tandvård som utförs. Vårdgivaren får, oavsett om patienten kommer upp över karensgräns eller inte, betalning i form av sitt vårdgivarpris. Är patienten under karensgränsen betalar denne hela behandlingskostnaden till vårdgivaren. Har patienten kommit över gränsen för skyddet mot höga kostnader får vårdgivaren delar av intäkten från patienten och resterande del från det statliga tandvårdsstödet.

Regeringen konstaterar i propositionen till 2008 års reform att åtgärdsersättning som ersättningsmodell kan vara kostnadsdrivande och risken finns att efterfrågan av tandvård blir utbudsstyrd. Vårdgivaren har ett informationsövertag gentemot patienten och kan styra hur mycket tandvård som patienten efterfrågar och vilken be-

handlingsmetod, särskilt om tredjepartsfinansieringen är omfattande. Behovet lyftes därför att förbättra tandvårdsmarknadens funktionssätt genom att stärka efterfrågesidan som ett sätt att minska risken för kostnadsökningar, tillsammans med en tydlig definition av vad som omfattas av tandvårdsstödet.[159]

4.7.3 Ersättning per åtgärd inom särskilda tandvårdsstöden

Ersättningen till vårdgivare som utför tandvård inom de särskilda tandvårdsstöden sätts av respektive region i form av prislistor per åtgärd. Åtgärdspriset motsvarar folktandvårdens priser för sådan tandvård, om regionen inte kommer överens med vårdgivaren om något annat. Från styckepriset görs ett avdrag för patientavgiften.[160] Enligt de prislistor som utredningen tagit del av är det vanligt att nödvändig tandvård ersätts med ett högre belopp per åtgärd än övriga särskilda stöd. Till prislistorna finns detaljerade anvisningar och riktlinjer för att tydliggöra vilka regler som gäller i regionen; vilka behandlingar som ingår, respektive inte ingår, och vilka behandlingar som kräver förhandsbedömning av regionen. Regionen kan även ha särskilda regler för exempelvis mobil tandvård. En åtgärd kan vara debiteringsbar inom ett särskilt stöd men inte enligt ett annat, eftersom innehållet i de olika stöden skiljer sig åt.

Utöver ersättningen från regionen, betalar patienten en avgift vid varje besökstillfälle till dess frikort för hälso- och sjukvård och tandvård inom de särskilda tandvårdsstöden utfärdas av regionen. När patienten fyllt 85 år är besöken avgiftsfria. Besöksavgiftens storlek bestäms av respektive region.

4.8 Patientens ställning

Regionerna har enligt tandvårdslagen ett ansvar för befolkningens tandhälsa och ska erbjuda god tandvård till dem som är bosatta inom landstingsområdet. Det är upp till varje enskild region att bedöma i vilken omfattning som de genom folktandvården själva ska bedriva tandvård för vuxna.[161] Regionerna har således skyldigheter enligt lag-

[159] Ibid.
[160] 15 b § tandvårdslagen (1985:125).
[161] 5, 7 §§ tandvårdslagen.

stiftningen att erbjuda tandvård, även om de har möjligheter att sluta avtal med annan vårdgivare om att utföra de uppgifter som regionen och dess folktandvård ansvarar för enligt tandvårdslagen. Vårdgivare har likaledes skyldigheter gentemot patienterna såsom att bedriva god tandvård och att föra patientjournal. Det finns dock inte någon formell rätt för patienten att få tandvård enligt lagen.[162] Tandvårdslagen är ingen rättighetslagstiftning i likhet med exempelvis rätten att få barnbidrag[163] eller rätten till insatser i form av särskilt stöd och service enligt LSS. Detta innebär exempelvis att det inte är möjligt att överklaga regionens beslut om tandvård till avgifter enligt HSL.[164] En patient kan således inte överklaga till domstol om denne fått avslag på en begäran om särskilt tandvårdsstöd från regionen, eller fått avslag för att få en tandregleringsbehandling avgiftsfritt inom regionens tandvård för barn och unga vuxna. Regionerna har dock möjlighet att ompröva fattade beslut kring dessa stöd om nya uppgifter tillkommer eller på grund av andra omständigheter. Patienter inom det statliga tandvårdsstödet har däremot en möjlighet till ändring, omprövning och överklagande av Försäkringskassans beslut kring statligt tandvårdsstöd.[165] Ändring ska ske av Försäkringskassan ifall beslut efter exempelvis ett skrivfel, räknefel eller annat förbiseende innehåller en uppenbar oriktighet, om rättstillämpningen uppenbart blivit felaktig eller annan liknande orsak.[166] Den enskilde som beslutet angår kan begära att beslutet omprövas. Vid omprövningen får beslutet inte ändras till den enskildes nackdel.[167] Ett beslut av Försäkringskassan får även överklagas hos allmän förvaltningsdomstol efter att den enskilde först begärt en omprövning.[168] Förvaltningsdomstolarna har exempelvis tagit ställning till frågor som om patienten omfattas av svensk socialförsäkring[169], om patienten ska få räkna med ersättningsberättigande åtgärder i sin högkostnadsskyddsberäkning trots att vårdgivaren rapporterat in för sent till Försäkrings-

[162] Prop. 1984/85:79, *med förslag till tandvårdslag m.m*.
[163] 5 kap. 9 § socialförsäkringsbalken.
[164] Ds 2010:42 *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning.* Förslag om tredje steget i tandvårdsreformen.
[165] 4 kap. 9 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.
[166] 113 kap 3 § socialförsäkringsbalken.
[167] 113 kap. 7, 8 §§ socialförsäkringsbalken.
[168] 113 kap. 10 § socialförsäkringsbalken.
[169] Till exempel Kammarrätten i Stockholm, mål nr 5994-15, meddelad 2016-04-14.

kassan[170], om handlingar avseende tandvård utförd i annat EU/ESS-land kan anses styrka att tandvårdsersättning ska lämnas[171] etcetera.

Patienten är i det statliga tandvårdsstödet skyddad ekonomiskt på så sätt att det är vårdgivaren som i normalfallet står den ekonomiska risken för att patientens tandvårdsersättning blir lägre än vad vårdgivaren beräknat eller att ersättning från tandvårdsstödet inte lämnas alls. Bara i det fallet där patienten lämnat ofullständiga eller oriktiga uppgifter kan vårdgivaren rikta krav mot patienten för utebliven ersättning.[172]

I det fall vårdgivaren bedömer att patienten inte har möjlighet att få särskilt tandvårdsbidrag (STB) kan patienten i stället be att Försäkringskassan förhandsprövar ifall patienten uppfyller de förutsättningar som ställs upp, se vidare avsnitt 4.3.4.

Patienten har ett behov av trygghet i sin kontakt med tandvården. Både att tandvården håller en god kvalitet i behandling och materialval, samt att det personliga bemötandet är gott. Därför innehåller såväl tandvårdslagen som lagen om statligt tandvårdsstöd och därtill följande kompletterande författningar krav på vårdgivarna i hur de ska agera mot patienten. Tandvården ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård. Detta innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet, hålla en god hygienisk standard, tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling med respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patient och tandvårdspersonal. Behandlaren ska utforma och genomföra vård och behandling så långt som möjligt i samråd med patienten, förklara ifall det finns olika behandlingsalternativ för att behandla en uppkommen skada, sjukdom eller motsvarande, och om kostnaderna för behandlingarna skiljer sig åt. Innan undersökning eller viss behandling påbörjas ska patienten informeras om de beräknade totala kostnaderna för behandlingarna, ändras förutsättningarna ska patienten även upplysas om detta. Där en vårdgivare bedriver tandvårdsverksamhet ska det finnas lokaler, personal och den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges.[173]

Som patient är det vanligen inte givet vilken behandlingsmetod som är bra att utföra och väl beprövad. Därför ställer patientsäkerhetslagen kravet att tandläkare, tandhygienist samt de som biträder

[170] Kammarrätten i Göteborg, mål nr 5617-13, meddelad 2013-11-12.
[171] Förvaltningsrätten i Umeå, mål nr 3342-18, meddelad 2019-03-15.
[172] 4 kap. 4 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.
[173] 3–4 a §§ tandvårdslagen (1985:125).

tandläkaren eller tandhygienisten, eller medverkar i vården av patienter som personal vid en vårdinrättning, ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Patienten ska ges sakkunnig och omsorgsfull vård som uppfyller dessa krav.[174] De behandlingar som utförs inom tandvården baseras i vissa fall på vetenskap men framför allt på beprövad erfarenhet. En behandling som bygger på beprövad erfarenhet innebär att behandlaren nyttjar en metod som numera används inom vården och som anses vara ändamålsenlig, men som ännu inte prövats med vetenskapliga metoder. Mera populärt uttryckt, är det fråga om att så här brukar man göra, och det brukar fungera och inte ge några oacceptabla skador.[175] Att ställa krav på vetenskap eller beprövad erfarenhet är ett sätt att minska risken för patientskador.

Patientsäkerhetslagens fokus är att främja hög patientsäkerhet och ge vårdgivare en skyldighet att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete för att upprätthålla kravet på god vård och minimera risk för vårdskada. Lagstiftningen ställer även krav på vårdgivaren att informera en patient som drabbats av en vårdskada.[176]

Patientlagen tillkom år 2015 för att stärka och tydliggöra patientens ställning i hälso- och sjukvården och omfattar till exempel regler om rätten till ny medicinsk bedömning vid särskilt allvarlig sjukdom eller skada.[177] Patientlagen omfattar dock inte tandvård enligt tandvårdslagen. Skäl till detta var att tandvården utmärker sig genom att patienten har stor möjlighet att själv välja vårdgivare och påverka vilken vård som ska utföras. Såväl finansiering som organisering och styrning av tandvård ansågs även skilja sig avsevärt från hälso- och sjukvård och den sammantagna bedömningen blev därför att inte inrymma tandvårdspatienten i patientlagen.[178]

Behandlaren inom tandvården är skyldig att föra en patientjournal, vilken i första hand är till för att bidra till en god och säker vård av patienten, men även att vara en informationskälla, bland annat för patienten. Patienten har därför en rätt att ta del av sin patientjournal, samt även andra vissa rättigheter enligt patientdatalagen.[179] Det pågår ett utvecklingsarbete regionalt för att erbjuda patienten en möj-

[174] 1 kap. 4 § samt 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[175] Johnsson L-Å, *Vetenskap och (eller) beprövad erfarenhet i hälso- och sjukvården*, Ny Juridik 3:17.
[176] 3 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[177] 1 kap. 1 § patientlagen (2014:821).
[178] Prop. 2013/14:106, *Patientlag*.
[179] 8 kap. 1, 2, 7 §§ patientdatalagen (2008:355).

lighet att läsa sin patientjournal via 1177. För närvarande är det åtminstone tre regioner som erbjuder detta.[180]

Kontroller av tandvårdens journalföring visar att journalerna kan ha knapphändig information eller till och med sakna viktig information, vilket gör det svårt att följa innehåll i och motiv för behandling. Det förekommer att journaler endast innehåller åtgärds- och tillståndskoder för att få ersättning utbetald ifrån statliga tandvårdsstödet. Även information om ställd diagnos kan saknas eftersom ett notat om aktuellt tillstånd inom statligt tandvårdsstöd är inte att jämställa med en ställd diagnos. Journalerna kan även innehålla svårtolkade förkortningar.[181] Det kan därför vara svårt för en patient att förstå sin patientjournal och däri få information om utförd tandvård och status på tandhälsan.

4.8.1 När patienten inte blir nöjd

En patient inom tandvården som är missnöjd med den tandvård som utförts ska i första hand kontakta den behandlare som utfört vården. Vårdgivaren är den som ska ta emot och besvara klagomål, förklara vad som hänt och vid behov vidta åtgärder för att händelsen inte ska ske på nytt.

För den tandvård som bedrivs av regionerna, eller som helt eller delvis finansieras av regionerna, finns i varje region en eller flera patientnämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienten och deras närstående med att få sina klagomål besvarade av vårdgivaren.[182] Patientnämnden är en opartisk instans och gör ingen bedömning av den utförda tandvården utan hanteringen syftar till att informera, reda ut och förklara så att patienter och vårdgivare förstår varandra bättre. Det förekommer även att privata företag väljer att avtala med en regions patientnämnd om att hantera deras klagomål på samma sätt som klagomål inom regionen hanteras.[183]

[180] Halland, Norrbotten och Uppsala.
[181] Försäkringskassan, Socialstyrelsen, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, *Journalföring inom tandvården – samverkansprojekt*, 2012 samt Inspektionen för vård och omsorg, *Tillsyn av tandvården 2013 – en sammanställning av resultat och iakttagelser i tillsynen.*
[182] 1 § lagen (2017:372) om stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården.
[183] Statskontoret, *Stöd i klagomålsprocessen till patientgrupper som inte omfattas av patientnämndernas verksamhet*, dnr 2018/9-5.

För patienter som besökt en privat vårdgivare som är medlem i branschorganisationen Privattandläkarna[184] finns privattandvårdsupplysningen för klagomålshantering som är den inledande kontakten med Privattandläkarnas förtroendenämnd. Förtroendenämnden är en opartisk instans som hanterar klagomål rörande all tandvård som utförts av medlemmar i Privattandläkarna, oavsett inom vilket tandvårdsstöd som tandvårdsbehandlingen hanteras. Förtroendenämnden försöker i första hand förlika parterna och i andra hand fatta beslut om hur tvisten ska lösas. Alla vårdgivare som är medlemmar i Privattandläkarna är skyldiga att följa förtroendenämndernas beslut. Praktikertjänst är medlem hos Privattandläkarna men har valt att ha en egen nämnd för klagomålshantering, Praktikertjänsts reklamationsnämnd, dit patienter som besökt en tandläkare verksam i Praktikertjänst kan vända sig. Patienten kan även vända sig till Privattandläkarna för en förnyad prövning av Praktikertjänst beslut.

För patienter som fått sin tandvård inom det statliga tandvårdsstödet utförd av en privat vårdgivare som inte är en del av Privattandläkarnas organisation, eller tillhör patientnämnd genom avtal, finns ingen instans att vända sig till med klagomål förutom Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Statskontoret har haft i uppdrag att föreslå hur denna grupp ska få stöd i klagomålsprocessen.[185]

IVO utreder anmälningar om allvarligare händelser där patienten i samband med hälso- och sjukvård eller tandvård fått permanenta eller oföränderliga besvär, eller som lett till ett väsentligt ökat vårdbehov, eller till att patienten har avlidit.[186] IVO utreder inte rätt till ekonomisk ersättning. Patienten kan även vända sig till IVO om vårdgivaren inte ger patienten något svar på klagomålen till exempel om tandvårdsmottagningen inte finns kvar. Slutligen kan patienten vända sig till en domstol för att få sitt ärende prövat. Detta kan vara kostsamt.

Patienter som fått sin tandvård utförd utomlands kan inte anmäla sitt missnöje över utförd tandvård i Sverige utan behöver vända sig till det land där behandlingen utfördes. Detta gäller även för sådan tandvård som delvis finansierats genom tandvårdsersättning från det statliga tandvårdsstödet via Försäkringskassan.

[184] Organisationen Privattandläkarna omfattar cirka 80 procent av de privata vårdgivarna.
[185] S2018/00209/FS. Uppdraget slutredovisades den 1 december 2019.
[186] Prop. 2016/17:122, *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården*.

4.8.2 När behandlingens kvalitet brister

Patienter kan drabbas av olika brister i tandvården. IVO beskriver att det till exempel kan vara felbehandlingar där komplikationer uppstår som tandförluster, en försämrad tuggfunktion eller att patienten får ett behov av omfattande korrigerande behandlingar. Men det kan även vara patienter som inte får den vård de har behov av och vars vårdbehov därför ackumuleras. IVO tar varje år emot cirka 300 klagomål från patienter och närstående rörande tandvården.[187] De redovisar iakttagelser från tandvårdstillsynen årligen i sin tillsynsrapport. År 2018 konstaterade IVO att vårdgivare behandlar patienter med fastsittande protetik trots att patienterna har obehandlade sjukdomar som karies och parodontit. Detta kan avsevärt försämra prognosen för behandlingen och kan leda till smärta, en försämrad tuggfunktion och inte minst till att nya mer omfattande behandlingar kommer att behövas, vilket är kostsamt för såväl patient som samhället.

IVO har även uppmärksammat att barn får försenade bettdiagnoser eftersom vårdgivare inte kontrollerar barnets bettutveckling i tillräcklig utsträckning. En anledning till detta kan vara bristen på tandläkare som gör att tandhygienister eller tandsköterskor utan tillräcklig utbildning i att kontrollera bettutveckling utför vissa årskontroller av barn.[188]

4.8.3 När patienten blir skadad

Patient som skadats har under vissa förutsättningar rätt till patientskadeersättning vid personskada. Vårdgivaren har en skyldighet att ha en försäkring som täcker patientskadeersättningen.[189] Patientförsäkringen gäller vid skador som kan uppkomma vid undersökning eller behandling. Det är försäkringsbolaget som bedömer behandlingsskadan på objektiva grunder och som tar ställning till behandlingen. Regionernas försäkringsbolag är Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag, Löf. För de privata vårdgivarna finns flera försäkringsbolag att vända sig till. I det fall vårdgivaren inte har försäkrat sig, trots sin skyldighet att göra detta, täcker Patientförsäkringsföreningen upp för skadan.

[187] IVO, *Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården – Nationell tillsyn 2017.*
[188] IVO, *Vad har IVO sett 2018 – Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018.*
[189] 6, 12 §§ patientskadelagen (1996:799).

Patient som har skadats av ett läkemedel i samband med en tandvårdsbehandling kan ha rätt till ersättning från Läkemedelsförsäkringen.

4.8.4 Avtalsförhållandet mellan patient och vårdgivare inom det statliga tandvårdsstödet

En patient som får en undersökning utförd, eller accepterar en behandlingsplan av en vårdgivare, ingår en överenskommelse kring köp av en tjänst. Regler för att klargöra frågor som betalningsvillkor, vad som kan anses som fel i utförd tjänst och hur detta i så fall ska hanteras, möjlighet till skadeståndsanspråk samt eventuella garantier regleras inte i någon överordnad lagstiftning. Konsumenttjänstlagen[190] omfattar inte tandvård eller övrig hälso- och sjukvård, men i rättspraxis har lagen ändå använts som vägledning för att bedöma parternas rättigheter och skyldigheter vad gäller allmänna obligationsrättliga principer.[191]

För de vårdgivare som är medlemmar i Privattandläkarna finns avtalsvillkor framtagna i samverkan med Konsumentverket. Avtalsvillkoren reglerar bland annat kallelser och samråd med patienten, information till patienten om behandlingsalternativ, priser och betalningsvillkor, samt villkor kring hur avtal sluts, om avbeställningsrätt, betalningsrutiner och garantier samt regler för reklamation, försening och fel samt tvister.

För folktandvården gäller de avtalsvillkor som tagits fram av respektive region. Reglerna kring garantier och liknande kan således skilja sig åt beroende på vilken region som patienten besöker.

Allmänna reklamationsnämnden (ARN) prövar inte tvister om hur hälso- och sjukvårdstjänster utförts.[192] De kan dock pröva vissa tvister rörande tandvård som endast rör själva avtalsförhållandet[193] mellan konsument och vårdgivare. Detta under förutsättning att tvisten inte innebär att nämnden behöver göra någon odontologisk eller medicinsk tolkning.

Det finns inget krav i lagstiftningen på att vårdgivaren ska ge garantier för utfört arbete. Däremot finns krav att vårdgivaren ska

[190] Konsumenttjänstlagen (1985:716).
[191] NJA 2011s. 600, HD dom meddelad 2011-09-23, mål nr T 4062-09.
[192] 5 § p. 1 förordning (2015:739) med instruktion för Allmänna reklamationsnämnden.
[193] Avser det obligationsrättsliga förhållandet.

redovisa sina eventuella garantier i sin prislista. Det är vanligt att vårdgivaren ger garantier motsvarande de omgörningsregler som finns inom det statliga tandvårdsstödet (se nedan). Det finns även vårdgivare som har förlängd garantitid och de vårdgivare som väljer att inte ge garantier alls. Garantiåtagandet hos vårdgivaren varierar således och avser oftast fastsittande protetik som kronor, broar och implantatkonstruktioner samt avtagbar protetik i form av hel- eller delproteser. Det finns även vårdgivare som ger garantier för fyllningar. Det är därför av vikt att patienten kontrollerar vilka garantier som vårdgivaren ger innan behandlingen påbörjas.

Omgörningsreglerna inom det statliga tandvårdsstödet gäller för fastsittande och avtagbar protetik där vårdgivaren inte enligt huvudregeln kan få tandvårdsersättning till en patient på nytt inom viss tid. TLV menar att kvaliteten på en fastsittande protetisk konstruktion bör vara sådan att den håller i minst tre år innan ny ersättning lämnas. Avtagbar protetik bör hålla i minst ett år. Omgörningstiden kan således bidra till att en hög kvalitet bibehålls inom svensk tandvård. Det finns dock undantag ifrån omgörningsregeln ifall konstruktionen på ingående tand utsatts för yttre våld eller om konstruktionen behöver göras om på grund av ny skada i annan tandposition. För avtagbar protes finns ytterligare undantag. De undantag från omgörningsreglerna som finns reglerar sådant som behandlaren inte kan påverka och där det därför kan finnas skäl till att tandvårdsersättning ges på nytt.[194]

4.8.5 Patienternas kunskap om sin tandhälsa och om tandvårdssystemet

För att en patient ska kunna göra genomtänkta val avseende tandvård krävs dels kunskap om den egna munhälsan, dels en förståelse för att det finns olika behandlingsalternativ och hur de olika alternativen skiljer sig åt. Dessutom behövs för den vuxna patienten kunskap om vilken kostnad som behandlingen slutligen kommer att medföra. Patienten anses generellt vara i ett underläge i dessa frågor gentemot sin behandlare.

[194] HSLF-FS 2018:23 samt TLV, *Remiss Förslag till ändringar av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd, till den 15 januari 2019*, dnr 00742/2017.

Dagens tandvårdsstöd upplevs som komplicerat, vilket lyfts av flera patient- och intresseföreningar till utredningen. Det tudelade ansvaret, där staten hanterar det statliga tandvårdsstödet samt STB för vissa sjukdomar, och regionerna övriga särskilda tandvårdsstöd för andra tillstånd och sjukdomar samt tandvård till barn och unga vuxna, förenklar inte möjligheten att få en överblick över vad som gäller inför tandvårdsbesöket. Inte minst eftersom regelverkens detaljer vad gäller regionernas tandvård kan variera mellan olika regioner. Information om de olika stödformerna ges många gånger av tandvården, men det är inte givet att behandlaren är insatt i alla regeldetaljer för exempelvis viss medicinsk diagnos. För de med kognitiva svårigheter, fysisk eller psykisk funktionsnedsättning, eller som lider av en sjukdom, kan systemet till och med upplevas som ogenomträngligt, anser Funktionsrätt Sverige. Organisationen lyfter därför behovet av en samlad information kring hela tandvårdssystemets uppbyggnad.

4.9 Nationella riktlinjer för tandvård

Socialstyrelsen utger nationella riktlinjer för 19 olika områden inom hälso- och sjukvård samt omsorg. Riktlinjerna syftar bland annat till att ge stöd för beslutsfattare i frågor om prioritering, effektivitet och fördelning av resurser samt vägledning för vårdgivare i valet av behandling och metod.

På uppdrag av regeringen tog Socialstyrelsen år 2011 fram de första nationella riktlinjerna inom tandvårdsområdet för vuxna. Riktlinjerna ska vara ett stöd till beslutsfattare och verksamhetsledningar inom offentlig och privat tandvård för att styra vården med öppen och systematisk prioritering. Riktlinjerna är framtagna för att främja god tandvård på lika villkor i befolkningen utifrån bästa tillgängliga kunskap som ett stöd till de behandlare som arbetar inom offentlig och privat tandvård i deras val av behandling. Riktlinjerna ska även vara ett underlag för TLV i myndighetens arbete med det statliga tandvårdsstödet. Rekommendationer för behandlingar finns i dag inom sju områden för vuxentandvård:

– Metoder för beteendepåverkan.
– Karies.
– Sjukdomar i vävnader kring tänder och tandimplantat.
– Sjukdomar i tandpulpan och de periradikulära vävnaderna.
– Smärta och funktionsstörningar i mun, ansikte och käkar.
– Bett- och tandpositionsavvikelser.
– Total och partiell tandlöshet.

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med en uppdatering av de befintliga nationella riktlinjerna inom tandvården, ett arbete som publiceras i remissversion år 2021. Arbetet inkluderar dels uppdateringar av befintliga rekommendationer för vuxna i de fall detta är nödvändigt, dels att ta fram rekommendationer inom nya områden och för nya patientgrupper. Exempel på nyheter är barntandvård, tandvård för personer med behov av särskilt stöd såsom sköra äldre, hälsofrämjande insatser, käkkirurgi och odontologisk radiologi.

5 Tandhälsan i Sverige – utveckling och nuläge

5.1 Inledning

I detta kapitel ges en översiktlig bild av den svenska befolkningens tandhälsa. Syftet är att ge en bild av såväl nuläge som utvecklingstendenser för flera tandhälsoaspekter, med fokus på de två stora orala sjukdomarna karies och parodontit. Redovisningen innehåller inga analyser utan är endast deskriptiv, men vissa fördjupningar och detaljerade studier presenteras av aspekter som bedöms ha en relevans för de analyser, bedömningar och förslag som lämnas i kommande kapitel i betänkandet.

Inledningsvis i kapitlet beskrivs de vanligaste tandsjukdomarna och de olika mått som finns för att påvisa förekomst av sjukdom och sjukdomsutveckling. Därefter ges en historisk översikt över tandhälsans utveckling i befolkningen samt ett antal förklaringsfaktorer till utvecklingen. Med utgångspunkt i den organisatoriska uppdelningen av tandvårdssystemet, presenteras sedan statistik över olika tandhälsomått för olika patientgrupper. Bland annat studeras skillnader mellan kön och åldersgrupper, inkomstgrupper och mellan patienter med olika tandvårdsstöd. Avslutningsvis visas hur väl den svenska befolkningens tandhälsa står sig i internationella jämförelser.

Precis som för andra hälsomått i befolkningen, sker förändringar i tandhälsan gradvis och under lång tid. En stor del av den statistik som redovisas sträcker sig från år 2009 fram till år 2019, vilket förklaras av att det var först efter 2008 års tandvårdsreform som det blev möjligt att studera individdata på nationell nivå om tandvårdskonsumtion och tandhälsa. I de fall längre tidsserier finns att tillgå, redovisas dessa.

5.2 De vanligaste orala sjukdomarna

De två vanligaste orsakerna till skador på tänderna är karies och parodontit. Ett tredje allt vanligare tillstånd är erosion.

5.2.1 Karies är en av de vanligaste infektionssjukdomarna

Karies är en infektionssjukdom där tandytan skadats och en kavitet så småningom bildats. Karies är en av de vanligaste infektionssjukdomarna i kroppen och internationella studier har visat på att det kan vara så många som 30 procent av världens befolkning som har sjukdomen.[1] Karies beror på en rubbning i balansen mellan de olika faktorerna som strävar efter att bryta ned tandsubstansen och de som försöker återuppbygga den. De bakterier som finns i munnen bildar dentalt plack som livnär sig på ämnen i saliven och det socker som tillförs via mat och dryck. I nedbrytningsprocessen omvandlas socker till syra som löser upp tandens mineraler. Om inget nytt socker tillförs, avtar så småningom syraproduktionen. Saliven bidrar bland annat till att späda ut och spola bort sockret och den innehåller ämnen som hämmar plackets bakterier och syrans skadeverkningar. Dessutom innehåller saliven byggstenar för att återuppbygga tänderna med de upplösta mineralerna. Om nedbrytningsprocessen av tandens mineraler dock tillåts fortsätta, bildas så småningom hål i emaljytan. Hastigheten på processen är individuell och beror på flertalet faktorer som bland annat kost, hur ofta föda intas, tandvårdsvanor, salivens sammansättning och mängd samt den syrebildadande förmågan hos bakterierna i placket.[2] I förlängningen kan ett obehandlat kariesangrepp leda till omfattande skador i tändernas hårdvävnad, som i sin tur kan leda till inflammation i pulpan och omkringliggande käkben, varför det är viktigt att i ett tidigt skede behandla sjukdomen.

5.2.2 En av tio personer har allvarlig parodontit

Den andra stora tandsjukdomen är parodontit, eller tandlossning. Omkring 10 procent av den vuxna befolkningen i Sverige har allvarlig parodontit.[3] Det är främst äldre som drabbas av parodontit,

[1] Peres, M et al. 2019. *Oral diseases – a global public health challenge.*
[2] Klinge, B. 2010. *Munnen – tänder, kropp och själ.*
[3] SKaPa. 2020. *Årsrapport 2019.*

och ungefär hälften av befolkningen över 50 år har sjukdomen i någon omfattning.[4] Parodontit är en inflammation som orsakar förlust av den vävnad som omgärdar och stöttar tänderna. Initialt föranleds parodontit av gingivit, eller tandköttsinflammation, som uppstår som följd av infektioner orsakade av bakteriebeläggningar i tandköttskanten. Inflammationen gör att tandköttet blir kraftigt svullet, rodnar och blöder lätt. Förekomsten av bakterier ovanför tandköttet kan vanligtvis åtgärdas av individen själv med mekanisk rengöring, dvs. en kombination av tandborstning och rengöring mellan tänderna med exempelvis tandtråd eller tandstickor. Har en infektion startat under tandköttskanten krävs behandling av tandhygienist eller tandläkare. Obehandlad gingivit innebär en gynnsam miljö för fortsatt bakterietillväxt i munnen, vilket leder till att tandköttsfickorna mellan tänderna fördjupas och fästet för tanden förloras successivt. I förlängningen skadas påverkas tandens fäste i käkbenet, så att tanden känns lös eller i värsta fall lossnar. Även omkring tandimplantat finns goda förutsättningar för bakterietillväxt vilket kan leda till periimplantit, en sjukdom motsvarande parodontit där bakterierna i stället sitter runt implantatet.

5.2.3 Erosion är ett allt vanligare tillstånd

Utöver karies finns andra orsaker till förlorad tandsubstans hos en individ. Ett samlingsnamn för den nedbrytning som sker på tänderna och som inte beror på karies är tandslitage. Tandslitage är ofta ett resultat av flera samverkande mekanismer, och kan orsakas av såväl yttre faktorer som exempelvis kost och inre faktorer såsom ett sjukdomstillstånd.[5] En allt mer förekommande typ av tandslitage är erosion. Erosion definieras ofta som en förlust av substans på tandytan vilken beror på en kemisk process som inte involverar påverkan av bakterier såsom vid karies. Vanliga orsaker till erosion hos en individ är ett högt intag av sur mat och dryck, såsom frukt, juice, läsk, och sportdryck. De två senare orsakerna lyfts ofta fram som starkt bidragande till erosionsskador hos barn och unga vuxna. Till de inre faktorerna räknas sjukdomar som medför att ett surt maginnehåll når munhålan och tänderna. Erosion är därför i regel van-

[4] Klinge, B. 2010. *Munnen – tänder, kropp och själ.*
[5] Johansson, AK. 2004. *Dental erosion - Modernt tandslitage och en ny folksjukdom*.

ligare bland personer med gastrointestinala problem såsom exempelvis ulcus och gastrit eller personer som lider av ätstörningar såsom anorexi och bulimi. Även låg salivsekretion, bland annat som en följd av hög läkemedelsanvändning, kan innebära en ökad risk för erosion.

5.3 Tandhälsans utveckling – en historisk översikt

Studier visar att det under lång tid skett en utveckling med ett förbättrat hälsotillstånd i befolkningen som helhet. Ett liknande mönster gäller för tandhälsan. Tandhälsan hos svenska barn har studerats sedan första hälften av 1900-talet. De första mätningarna om kariesförekomst hos rikets 7-åringar, som sträcker sig så långt tillbaka som till år 1941, visade på obehandlad karies i 30 procent av de permanenta tänderna hos de studerade barnen. På 1950-talet inleddes en lång period av kraftig nedgång av förekomsten av karies bland barn. Till stor del anses den positiva utvecklingen hänga samman med en fortsatt utbyggnad av folktandvården, insatser i skolorna såsom flourskölјning och lansering av de första flourtandkrämerna.[6] Ytterligare en bidragande faktor är sannolikt att dåvarande landstingens ansvar för att ge avgiftsfri tandvård till barn och ungdomar successivt utökades. År 1982 uppfyllde samtliga dåvarande landsting kravet att erbjuda avgiftsfri tandvård till barn och ungdomar till och med 19 års ålder. Expansionen av regionernas tandvård till barn och unga vuxna har lett till att tandhälsan bland svenska barn är mycket bra såväl i ett historiskt som i ett internationellt perspektiv.

Även bland vuxna förbättrades tandhälsan markant under 1900-talet. Förbättringen skedde på flera områden. Insatserna för barn skapade bättre förutsättningar till fortsatt egenvård och ökad medvetenhet om goda tandvårdsvanor även bland vuxna, med positiva effekter på tandhälsan som följd.[7] Även för vuxna innebar tandborstning att bakteriebeläggningar avlägsnades vilket minskade förekomsten av parodontit, och användning av fluortandkräm medförde att kariesförekomsten minskade. Båda dessa effekter av tandborstningen medförde fler kvarvarande och intakta tänder högre upp i åldrarna. Bland annat minskade antalet personer som var helt tandlösa markant under 1970- och 1980-talen.[8] En starkt bidragande

[6] Socialstyrelsen. 2013. *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga.*
[7] Prop. 1984/85:79 *Regeringens proposition med förslag till tandvårdslag m.m.*
[8] Klinge, B. 2010. *Munnen – tänder, kropp och själ.*

orsak till den positiva tandhälsoutvecklingen var sannolikt även den förbättrade tillgängligheten till tandvården. Mellan åren 1974 och 1983 ökade exempelvis antalet tandläkare med 30 procent.[9] Tandvårdens utbyggnad och utvecklingen av nya metoder och teknik medförde att tänder kunde behandlas i större utsträckning än tidigare. Dock nämns redan vid denna tidpunkt glesbygdens rekryteringsproblem och skillnader i besöksmönster i befolkningen som hinder för en god tandhälsa över landet.[10]

Utredningens kartläggningar baserade på de senaste årens tandhälsostatistik visar att den positiva utvecklingen av tandhälsan i befolkningen alltjämt pågår. Utvecklingen gäller patienter i de flesta åldrar, men är tydligast bland äldre. Dock indikerar statistiken att vissa grupper halkar efter i utvecklingen, vilket ökar klyftorna i tandhälsa. Det finns med andra ord tydliga tecken på en bestående social hälsogradient mellan socioekonomisk status och förekomsten av orala sjukdomar.[11]

5.4 Mått på tandhälsan i befolkningen

I lagen om statligt tandvårdsstöd regleras för vilken tandvård Försäkringskassan lämnar statligt tandvårdsstöd. Det gäller sådan tandvård som enligt 1 kap. 3 § ” syftar till att åstadkomma frihet från smärta och sjukdomar, förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, eller ett utseendemässigt godtagbart resultat”. Detta kan sägas utgöra en indirekt definition av tandhälsa på den nivå lagstiftaren anser ska motivera statligt stöd. Utredningens bedömning är att begreppet tandhälsa kan beskrivas med utgångspunkt i ovanstående paragraf. Att mäta tandhälsa baserat på en sådan förhållandevis bred definition är emellertid inte oproblematiskt. För att få en bra och övergripande bild av det allmänna tandhälsotillståndet i befolkningen krävs att flertalet olika aspekter studeras och vägs in. Objektiva mått som förekomst av sjukdom och individens fysiska förmåga behöver kompletteras med mjukare mått som upplevelsen av det egna hälsotillståndet samt beteendemönster. För att kunna

[9] Prop. 1984/85:79 *Regeringens proposition med förslag till tandvårdslag m.m.*
[10] Ibid.
[11] Peres, M et al. 2019. *Oral diseases – a global public health challenge.* Den sociala hälsogradienten är benämningen på de ojämlikheter i hälsa som finns i befolkningen och som beror på skillnader i socialekonomisk status. Se även utredningens diskussion i kapitel 3.

fastställa vilka åtgärder som har en positiv effekt på tandhälsan behöver sådana mått följas upp på ett systematiskt sätt, vilket inte låter sig göras i dag.

5.4.1 Antal kvarvarande och intakta tänder

En avgörande aspekt av en individs tandhälsotillstånd är det generella tillståndet för tänderna. Enligt förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd är vårdgivaren skyldig att rapportera in uppgifter om kvarvarande och intakta tänder när en vårdgivare begär ersättning i form av ATB inom det statliga tandvårdsstödet. Statistiken i tandhälsoregistret sträcker sig tillbaka till år 2009, vilket därmed är basåret i studierna av tandhälsans utveckling över tid hos befolkningen. Sedan år 2013 finns även uppgifter om kvarvarande och intakta tänder för patienter som fått nödvändig tandvård eller tandvård på grund av långvarig sjukdom eller en funktionsnedsättning.[12]

Med kvarvarande tänder menas tänder som har en naturlig rot, inklusive visdomständer, och tänder som delvis är frambrutna (s.k. partiellt erupterade tänder). Därutöver räknas även synliga tandrötter, inklusive visdomständers tandrötter, som kvarvarande tänder. Med intakta tänder menas tänder som inte har konstaterade dentinskador, saknar fyllningar eller saknar protetiska ersättningar.[13] Här omfattas även tänder med plastförseglade tuggytor (s.k. fissurförseglade och fissurblockerade tänder) som är intakta. Beräkningen av antalet intakta tänder ska grunda sig på intraoral inspektion eller röntgenbilder, om sådana finns.

Utredningen anser att en definition av tandhälsa endast baserat på antalet kvarvarande och intakta tänder ger en otillräcklig bild av individens hälsotillstånd. Måttet kvarvarande tänder visar övergripande på omfattningen och utvecklingen av tandförluster i befolkningen. Karies och parodontit är de dominerande orsakerna till att tänder förloras, men en brist med måttet är att det inte är möjligt att se vad den faktiska orsaken till tandförlust är. Måttet intakta tänder visar främst på hur omfattningen av kariesskador ser ut och har utvecklats på befolkningsnivå. En brist med måttet är att det inte fångar de individer som har skador i tandens ytskikt, så kallad emalj-

[12] 15 c § tandvårdslagen (1985:125).
[13] 3 § Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:13) om uppgiftsskyldighet till tandhälsoregistret.

karies.[14] Inget av tandhälsomåtten i tandhälsoregistret bidrar heller med information om hur stor del av befolkningen som har aktiv karies eller parodontal sjukdom. Samtidigt finns i dag inte många mått på tandhälsa som följs upp på befolkningsnivå. Nuläge och utveckling för dessa två mått i befolkningen utgör därför en stor del av utredningens kartläggning i detta kapitel, se avsnitt 5.6.

5.4.2 Index för kariesförekomst

Inom forskningen om karies används ofta index för att beskriva utvecklingen av sjukdomen. Dessa index består vanligtvis av olika tillstånd som konstaterats för en patient under en basundersökning. Ett vanligt index för att mäta kariesförekomst är DMF-systemet.[15] Enhet för mätningarna är antingen tand (T) eller tandyta (S). Inom systemet mäts följande på patienten:

- D = manifest kariesskadad tand, (det vill säga en skada som når in i dentinet)
- M = saknad tand på grund av karies
- F = fylld tand på grund av karies

DMF-systemet bygger på att ett index räknas fram för varje patient, och utifrån de uppmätta värdena beräknas hur stor andel av befolkningen i en viss åldersgrupp eller geografiskt område som har förekomst av karies. Till exempel innebär värdet 0 på kariesindex DFT att patienten varken har, eller tidigare har haft, några kariesskadade tänder i det permanenta bettet.[16] En patient med värdet 3 på kariesindex DFS har på samma sätt antingen tre tandytor med manifest kariesskada, tre tandytor med tandfyllning på grund av tidigare kariesskador eller en kombination av tillstånden.

Vid sidan av statistiken i tandhälsoregistret om kvarvarande och intakta tänder för den vuxna befolkningen samlar Socialstyrelsen

[14] Klinge, B. 2010. *Munnen – tänder, kropp och själ.*
[15] DMF är ett system som används av WHO. För D, M, F, T och S används vanligen versaler för index som beskriver det permanenta bettet och gemener för det primära bettet (mjölktänderna).
[16] Då DMF-systemet används för att studera kariesutveckling för barn brukar indexet DFT användas eftersom det kan vara svårt att avgöra om ett barns tand saknas till följd av karies eller av andra orsaker. DFT beskriver antal permanenta tänder hos en patient som antingen är manifest karierade eller fyllda till följd av karies.

årligen in uppgifter från regionerna om kariesförekomst för barn och unga vuxna mellan 3 och 19 år. Uppgifterna, som visas i avsnitt 5.5, ligger bland annat till grund för WHO:s internationella jämförelser av tandhälsa. Även kvalitetsregistret SKaPa innehåller uppgifter om kariesförekomst bland såväl barn som vuxna. Utredningen studerar dessa uppgifter i avsnitten 5.5 och 5.7.

5.4.3 Kariesförekomst bland de svårast sjuka – SiC-index

Kariesförekomsten i befolkningen är ojämnt fördelad. Det är en stor andel personer som saknar eller har låg kariesförekomst medan det är förhållandevis få personer som har en hög kariesförekomst. Detta gör att eventuella utvecklingstendenser för de mest sjuka kariespatienterna inte framträder tydligt då medelvärden eller medianvärden studeras för befolkningen som helhet. Significant Caries Index, eller SiC-index, är en lösning på detta problem då kariesförekomsten i stället studeras specifikt för de som har svårast sjukdom. Indexet utgår från DMF-systemet (se föregående avsnitt), där ett medelvärde beräknas för den tredjedel av befolkningen som har högst antal karierade tänder. Om SiC-index exempelvis har ett värde på 2,0 tänder, innebär detta att den mest sjuka tredjedelen av befolkningen i genomsnitt har kariesförekomst i 2 tänder utifrån de parametrar som studeras.[17] De senaste årens utvecklig av SiC-index för barn presenteras i avsnitten 5.5.4 och 5.5.5.

5.4.4 Andel patienter med förekomst av parodontit

I det statliga tandvårdsstödet rapporterar varje behandlare in åtgärder som utförs på patienter och det tillstånd som genererade behandlingen. Tillståndet är inte att betrakta som en diagnos, utan fastställs därför att inrapporteringen är en förutsättning för vilka åtgärder som utförs, något som till viss del styrs av ersättningssystemets konstruktion. Däremot kan tillståndskoden som rapporteras in indikera patientens tandhälsotillstånd, till exempel vad gäller förekomst av parodontit. I SKaPa används fickdjupsregistrering vid undersökning

[17] Om DFT är grund för indexberäkningen, innebär SiC-index=2,0 att den mest sjuka tredjedelen av befolkningen i genomsnitt har 2,0 tänder som är karierade eller lagade på grund av tidigare karies.

av patienten som ett mått på förekomst av parodontit. Mellan tand och tandkött finns en ficka som i friskt tillstånd uppgår till att vara cirka 3 millimeter djup. Om patienten har tandköttsfickor som är djupare än så, tolkas det vanligen som en risk för tandlossning eller etablerad sjukdom. Risk för, och förekomst av, parodontit kan se olika ut mellan patienter. Vissa patienter har långt gången sjukdom vid en eller enstaka tänder medan andra patienter kan ha flertalet angripna tänder med ringa sjukdom. Därför finns i tandvården olika klassificeringar av parodontit. Sedan ett par år tillbaka finns en ny internationell klassificering för parodontala och periimplantära sjukdomar, dvs. sjukdomar som bryter ned käkbenet runt tänder eller implantat så att fästet försämras. Det nya systemet delar in sjukdomen i olika stadier och för diagnostik är fickdjupet och benförlusten avgörande. I avsnitt 5.8 presenteras statistik över förekomsten av parodontit bland vuxna patienter.

5.4.5 Patientens upplevelser av den egna tandhälsan

Folkhälsomyndigheten har sedan år 2004 samlat in och följt upp olika aspekter av befolkningens hälsa, levnadsvanor och livsvillkor genom den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor*.[18] Syftet med undersökningen är att visa hur befolkningen mår och följa förändringar i hälsa över tid. Undersökningen innehåller även frågor om tandvård och tandhälsa, där de svarande bland annat får ange på en femgradig skala hur man upplever den egna tandhälsan, från mycket bra till mycket dålig.[19] Därtill tillhandahåller Folkhälsomyndigheten uppgifter för olika delgrupper av befolkningen som kön, åldersgrupper, inkomstgrupper, utbildningsnivå, födelseland och grad av etablering på arbetsmarknaden. En översikt av resultaten från dessa undersökningar visas i avsnitt 5.9.

Även i SKaPa finns vissa uppgifter om patienternas upplevelser av den egna tandhälsan, vilka främst samlas in vid undersökningstillfället i samband med att hälsodeklarationen tas fram eller vid värderingen av patientens frisk- och riskfaktorer.

[18] Undersökningen genomfördes en gång per år mellan åren 2004 och 2016 och en gång vartannat år från och med år 2016. År 2018 skickades undersökningen ut till ett slumpmässigt urval på 20 000 personer i åldrarna 16–84 år, varav ungefär hälften svarade.
[19] Frågan i den nationella folkhälsoenkäten lyder ”Hur tycker du att din tandhälsa är?”. De fem svarsalternativen är ”Mycket bra”, ”Ganska bra”, ”Varken bra eller dålig”, ”Ganska dålig” samt ”Mycket dålig”.

Individens upplevelser av den egna tandhälsan är en viktig indikator för utvecklingen av tandhälsa i befolkningen, framför allt då möjligheten till uppföljning via registerdata är begränsad. I avsnitt 5.9.6 nedan visas att det finns en koppling mellan upplevelser av tandhälsa och faktisk sjukdomsrisk. Utredningen lägger därför även stor vikt vid svar från undersökningarna om upplevd tandhälsa. Dock ska nämnas att det generellt i undersökningar om hälsa kan finnas en tendens hos de svarande att ange en bättre hälsa än vad som faktiskt är fallet, ett fenomen kallat social önskvärdhet.[20]

5.4.6 Samband mellan tandhälsa och övrig hälsa

De senaste åren har kunskapen successivt ökat om den orala hälsans samband med det övriga hälsotillståndet, och det är numer vedertaget att sjukdom i munnen kan vara såväl en orsak som en följd av andra sjukdomar i övriga kroppen. Redan på 1980-talet påvisades ett samband mellan oral hälsa och hjärt-kärlsjukdomar, en koppling som befästs sedan dess.[21] [22] Andra exempel är parodontit och dess relation med allmänsjukdomar såsom diabetes[23], stroke och luftvägssjukdomar[24]. Det finns även flera vetenskapliga kunskapsöversikter som visar på ett samband mellan bristande munhygien och lunginflammation hos äldre på institution.[25] För karies finns sambanden främst för allmänsjukdomar som innebär nedsatt salivsekretion eller där frekventa måltider krävs för att ge tillräcklig energitillförsel. Exempel på sådana sjukdomar är Sjögrens syndrom och kronisk obstruktiv lungsjukdom.

Att olika sjukdomar kan påverka tillståndet i munnen är något som delvis styr de offentliga subventionerna i dagens tandvårdssystem. Regionernas tandvårdsstöd till personer med långvarig sjukdom är ett sådant exempel, och STB ett annat, där patienten behöver läkarintyg och fastställd diagnos för att ta del av stödet.

[20] En översättning av begreppet ”Social desirability bias”.
[21] Klinge, B. 2010. *Munnen – tänder, kropp och själ.*
[22] Ryden, L et al. 2016. *Periodontitis Increases the Risk of a First Myocardial Infarction – A Report From the PAROKRANK Study.*
[23] Norhammar, A et al. 2019. *Undetected Dysglycemia an Important Risk Factor for Two Common Diseases Myocardial Infarction and Periodontitis - A Report From the PAROKRANK Study.*
[24] Klinge, B. 2010. *Munnen – tänder, kropp och själ.*
[25] Asvaldsdottir, A et al. 2018. *Oral health and dental care o folder persons – A systematic map of systematic reviews.*

Utredningen har inte bedömt det vara i enlighet med direktiven att genomföra en systematisk översyn av sambandet mellan tandhälsa och allmänt hälsotillstånd. Detta var frågor som nyligen adresserades i en omfattande kartläggning av Socialstyrelsen.[26]

5.4.7 Levnadsvanor och tobaksanvändning

I kapitel 3 om omvärldsfaktorer som påverkar tandhälsan beskrivs förändrade levnadsvanor och konsumtionsmönster. En god munhygien är nödvändig för att hålla bakteriebeläggningar borta då dessa ofta åtföljs av inflammation i tandköttet. Frekvent och regelbunden tandborstning med fluortandkräm ger även tänderna ett skydd mot karies.[27] Under de senaste 40 åren har munhygienvanorna förbättrats för både barn och vuxna. Andelen tänder med bakteriebeläggningar, plack, har minskat liksom andelen tänder med inflammation i tandköttet. Likaså har andelen som borstar tänderna två gånger per dag med fluortandkräm successivt ökat så att 85 procent av befolkningen uppger detta beteende år 2013.[28]

Kosten, såväl vad gäller innehåll som hur ofta den intas, påverkar sjukdomsförloppen och även kroppens egen förmåga att stå emot bakterieangrepp.[29] Alkoholkonsumtion, droganvändning och fetma är andra faktorer som i olika sammanhang påvisats vara sammankopplade med tandhälsa och hälsan i övrigt.[30] Tobaksanvändning är ytterligare ett område där forskning har konstaterat ett samband med parodontit.[31] Främst gäller detta rökare vilka löper mer än tre gånger så hög risk att drabbas av parodontit än icke-rökare.[32] Hos unga vuxna rökare är risken än mer påtaglig – potentiellt upp till 10 gånger högre än för icke-rökare. Därutöver är sjukdomsförloppet ofta snabbare och mer allvarligt för rökare, och behandlingen mindre effektiv.[33] Kopplingen mellan tobak och tandhälsa förstärks än mer av att det finns ett

[26] Socialstyrelsen. 2018. *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget.*
[27] Norderyd, O et al. 2015. *Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013).*
[28] Ibid.
[29] Klinge, B. 2010. *Munnen – tänder, kropp och själ.*
[30] Se bland annat Folkhälsomyndigheten. 2019. *Jämlik tandhälsa – en analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning.*
[31] Peres, M et al. 2019. *Oral diseases – a global public health challenge.*
[32] Dietrich, T et al. 2015. *Smoking, Smoking Cessation, and Risk of Tooth Loss – The EPIC-Potsdam Study.*
[33] Klinge, B. 2010. *Munnen – tänder, kropp och själ.*

gemensamma underliggande faktorer som kan förklara såväl tobaksanvändning som tandhälsa. En rapport från OECD visar att andelen dagliga rökare i Sverige är tre gånger högre bland lågutbildade än bland högutbildade (15 respektive 5 procent av befolkningen).[34] Lågutbildade har i genomsnitt även sämre tandhälsa, vilket utredningens kartläggning i detta kapitel visar, och på detta sätt stärks skillnaderna än mer gentemot personer i en starkare socioekonomisk situation.

5.5 Barn och unga vuxnas tandhälsa

Till skillnad från den vuxna befolkningen kan tandhälsan för barn och unga vuxna inte följas nationellt på individnivå, eftersom Socialstyrelsens tandhälsoregister inte innehåller uppgifter om tandvård som utförs på patientgruppen. I stället används aggregerade uppgifter om kariesförekomst enligt DMF-systemet. Dessa uppgifter, som regionerna en gång per år skickar in till Socialstyrelsen, ligger bland annat till grund för myndighetens rapporter om karies bland barn och unga vuxna samt WHO:s internationella jämförelser.

Som ett komplement har utredningen studerat aktuella data från SKaPa samt folktandvården i Västra Götaland. Eftersom det är relativt få barn och unga vuxna som går till privata vårdgivare, och få privata vårdgivare som rapporterar in statistik till SKaPa, har utredningen här valt att bara studera statistik för folktandvården.

5.5.1 Positiv kariesutveckling bland barn men trendbrott för 6-åringar

Figur 5.1 nedan visar utvecklingen av andelen kariesfria barn i åldrarna 3 år, 6 år, 12 år och 19 år under perioden 1985–2018.[35] För barn i åldrarna 3 och 6 år avser uppgifterna det primära bettet och för barn i åldrarna 12 och 19 år det permanenta bettet. Sammantaget går det att konstatera en klar hälsoförbättring. Sedan år 1985 har andelen kariesfria i alla fyra åldersgrupper ökat kraftigt, vilket troligen kan förklaras av befolkningens förbättrade egenvård och det hälsofrämjande och förebyggande arbetet inom den svenska tandvården.

[34] OECD. 2019. *Health at a Glance 2019.*
[35] Data är en hopvägning av kariesdata från alla regioner. Region Stockholm registrerar data för 7-åringar i stället för 6-åringar samt 13-åringar i stället för 12-åringar.

År 1985 var drygt 80 procent av samtliga undersökta 3-åringar i riket kariesfria.[36] Fram till början av 2000-talet ökade andelen kariesfria 3-åringar något varje år, och i de senaste 20 årens mätningar har andelen kariesfria i åldersgruppen stadigt varit omkring 95 procent av alla barn som undersökts.

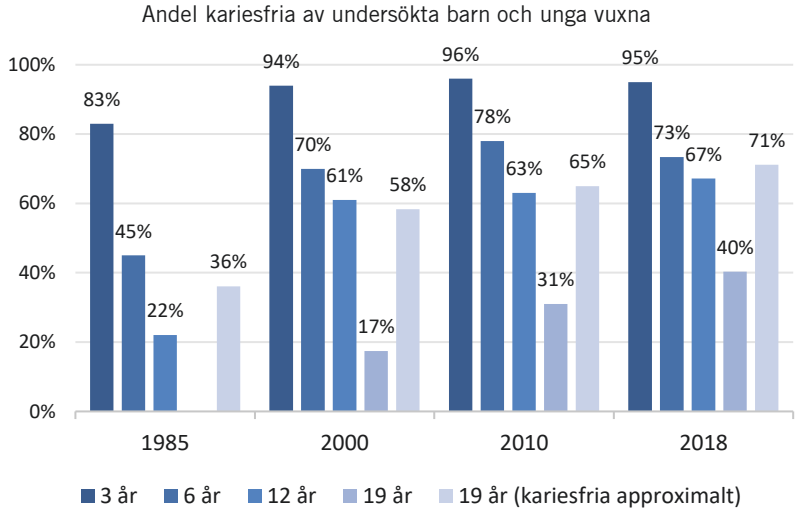
WHO har som mål för tandhälsan i Europa att 80 procent av 6-åringarna ska vara kariesfria år 2020. I Sverige var målet nära att nås för cirka tio år sedan. Mellan åren 1985 och 2010 ökade andelen kariesfria 6-åringar kraftigt från 45 till 78 procent. De senaste årens statistik från Socialstyrelsen visar dock på ett avsteg från den positiva trenden. Andelen kariesfria 6-åringar av samtliga undersökta barn i landet var 73 procent år 2018.[37] Denna andel var två procentenheter lägre jämfört med år 2016 och klart lägre än toppnoteringarna i början av 2010-talet.

Av de åldersgrupper som studeras av Socialstyrelsen återfinns den mest positiva kariesutvecklingen bland rikets 12-åringar. I denna grupp ökade andelen kariesfria barn kraftigt under 1980- och 1990-talen. En mindre avvikelse från den positiva utvecklingen skedde under mitten 2000-talet, men de senaste åren har utvecklingen återigen övergått i positiv riktning. År 2018 var 67 procent av alla undersökta 12-åringar kariesfria, vilket därmed var en tre gånger så hög andel som år 1985.

När det gäller landets 19-åringar har Socialstyrelsen historiskt sett följt utvecklingen av kariesskador på tändernas kontaktytor, så kallad approximalkaries (DFS-a). Anledningen är att dessa skador ofta tyder på längre framskriden kariessjukdom och indikerar framtida vårdbehov.[38] Indikatorn visar på en tydlig och positiv kariesutveckling under den studerade perioden. Mellan åren 1985 och 2018 fördubblades andelen 19-åringar utan approximala kariesskador från 36 till 71 procent av de som undersöktes. Sedan år 2000 presenterar även Socialstyrelsen statistik över andelen kariesfria 19-åringar (DFT). Även värdet på denna indikator har förbättrats kraftigt då andelen kariesfria 19-åringar fram till den senaste mätningen har ökat från 17 till 40 procent.

[36] Vad som är värt att notera om jämförelsen är att den tandhälsa som barnet har avgör vilken riskgrupp barnet tilldelas och därmed hur ofta barnet går på en undersökning. Detta medför att de relativt sjukare barnen blir överrepresenterade i statistiken.
[37] Region Värmland och Jämtland Härjedalen har inte lämnat in uppgifter för år 2017.
[38] Socialstyrelsen. 2020. *Karies bland barn och ungdomar – epidemiologiska uppgifter för år 2018.*

Figur 5.1 Barn och unga vuxna utan karies (DFT=0), år 1985, 2000, 2010 och 2018



Källa: Socialstyrelsen.

5.5.2 Små skillnader i kariesförekomst mellan könen

Utredningen kan konstatera att den generella utvecklingstrenden för förekomsten av karies är densamma för flickor som för pojkar oavsett ålder. Mellan åren 2010 och 2018 har andelen kariesfria flickor och pojkar i åldrarna 3 och 6 år sjunkit, medan omvända förhållande gäller för flickor och pojkar i åldrarna 12 och 19 år. Kariesförekomsten skiljer sig inte heller nämnvärt mellan könen, oavsett vilken åldersgrupp som studeras. Det är på riksnivå något vanligare med karies bland flickor i 12 års ålder medan det omvända förhållandet gäller för 19-åringar, ett resultat som stämmer överens med andra studier på området.[39]

5.5.3 Viss regional skillnad i kariesförekomst

Det går att konstatera att det finns relativt stora regionala skillnader i Socialstyrelsens uppföljning av tandhälsan bland barn och unga vuxna. Detta kan ha flera förklaringar. En bidragande faktor är

[39] André Kramer, AC. 2018. *On dental caries and socioeconomy in Swedish children and adolescents – Clinical and register-based studies.*

täckningsgraden. I vissa regioner är det endast drygt hälften av alla barn som omfattas av uppföljningen, medan det i andra regioner kan vara omkring 80 procent. Detta beror bland annat på att vissa regioner inte inkluderar barn som är listade hos privata vårdgivare i underlagen till Socialstyrelsen samt att intervallen mellan revisionsundersökningar skiljer sig åt regionalt.

Trots begränsningarna i data kan utredningen konstatera att utvecklingen går åt samma håll i de flesta regioner. Exempelvis är kariesförekomst bland 19-åringar lägre år 2018 jämfört med år 2010 i 20 av 21 regioner. Vad gäller 6-åringar har kariesförekomsten ökat i 17 av 21 regioner. Överlag kan en låg kariesförekomst konstateras för barn boende i Uppsala, Halland och Jönköping år 2018. Blekinge, Västerbotten och Örebro är regioner som samma år hade en jämförelsevis hög kariesförekomst bland barn.

5.5.4 Barn med karies har ytterligare ökat sin kariesförekomst

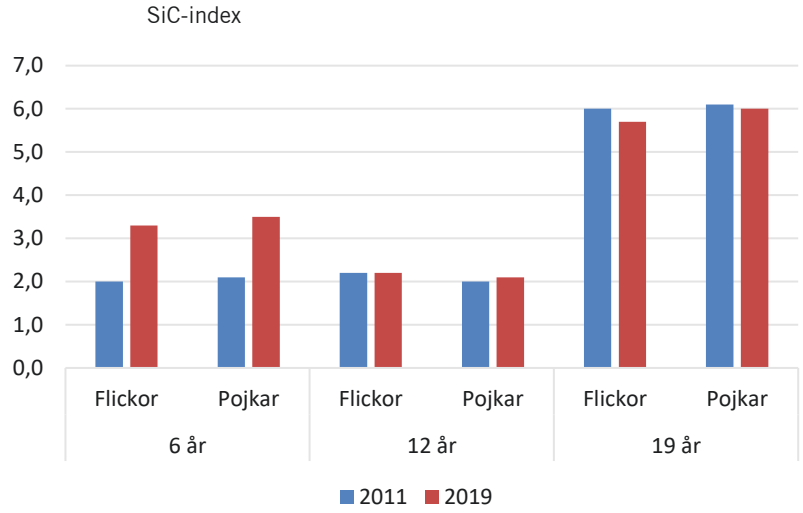
Socialstyrelsens statistik visar alltså på en ökad kariesförekomst de senaste åren för landets 6-åringar. Det kan finnas flera orsaker till ökningen, men statistik från SKaPa visar att en trolig delförklaring är att kariesförekomsten har ökat för den tredjedel av patienterna som har svårast sjukdom. Under perioden 2011 till 2019 har SiC-index ökat kraftigt för 6-åringar, vilket framgår av figur 5.2. Försämringen gäller både för flickor och för pojkar. År 2019 var SiC-index 3,3 för flickor och 3,5 för pojkar i åldersgruppen, vilket i båda fallen innebar en ökning av indexvärdet med 1,4 jämfört med år 2011.

När det gäller landets 12-åringar visar Socialstyrelsens tandhälsostatistik på en minskad kariesförekomst för patientgruppen som helhet. Dock finns inga tecken i SKaPa:s statistik på en minskad kariesförekomst hos den tredjedel av patienterna som hade svårast sjukdom. För såväl flickor som pojkar var SiC index oförändrat mellan åren 2011 och 2019.

I figur 5.2 framgår också att kariesförekomsten för de mest sjuka 19-åringarna är något lägre i dag än år 2011. SiC-index har minskat med 0,3 för kvinnor och 0,1 för män i denna grupp. Trots den förbättrade tandhälsan för de mest sjuka 19-åringarna är inte utvecklingen lika utmärkande positiv som i Socialstyrelsens statistik för patientgruppen totalt sett. Även bland 19-åringar finns tecken på att

tillståndet hos de mest sjuka individerna inte förbättras i samma takt som hos friskare individer.

Figur 5.2 Kariesförekomst för 6-, 12- och 19-åringar med svårast sjukdom efter kön, år 2011 och 2019



Källa: SKaPa. Anmärkningar: Avser data från folktandvården i 18 regioner då tillräckliga underlag saknas från folktandvården i Region Sörmland, Östergötland och Blekinge. SiC-index beräknas här som ett medelvärde av DFT för tredjedelen av patienterna med högst DFT.

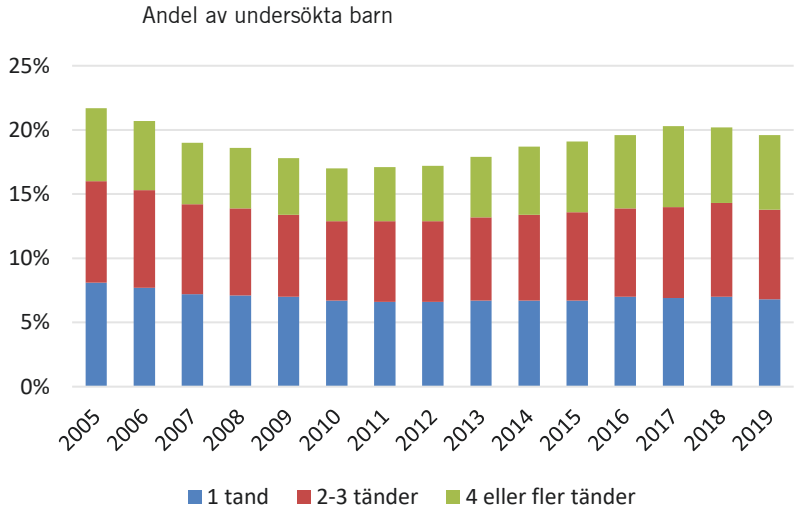
Utvecklingen med ökad kariesförekomst bland små barn bekräftas av en studie som utredningen har gjort på data om kariesförekomst bland barn mellan 3 och 9 år listade hos folktandvården i Västra Götalandsregionen.[40] Som framgår av figur 5.3, sjönk andelen barn med karies från 22 till 17 procent mellan åren 2005 och 2010. Under 2010-talet ökade förekomsten av karies återigen till en nivå på över 20 procent år 2018. År 2019 syns tecken på en tillbakagång av kariesförekomsten, men det är ännu för tidigt att säga ifall denna utveckling är bestående.

I Figur 5.3 visas även om karies påträffats i en tand, 2–3 tänder eller minst 4 tänder vid den senaste undersökningen. Den tendens till försämrad tandhälsa som synts under 2010-talet, var mest uttalad bland de barn som hade många kariesskadade tänder. Även om en

[40] Karies definieras i jämförelsen som DT respektive dt - antal tänder med manifest karies i det permanenta och/eller primära bettet.

förbättring skedde från år 2018 till år 2019 var andelen barn i regionen med minst 4 karierade tänder högre än för 10 år sedan. Andelen barn med karies i 2–3 tänder ökade också under perioden.

Figur 5.3 Antal karierade tänder hos barn 3–9 år i Västra Götalandsregionen, år 2010–2019



Källa: Folktandvården Västra Götalandsregionen.

5.5.5 Kariesförekomsten bland små barn med mest sjukdom varierar över landet

Statistiken från SKaPa visar vidare att förekomsten av karies bland 6-åringarna med mest sjukdom varierar över landet.[41] Mest karies hade de sjukaste barnen i Kronoberg, Örebro och Stockholm. I dessa regioner var värdet på SiC-index mer än 4,0 tänder år 2019 jämfört med 2,5 tänder i Västerbotten och Norrbotten. Trenden med ökad kariesförekomst för de mest sjuka 6-åringarna gäller såväl flickor som pojkar i samtliga regioner. Dock finns även här stora regionala variationer. I exempelvis Stockholm och Uppsala hade de mest sjuka små barnen i genomsnitt dubbelt så många karierade tänder eller lagade tänder på grund av karies år 2019 som år 2011.

[41] Jämförelsen omfattar 18 av 21 regioner. Tillräckliga underlag saknas från folktandvården i Region Sörmland, Östergötland och Blekinge.

Även kariesförekomsten bland 12- och 19-åringar varierar mellan regioner, men de regionala skillnaderna är något mindre än för de minsta barnen. Skåne och Västerbotten är två exempel på regioner med höga SiC-värden för såväl 12- som 19-åringar, medan bland annat Gotland och Halland sticker ut med låga indexvärden överlag. Särskilt i Jämtland Härjedalen, Västernorrland och Norrbotten är kariesförekomsten bland de mest sjuka 12- och 19-åringarna lägre år 2019 än år 2011, men i Kronoberg, Värmland och Västerbotten går utvecklingen i båda åldersgrupper åt att motsatt håll.

5.5.6 Socioekonomi har betydelse för skillnader i barns tandhälsa

Familjens socioekonomiska situation kan ha betydelse för kariesförekomsten bland barn. En studie på barn i Västra Götalandsregionen visar exempelvis på att barn i förskoleåldern i socioekonomiskt svaga familjer har fyra gånger högre risk för kariesskador än jämnåriga med bättre levnadsvillkor.[42] Därtill besöker barn i resurssvaga familjer tandvården mer sällan jämfört med barn i resursstarka familjer.[43] Att kariesdata från Västra Götaland indikerar en negativ trend för barn med mest karies visar på stora utmaningar för tandvården, då barn med föräldrar i socioekonomiskt svag ställning är svåra att nå med information och preventiva hälsoinsatser.[44] Att nå barn tidigt i det förebyggande arbetet kan vara avgörande för den fortsatta sjukdomsutvecklingen, detta eftersom barn som har karies i treårsåldern senare utvecklar betydligt fler kariesskador som sexåringar än övriga barn.[45]

5.6 Kvarvarande och intakta tänder bland vuxna

I detta avsnitt presenteras resultat om den vuxna befolkningens tandhälsa baserat på statistik i Socialstyrelsens tandhälsoregister om antal kvarvarande och intakta tänder.[46] Utredningen har tillsammans

[42] André Kramer, AC. 2018. *On dental caries and socioeconomy in Swedish children and adolescents – Clinical and register-based studies*.
[43] Socialstyrelsen. 2013. *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga*.
[44] Socialstyrelsen. 2013. *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga*.
[45] André Kramer, AC. 2018. *On dental caries and socioeconomy in Swedish children and adolescents – Clinical and register-based studies*.
[46] En person som är fullt betandad kan maximalt ha 32 tänder.

med Socialstyrelsen tagit fram ett särskilt underlagsmaterial med syftet att få en djupare förståelse för hur tandhälsan ser ut och har utvecklats över tid i olika befolkningsgrupper, vad gäller såväl demografiska som ekonomiska och socioekonomiska aspekter. Samtliga patienter som har besökt tandvården minst en gång inom det statliga tandvårdsstödet mellan åren 2009 och 2019 ingår i underlaget. Tandhälsan för unga vuxna mellan 20 och 23 år studeras specifikt med hänvisning till utredningens förslag i betänkandets kommande kapitel. Materialet är även unikt på så vis att även personer med nödvändig tandvård och tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning ingår i underlaget från och med år 2013.

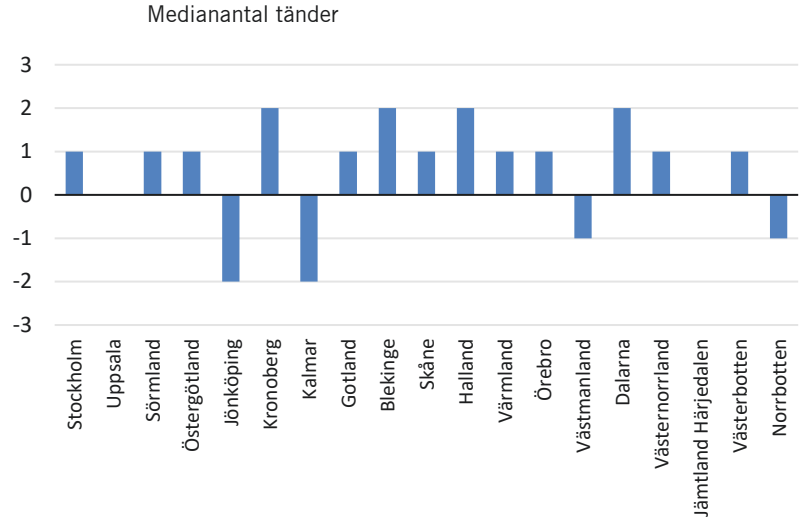
5.6.1 Förbättrad tandhälsa bland unga vuxna 20–23 år

Statistiken från Socialstyrelsen visar att tandhälsan för patienter mellan 20 och 23 år har förbättrats under perioden 2009–2016.[47] Medianpatienten hade fler intakta tänder år 2016 än år 2009, och den positiva utvecklingen syntes för såväl kvinnor som för män.[48] Skillnaderna mellan de som har bäst respektive sämst tandhälsa i åldersgruppen minskade även under den studerade perioden, från en skillnad på 12 intakta tänder år 2009 till en skillnad på 10 intakta tänder år 2016.

Antalet intakta tänder för patienter 20–23 år skiljer sig något mellan regioner, men generellt finns en trend med förbättrad tandhälsa över landet. Som kan ses i figur 5.4 var det endast i Jönköping, Kalmar, Norrbotten och Västmanland där patienterna 20–23 år hade färre intakta tänder i genomsnitt år 2016 än år 2009.

[47] Under dessa år ingick hela patientgruppen 20–23 år i tandhälsoregistret. Mellan åren 2017 och 2019 höjdes åldersgränsen för regional tandvård till barn och unga vuxna vilken inte omfattas av tandhälsoregistret. Personer bosatta i Västra Götaland och Gävleborg ingår inte i studien då dessa regioner tillämpar en högre åldersgräns för tandvård till barn och unga vuxna.
[48] Eftersom det är ovanligt att inte ha alla tänder kvar i munnen vid åldern 20–23 år studeras endast statistik över antalet intakta tänder.

Figur 5.4 Förändring i antal intakta tänder för personer 20–23 år efter region, år 2009–2016



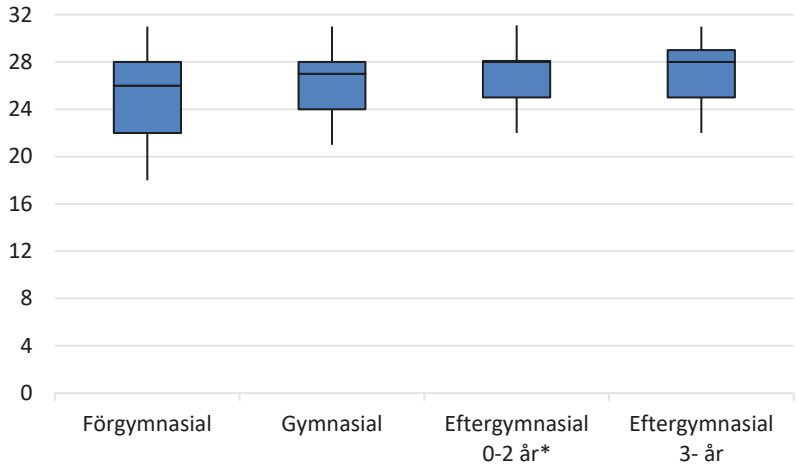
Källa: Socialstyrelsen. Anmärkningar: Västra Götaland och Gävleborg är inte med i jämförelsen. Ett positivt värde innebär en ökning av antal intakta tänder för medianpatienten mellan 2009 och 2016.

Utredningens kartläggning visar att det redan för patienter i unga åldrar finns betydande skillnader i tandhälsa mellan grupper med olika socioekonomiska förutsättningar. Figur 5.5 nedan visar fördelningen av antalet intakta tänder för personer 20–23 år, uppdelat på föräldrarnas utbildningsnivå.[49] För personer vars föräldrar har en förgymnasial utbildning var medianvärdet 26 intakta tänder, jämfört med 28 intakta tänder för de vars föräldrar har en eftergymnasial utbildning. Spridningen i tandhälsa var också betydligt större inom den förstnämnda gruppen. De 10 procent som hade sämst tandhälsa i gruppen med lågutbildade föräldrar hade 18 intakta tänder jämfört med 22 intakta tänder i gruppen med högutbildade föräldrar.

[49] Patienterna är sorterade efter antalet intakta tänder. Exempelvis är den 10:e percentilen det värde som delar upp patienterna så att 10 procent har färre, eller lika många, intakta tänder och 90 procent har fler intakta tänder.

Figur 5.5 Intakta tänder för personer 20–23 år efter föräldrarnas utbildningsnivå, år 2016

Antal tänder vid percentiler 10, 25, 50, 75 och 90



Källa: Socialstyrelsen. Anmärkning: För de med eftergymnasial utbildning 0–2 år är antalet intakta tänder vid percentilerna 50 (median) och 75 desamma.

5.6.2 Befolkningen har fler kvarvarande tänder

För befolkningen som helhet går det att konstatera en tydligt förbättrad tandhälsa under de senaste 10 åren. Förbättringen återfinns för både kvinnor och män och för de flesta åldersgrupper. Den allt bättre tandhälsan syns både genom att fler personer har fler kvarvarande tänder samt att fler av dessa tänder är intakta. Utvecklingen illustreras i figur 5.6 nedan av en förskjutning av ålderskurvorna till höger, från de streckade linjerna som visar antalet intakta och ej intakta tänder för medianpatienten år 2009 till de helfärgade linjerna som visar motsvarande statistik för år 2019.

För personer mellan 24 och 65 år kan den förbättrade tandhälsan under de senaste åren främst härledas till ett ökat antal intakta tänder. I genomsnitt hade personer i dessa åldrar 2,5 fler tänder utan karies eller lagning jämfört med 10 år sedan, ett resultat av att många unga vuxna lämnar den avgiftsfria tandvården med få eller inga lagade tänder och att man i hög utsträckning behåller den goda tandhälsan över tid.[50] År 2019 hade medianpatienten vid 24 års ålder 30 tänder i

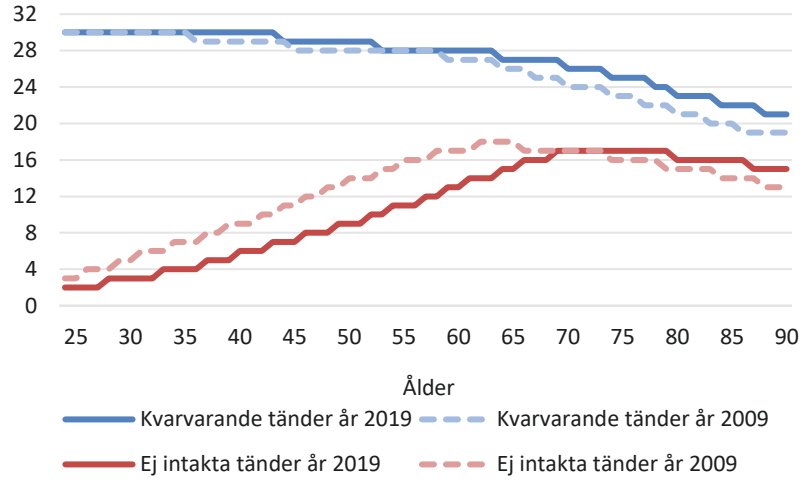
[50] Prop. 2018/19:1 *Budgetpropositionen för 2019.*

munnen, varav 28 tänder var intakta och 2 tänder var ej intakta. Med ökad ålder på patienten, ökar antalet ej intakta tänder. Från och med 40 års ålder minskar även antalet kvarvarande tänder gradvis. Dessa två effekter innebär sammantaget att medianpatienten vid 65 års ålder hade 27 kvarvarande tänder i munnen år 2019, varav 12 tänder var intakta och 15 tänder var ej intakta.

För befolkningen över 65 år består den positiva tandhälsoutvecklingen främst av att allt fler behåller sina tänder upp i åren. År 2019 hade medianpatienten mellan 65 och 90 år cirka 2 fler tänder kvar i munnen jämfört med 10 år tidigare. För patienter äldre än 75 år syns en viss ökning av antalet ej intakta tänder de senaste åren, men ökningen kan sannolikt härledas till sjukdom i de extra kvarvarande tänderna. En mer detaljerad genomgång av tandhälsan för de äldre i befolkningen presenteras i avsnitt 5.6.4.

Figur 5.6 Kvarvarande och ej intakta tänder, år 2009 och 2019

Antal tänder hos medianpatienten i respektive åldersgrupp



Källa: Socialstyrelsen, Tandhälsoregistret.

Att medianpatienten oavsett ålder har allt fler tänder kvar i munnen indikerar tillsammans med den snabbt växande befolkningen på en ökad belastning på tandvården de kommande åren. Bara mellan åren 2009 och 2019 innebär nivåskillnaden mellan dessa års kurvor att befolkningen har ungefär 20 miljoner fler tänder i munnen som

kan komma att behöva behandling. Dessa effekter motverkas delvis av att många har fler friska tänder kvar i munnen.

5.6.3 Inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män

Utredningens kartläggning av statistiken från tandhälsoregistret visar inte på några tydliga skillnader mellan kvinnor och män vad gäller antalet kvarvarande respektive ej intakta tänder. Medianantalet kvarvarande tänder är i vissa åldersgrupper en tand lägre bland kvinnor än bland män, medan det i de flesta åldersgrupper inte föreligger någon skillnad alls mellan könen. Antalet kvarvarande tänder skiljer sig något mellan män och kvinnor över 80 år, där den manliga medianpatienten generellt hade något fler tänder kvar i munnen än motsvarande kvinna. Vad gäller antalet ej intakta tänder finns inga könsskillnader alls upp till 75 års ålder, för att därefter vara något fler bland kvinnor.

5.6.4 Fler kvarvarande tänder bland äldre patienter

Fler och fler äldre har i dag sina egna tänder i kvar i munnen jämfört med tidigare. En förklaring är att fler av dagens äldre har haft tillgång till bättre tandvård och fått kunskap om tandhälsa när de var unga. God tandhälsa grundläggs ofta redan vid unga år och hänger sedan med genom livet. Under 2010-talet har utvecklingen varit både snabb och positiv. Statistiken från år 2019 visar att medianpatienten i 65 års ålder hade 27 kvarvarande tänder varav 12 tänder var intakta, vilket var en förbättring i båda aspekter jämfört med år 2009. Medianpatienten i åldersgruppen 80–89 år hade 22 kvarvarande tänder år 2019, vilket var en ökning med 2 tänder jämfört med år 2009. Antalet intakta tänder var 2 färre än 10 år tidigare, men de intakta tänderna var ändå fler som en andel av samtliga tänder år 2019. Utvecklingen för medianpatienten över 90 år var i samma riktning. Resultaten visar tydligt på en förskjutning de senaste 10 åren, där medianpatienten 90 år eller äldre hade lika många tänder kvar år 2019 som medianpatienten 80–89 år hade endast några år tidigare. Antalet kvarvarande tänder skiljer sig något mellan män och kvinnor, där den manliga medianpatienten generellt hade något fler tänder än motsvarande kvinna vid höga åldrar.

Det finns skillnader över landet i antalet kvarvarande tänder för de som är 80 år eller äldre. År 2019 var Stockholm den region där medianpatienten hade flest kvarvarande tänder upp i åren; 24 tänder för de mellan 80–89 år samt 21 tänder för de som var 90 år eller äldre. Även i Uppsala och Sörmland hade de äldre många tänder kvar. Norrbotten, Gotland och Västerbotten var regioner där de äldre hade jämförelsevis färre kvarvarande tänder. I dessa regioner var medianvärdet 17 kvarvarande tänder för patienter 80–89 år och 20 kvarvarande tänder för patienter 90 år eller äldre. Värt att nämna är att de framsteg som skett för de äldre mellan åren 2009 och 2019 återfinns i så gott som samtliga regioner.

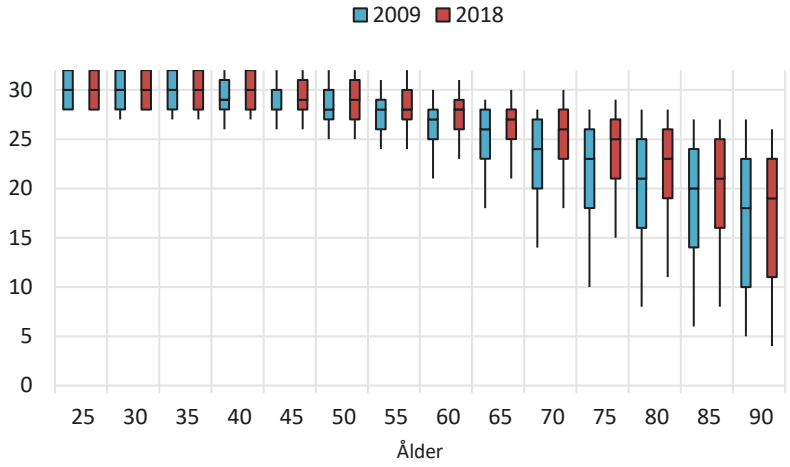
5.6.5 Skillnader i tandhälsa på befolkningsnivå minskar över tid men ökar med ålder

Underlagen från Socialstyrelsen visar vidare på att spridningen i tandhälsomåtten kvarvarande och intakta tänder ökar med patientens ålder. Unga vuxna har i regel en god tandhälsa och skillnaderna i antal kvarvarande och intakta tänder mellan patienter är små. Skillnaderna i tandhälsa ökar sakta upp till 70 års ålder då en kraftig försämring kan ses, både vad gäller antalet kvarvarande tänder och intakta tänder, för de patienter som hade sämst tandhälsa.

Den generella förbättringen av befolkningens tandhälsa de senaste 10 åren kan observeras både för personer med jämförelsevis bra respektive dålig tandhälsa. De personer som hade den jämförelsevis sämsta tandhälsan (det vill säga få kvarvarande och intakta tänder) i befolkningen år 2018 hade en något bättre tandhälsa än de med den jämförelsevis sämsta tandhälsan år 2009. På samma sätt hade de med bäst tandhälsa år 2018 en bättre tandhälsa än de som låg bäst till år 2009. Denna utveckling illustreras i figurerna 5.7 och 5.8 nedan. Även skillnaderna mellan de med bäst och sämst tandhälsa har minskat något över tid, framför allt bland äldre.

Figur 5.7 Kvarvarande tänder efter ålder, år 2009 och 2018

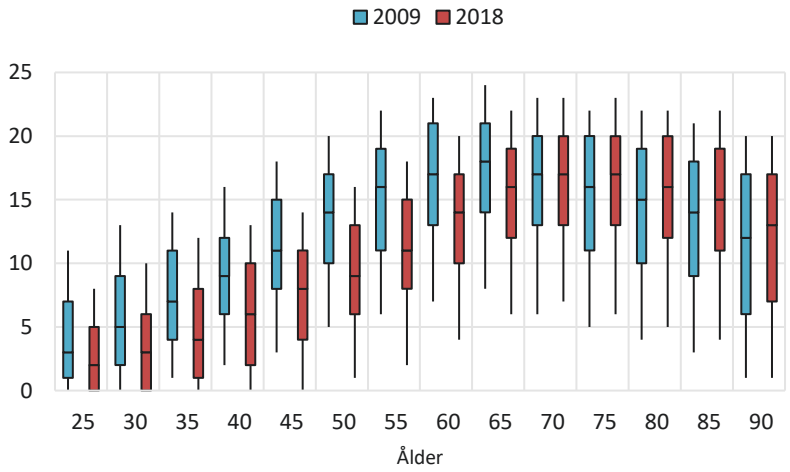
Antal tänder vid percentiler 10, 25, 50, 75 och 90



Källa: Socialstyrelsen.

Figur 5.8 Ej intakta tänder efter ålder, år 2009 och 2018

Antal tänder vid percentiler 10, 25, 50, 75 och 90



Källa: Socialstyrelsen.

5.6.6 Inkomst har större betydelse för skillnader i tandhälsa bland äldre än bland yngre

Utredningen kan utifrån det sammanställda dataunderlaget konstatera att inkomst inte har en stark koppling till tandhälsa för personer i förvärvsarbetande ålder, varken för kvinnor eller för män. Oavsett inkomstgrupp, har medianpatienten 28 kvarvarande tänder i åldrarna 40–64 år. Efter 65 års ålder framträder ett mönster där tandhälsan för personer med låg eller mycket låg inkomst försämras i betydligt snabbare takt än hos personer med hög inkomst. Medianantalet kvarvarande tänder för en patient 65–84 år med låg inkomst är 24 tänder, vilket är 3 tänder färre än för en patient med hög inkomst i samma ålder. Denna skillnad i antal kvarvarande tänder mellan inkomstgrupper kvarstår sedan livet ut. Analysen visar vidare att ju lägre inkomst en person har, desto färre är antalet intakta tänder. Medianpatienten med låg inkomst 65–84 år har endast 6 intakta tänder vilket kan jämföras med 9 tänder för de med hög inkomst i samma åldersgrupp.

Utredningen kan vidare se att det finns vissa regionala variationer i tandhälsa, och att patientens inkomst i denna aspekt har en viss betydelse. Patienter med låg eller mycket låg inkomst boende i de norra länen, har såväl färre kvarvarande som färre intakta tänder som övriga län. Framför allt är mönstret tydligt för personer över 65 år. Även i andra glesbefolkade regioner som Gotland och Blekinge har de äldre med lägre inkomster en sämre tandhälsa än i övriga riket.

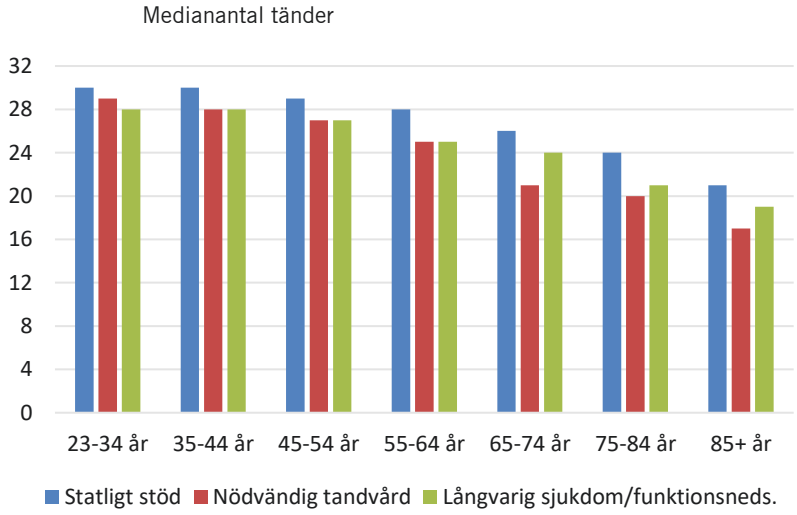
5.6.7 Sämre tandhälsa för patienter med särskilt tandvårdsstöd

Tandhälsan är bättre för patienter med statligt tandvårdsstöd än för patienter som har nödvändig tandvård eller tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller en funktionsnedsättning.[51] Dessa skillnader framträder redan bland jämförelsens yngsta patienter och kvarstår livet ut. År 2018 var medianvärdet 30 kvarvarande tänder för patienter 23–34 år med statligt tandvårdsstöd. Detta kan jämföras med ett medianvärde på mellan 28 och 29 kvarvarande tänder för personer i samma åldrar med särskilt tandvårdsstöd, se figur 5.9 nedan. Med ökad ålder förstärks skillnaderna mellan gruppernas tandhälsa. I ålders-

[51] Data om dessa två särskilda tandvårdsstöd finns i tandhälsoregistret sedan år 2013.

gruppen 55–64 år är medianvärdet 25 kvarvarande tänder för de med särskilt tandvårdsstöd jämfört med 28 tänder för de med statligt tandvårdsstöd. Efter 65 års ålder försämras hälsostatusen än mer för de med särskilt tandvårdsstöd, och i synnerhet för de med nödvändig tandvård. Medianvärdet var 17 kvarvarande tänder för patienter med nödvändig tandvård, 19 tänder för patienter med tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning och 21 tänder för patienter med statligt tandvårdsstöd. Dock har de över 65 år med statligt tandvårdsstöd överlag något fler ej intakta tänder än de med särskilt stöd, vilket visar på behovet av regelbunden och förebyggande tandvård oavsett tandvårdsstöd. Noterbart är att det oavsett tandvårdsstöd inte finns några tydliga skillnader i tandhälsa mellan män och kvinnor.

Figur 5.9 Kvarvarande tänder efter ålder och tandvårdsstöd, år 2018



Källa: Socialstyrelsen.

Äldre med ett ökat omvårdnadsbehov är en särskilt utsatt grupp

Som beskrivs mer i detalj i kapitel 10 kan nödvändig tandvård ges både till äldre med ett ökat omvårdnadsbehov och personer med funktionsnedsättning och insatser inom LSS. En delförklaring till den sämre tandhälsan för de med nödvändig tandvård kan därmed härledas till svårigheter att sköta sin munhygien till följd av en

funktionsnedsättning, medan en annan delförklaring kan vara svårigheter på grund av ålder och ett ökat vårdbehov. Upp till och med 65 års ålder är majoriteten av mottagarna av nödvändig tandvård personer inom LSS, medan omkring 80 procent av de över 65 år har nödvändig tandvård som en följd av ett med åldern ökat omvårdnadsbehov. Båda dessa grupper uppvisar en sämre tandhälsa än personer inom det statliga tandvårdsstödet, men situationen är framför allt allvarlig i gruppen äldre med ett ökat omvårdnadsbehov. Detta indikeras av att medianvärdet för såväl kvarvarande som intakta tänder är klart lägre för patienter över 65 år med nödvändig tandvård jämfört med patienter i övriga stöd.

Inkomstskillnader förstärker skillnaderna i tandhälsa mellan patientgrupper inom de olika tandvårdsstöden

Utredningen har även studerat hur tandhälsa varierar med inkomst för patienter inom de särskilda och statliga tandvårdsstöden. Sammantaget kan konstateras att skillnader i inkomst har betydelse för skillnader i tandhälsa och att betydelsen är ungefär lika stor inom både det statliga och det särskilda stödet. Men eftersom både en låg inkomst och ett stort tandvårdsbehov i regel innebär en sämre tandhälsa, är personer som är i båda dessa situationer en särskilt utsatt patientgrupp. Exempelvis har medianpatienten i åldrarna 40–64 år, med låg inkomst samt tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning 25 kvarvarande tänder, varav 12 intakta. Detta kan jämföras med 29 kvarvarande tänder, varav 19 intakta, hos medianpatienten med hög inkomst inom det statliga tandvårdsstödet i samma åldersgrupp.

5.6.8 Socioekonomisk position har betydelse för tandhälsan

Det finns ett flertal bakomliggande faktorer som tillsammans spelar en roll för en individs tandhälsa. Sambanden mellan dessa bakomliggande faktorer är komplexa. En individs förmåga att bekosta sin tandvård har betydelse för vilken vård som konsumeras, men detta medför inte per automatik en sämre tandhälsa eller skevheter i hur tandvårdsstöden nyttjas. Som visas ovan spelar ålder en stor roll för tandhälsan, men inte heller detta samband kan med lätthet beskrivas.

En aspekt är att de personer som nu är äldre tidigare i livet tog del av ett mindre utbyggt tandvårdssystem. Därtill har politiska reformer spelat en roll för vilken tandvård som tidigare har konsumerats, varav ett exempel är den så kallade 65-plusreformen. Utbildningsnivå, födelseland och etablering på arbetsmarknaden är andra aspekter som påverkar tandhälsa och tandvårdskonsumtion, vilket framgår av såväl utredningens egna kartläggningar som flertalet andra studier.

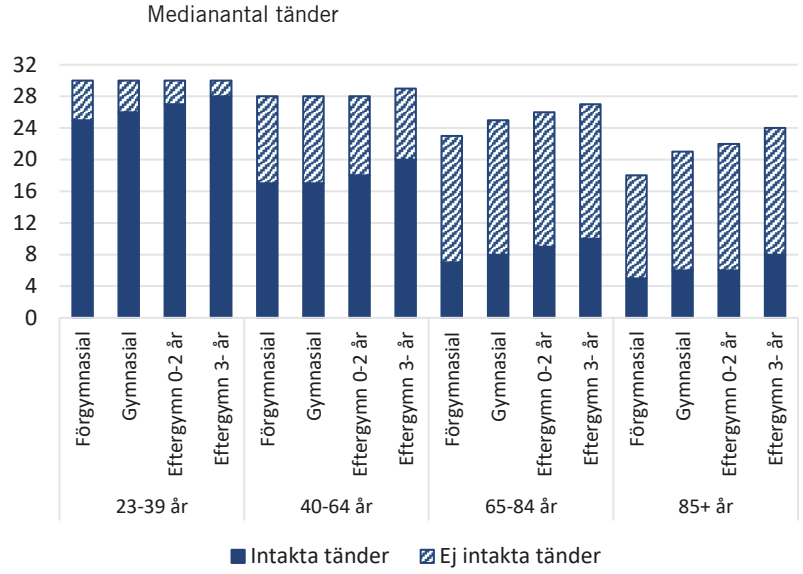
Bättre tandhälsa för personer med hög utbildningsnivå

Utredningen kan utifrån Socialstyrelsens statistik konstatera att tandhälsan är bättre för personer med högre utbildningsnivå.[52] Skillnaderna i tandhälsa är överlag små mellan män och kvinnor med samma utbildningsnivå, med undantaget att det finns en tendens till att kvinnor med lägre utbildningsnivå har färre kvarvarande tänder än män i de äldsta åldersgrupperna.

För personer yngre än 65 år syns inga större skillnader i antalet kvarvarande tänder mellan utbildningsnivåerna vilket framgår av figur 5.10 nedan. Däremot har lågutbildade färre intakta tänder än högutbildade. Ju äldre patienten är, desto större är skillnaderna i tandhälsa mellan låg- och högutbildade patienter. Medianpatienten i åldersgruppen 65–84 år med förgymnasial utbildning hade 23 kvarvarande tänder varav 7 tänder var intakta. Detta kan relateras till medianpatienten med 3-årig eftergymnasial utbildning i samma åldersgrupp som hade 27 kvarvarande tänder varav 10 intakta. Över 85 års ålder förstärks skillnaderna vad gäller antal kvarvarande tänder mellan grupperna. Oavsett utbildningsnivå har dock de äldsta patienterna många tänder som inte är intakta, vilket visar på vikten av en regelbunden tandvård för alla äldre.

[52] För personer under 30 år används uppgifter om föräldrarnas högsta utbildningsnivå, i de fall deras utbildningsnivå är högre än individens.

Figur 5.10 Status på kvarvarande tänder efter ålder och utbildningsnivå, år 2018

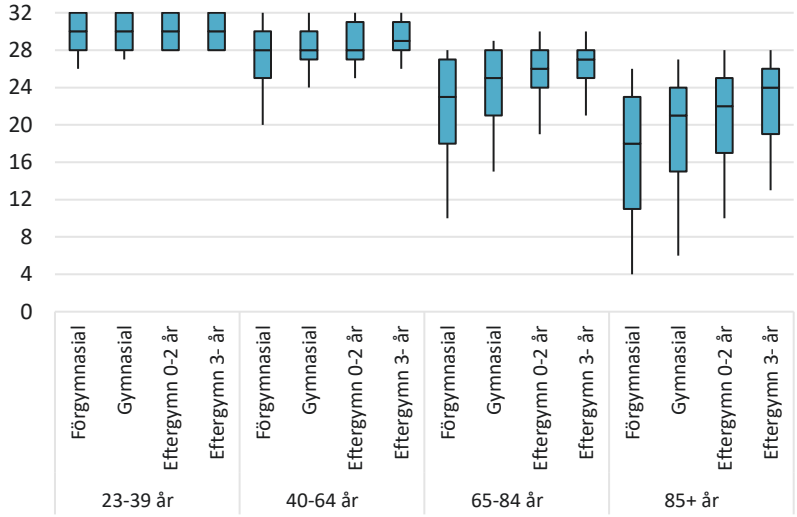


Källa: Socialstyrelsen.

Utredningens kartläggning visar vidare att tandvårdsbehovet kan skilja sig stort mellan patienter med samma längd på utbildningen. Störst skillnader i tandhälsa finns mellan patienter med låg utbildningsnivå. Ju högre utbildningsnivån är, desto mindre är skillnaderna i tandhälsa mellan patienter. Skillnaderna i tandhälsa ökar med åldern oavsett utbildningsnivå vilket exemplifieras av figur 5.11 nedan. Detta resultat är inte förvånande. Vid ung ålder har man oftast inte behövt omfattande tandvård eller hunnit drabbas av allvarlig tandsjukdom med eventuell tandlossning som följd. Bland äldre är det dock relativt vanligt att ha en omfattande sjukdomsproblematik, medan andra har många av sina tänder kvar i intakt skick. Dock kan utredningen konstatera att en låg utbildningsnivå förstärker de skillnader som finns mellan grupper av patienter i samma ålder. Exempelvis är antalet kvarvarande tänder vid den 10:e percentilen i åldersgruppen 65–84 år med förgymnasial utbildning 10 tänder och den 90:e percentilen 28 tänder. Detta kan jämföras med 21 respektive 30 tänder för percentilerna 10 och 90 bland patienterna med minst en 3-årig eftergymnasial utbildning i samma åldrar.

Figur 5.11 Kvarvarande tänder efter ålder och utbildningsnivå, år 2018

Antal tänder vid percentiler 10, 25, 50, 75 och 90



Källa: Socialstyrelsen.

Sämre tandhälsa för personer i ekonomiskt utsatt ställning

Baserat på underlagen från Socialstyrelsen har utredningen även studerat tandhälsan för patienter som hade ekonomiskt bistånd minst en månad under år 2018. Personer med ekonomiskt bistånd är i en utsatt situation ekonomiskt, och anknytningen till arbetsmarknaden är ofta svag. Det förekommer även att kommunen ersätter viss tandvård inom ekonomiskt bistånd (se kapitel 4).

Utredningens studie visar att personer med ekonomiskt bistånd genomgående har en sämre tandhälsa än övriga befolkningen. Medianpatienten med ekonomiskt bistånd i åldrarna 23–64 år hade omkring 2 färre kvarvarande och intakta tänder än medianpatienten utan ekonomiskt bistånd.[53] Resultatet indikerar att ekonomiskt bistånd potentiellt har en större betydelse för skillnader i tandhälsa än utbildningsnivå och födelseland för personer i yrkesför ålder.

Statistiken visar också att det finns en relativt stor spridning i tandhälsa bland patienter med ekonomiskt bistånd, vilket indikerar på ett stort tandvårdsbehov för delar av gruppen. Ett sådant exempel

[53] Personer över 65 år ingår inte i studien då få i dessa åldrar har ekonomiskt bistånd.

är att skillnaden i tandhälsa mellan könen är större för de med ekonomiskt bistånd än för låginkomsttagare och personer födda utanför EU/EES. Kvinnor med ekonomiskt bistånd är en särskilt utsatt grupp på så sätt att de oavsett ålder har färre kvarvarande och intakta tänder än män.

Sämre tandhälsa bland äldre personer födda utanför EU/EES

Då tandhälsostatistiken studeras efter födelseland, framgår att tandhälsan inte skiljer sig nämnvärt mellan patienter födda i Sverige, EU/EES eller utanför EU/EES. Bland patienter under 40 år, har medianpatienten i samtliga tre grupper ungefär lika många kvarvarande och intakta tänder. Därefter framträder vissa skillnader. Medianpatienten 40 år och äldre född i Sverige har mellan 1–3 fler tänder kvar i munnen än motsvarande utrikes födde patient. Å andra sidan har medianpatienten född utanför EU/EES fler intakta tänder jämfört med medianpatienten född i Sverige och EU/EES. En möjlig förklaring resultatet är att patienter födda utanför EU/EES i större utsträckning besöker tandvården akut och drar ut tanden när sjukdom observerats. Dock går det inte att säkert fastställa detta utifrån enbart utifrån utredningens underlag.

5.6.9 Tandhälsan hos nyanlända

Vårdpanoramat för nyanlända och asylsökande avviker från den övriga befolkningens, vilket betonas i en rapport från Socialstyrelsen från år 2016.[54] Vårdbehovet hos dessa grupper är kan vara stort, vilket bland annat medför att man oftare besöker tandvården för akuta besvär och betydligt mer sällan i förebyggande syfte.[55] Nyanlända som besöker tandvården har överlag något färre kvarvarande tänder än övriga befolkningen, men samtidigt är fler av de kvarvarande tänderna intakta. Dock varierar tandhälsan kraftigt beroende på födelseland. Olika grupper har olika erfarenhet av tandsjukdomar och det finns skillnader i vilken tandvård man haft tillgång till och erhållit. Dåliga kostvanor och munhygien samt ett högt tobaksbruk

[54] Socialstyrelsen. 2016. *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända.*
[55] Vad gäller asylsökande bekostar endast regionen den tandvård som inte kan anstå, vilket i praktiken innebär en något utvidgad akuttandvård.

för vissa personer i dessa grupper är andra riskfaktorer som har negativ påverkan på tandhälsan på lång sikt.[56]

5.7 Förekomst av karies hos vuxna

Kunskapen om kariesförekomsten hos den vuxna befolkningen är begränsad. Det finns dock några regionala studier som rapporterar munhälsodata om vuxna. I Jönköping har studier av tandhälsan i befolkningen 3–80 år upprepats var tionde år sedan år 1973.[57] Ett liknande upplägg har studier i Dalarna, som genom upprepade tvärsnittsundersökningar av befolkningen i åldrarna 35–85 år samlat in data mellan åren 1983 och 2013.[58] Uppgifter om vuxnas kariesförekomst, men då enbart om de personer som besöker tandvården, finns även i SKaPa.[59]

5.7.1 Historisk utveckling av kariesförekomsten visar på stadig förbättring under lång tid

Karies har under 1900-talet varit en vanlig tandsjukdom som drabbat i stort sett hela befolkningen. Precis som hos barn har kariesförekomsten minskat hos vuxna, men förbättringen kunde registreras senare än hos barnen. Den minskade kariesförekomsten kan främst förklaras av förbättrade munhygienvanor, där tandborstning med fluortandkräm har haft särskilt stor betydelse. Det finns även indikationer i Jönköpingstudierna om att kostvanor som är ogynnsamma för kariessjukdomen har förbättrats. Andelen som drack läsk flera gånger i veckan halverades exempelvis mellan undersökningarna åren 2003 och 2013.

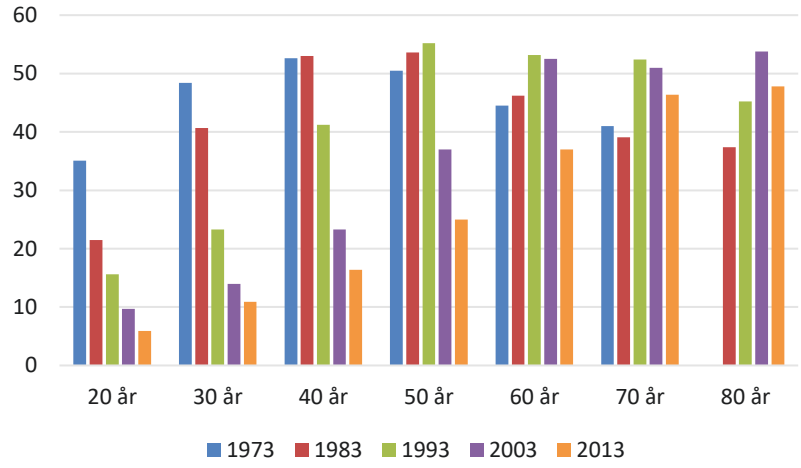
Under den 40-årsperiod som befolkningen studerats i Jönköping har andelen vuxna utan karies och fyllningar kontinuerligt ökat. Även antalet tänder och tandytor med karies eller fyllningar (DFS) har under samma period sjunkit kraftigt i befolkningen. Figur 5.12 visar på denna utveckling. För personer i åldersgrupperna 20–60 år

[56] Socialstyrelsen. 2016. *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända.*
[57] Norderyd, O et al. 2015. *Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013).*
[58] Edman, K et al. 2016. *Prevalence of dental caries and influencing factors. Time trends over a 30-year period in an adult population. Epidemiological studies between 1983 and 2013 in the county of Dalarna, Sweden.*
[59] SKaPa. 2020. *Årsrapport 2019.*

var medelvärdet för DFS lägre år 2013 jämfört med tidigare mätningar. För de yngsta i befolkningen var förbättringen markant – år 2013 var kariesförekomsten 3–4 gånger så låg än år 1973 vilket främst berodde på färre fyllningar. I figuren framgår även att 70- och 80-åringar hade högre DFS år 2013 än i tidigare mätningar, som en följd av att de kvarvarande tänderna var betydligt fler.

Figur 5.12 Kariesförekomst efter ålder, 1973–2013

Antal karierade och fyllda tandytor (medelvärde DFS)



Källa: Norderyd O, et al. 2015.

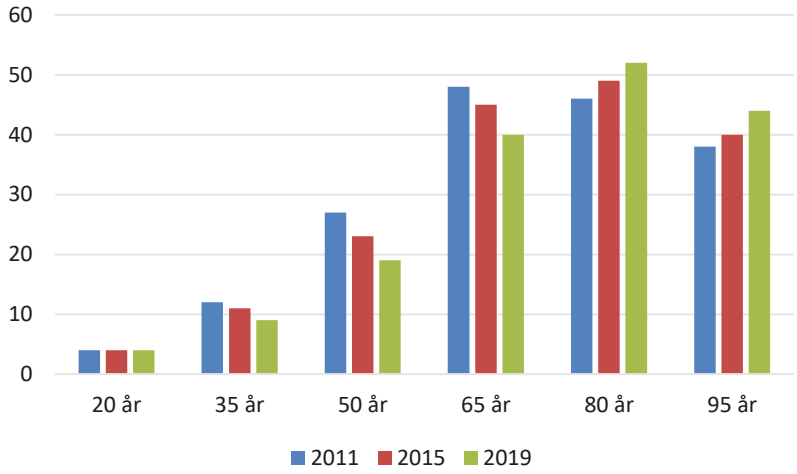
Studierna från Dalarna visar liknande tendenser som i Jönköping. Andelen personer med minst ett kariesangrepp var 58 procent år 1983, en andel som successivt minskade vid varje mätning. Till år 2013 hade andelen med aktiv karies i befolkningen sjunkit till 33 procent. I båda befolkningsstudierna verkar den stora förbättringen för vuxna ha ägt rum för cirka 20 år sedan. Studien i Dalarna kunde dessutom identifiera ett antal faktorer som hade samband med ökad kariesförekomst. Dessa faktorer var oregelbunden tandvård, svag ekonomi, rökning, låg utbildningsnivå, manligt kön, daglig läkemedelsanvändning samt att leva i ett ensamhushåll.

5.7.2 Kariesförekomsten fortsätter att minska

Statistik från SKaPa visar att antalet tandytor med karies eller fyllningar hos vuxna patienter har fortsatt att minska under det senaste decenniet. Framför allt har utvecklingen varit positiv för personer i åldrarna 35–65 år, vilket syns tydligt i figur 5.13. Även av SKaPas statistik framgår att de allra äldsta patienterna har allt fler tandytor med karies och fyllningar än för 10 år sedan, detta på grund av den generella utvecklingen med fler kvarvarande tänder.

Figur 5.13 Kariesförekomst efter ålder, år 2011–2019

Antal karierade och fyllda tandytor (medelvärde DFS)



Källa: SKaPa.

De senaste årens förbättringar kan till stor del härledas till att färre vuxna får fyllningar på grund av karies under ett år. År 2019 var det 80 procent av de vuxna som inte fick någon fyllning på grund av karies. Efter 40 års ålder görs majoriteten av fyllningarna av annan orsak än karies som till exempel frakturer och andra defekter på tidigare utförda fyllningar. En jämförelse mellan könen visar att män får fler tandlagningar än kvinnor.[60]

[60] SKaPa. 2020. *Årsrapport 2019.*

5.8 Förekomst av parodontit bland vuxna

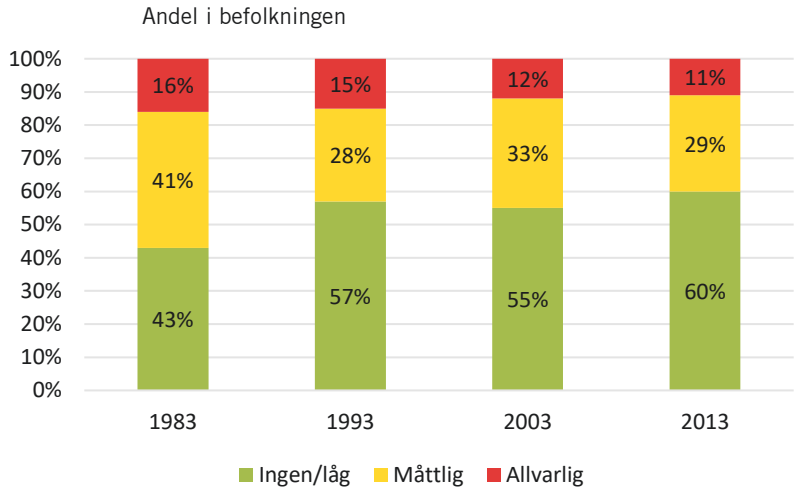
Förekomsten av parodontit i den svenska befolkningen har under lång tid minskat, ett resultat som bland annat har framkommit i Jönköpingsstudierna.[61] Den positiva utvecklingen gäller dels att färre personer drabbas av sjukdomen, dels att färre personer har en långt utvecklad sjukdom. Just vad gäller parodontit har troligen även ändrade levnadsvanor, såsom en lägre andel rökare i befolkningen, spelat en stor roll. Dock finns vissa tecken, bland annat i SKaPas statistik, på att trenden med lägre förekomst av parodontit har avstannat under 2010-talet.

5.8.1 Förekomsten av parodontit har under lång tid minskat

I Jönköpingsstudierna har förekomsten av parodontit studerats för ett urval av befolkningen mellan åren 1983–2013.[62] Resultaten från studierna, se figur 5.14 nedan, visar tydliga tecken på ett förbättrat tandhälsotillstånd i befolkningen över tid. Andelen med ingen eller låg förekomst av parodontit har ökat från 43 procent år 1983 till 60 procent år 2013, en ökning som är statistisk säkerställd. Samma period minskade andelen med måttlig parodontit från 41 till 29 procent. Andelen personer vars parodontit bedömdes som allvarlig minskade från 16 till 11 procent. En starkt bidragande orsak till den positiva tandhälsoutvecklingen är en klart lägre förekomst av parodontit bland de äldre i befolkningen. Studien av tandhälsans utveckling i Jönköping mellan åren 1973 och 2013 visar bland annat på klart fler kvarvarande tänder för de äldsta deltagarna, vilket indikerar en lägre förekomst av allvarlig av parodontit.[63]

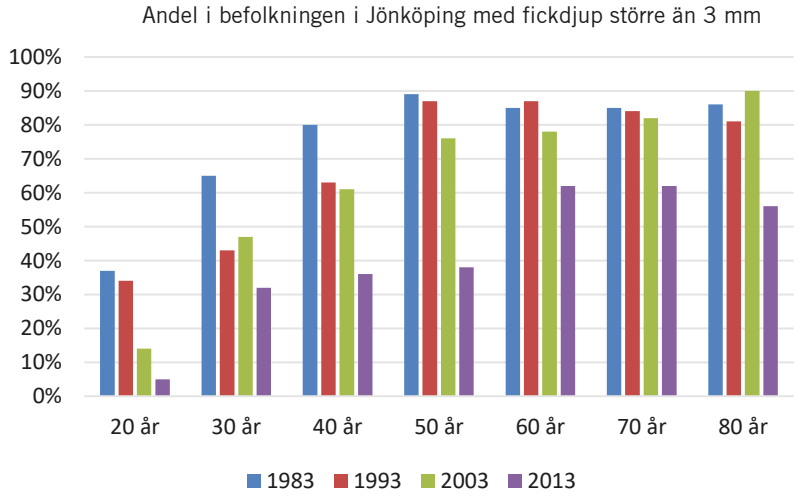
[61] Norderyd, O et al. 2015. *Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013)*.
[62] Wahlin, Å. 2017. *Periodontal health and disease in two adult populations in Sweden*. Studien baseras på ett tvärsnittsurval av individer bosatta i Jönköping respektive år. Urvalet består av personer mellan 20 och 80 år.
[63] Norderyd, O et al. 2015. *Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013)*.

Figur 5.14 Skattad förekomst av parodontit i Jönköping, år 1983–2013



Källa: Norderyd O, et al. 2015.

Figur 5.15 Ökat fickdjup efter ålder, år 1983–2013



Källa: Norderyd O, et al. 2015.

Andelen i befolkningen med ökat fickdjup har minskat kraftigt över tid i alla åldersgrupper, se figur 5.15 ovan. Endast 5 procent av de yngsta i befolkningen hade detta tillstånd år 2013 jämfört med nära

40 procent år 1983. Störst förbättring syntes för personer 40–50 år där andelen med ökat fickdjup halverades mellan åren 1983–2013.

5.8.2 Förekomsten av parodontit har ökat under 2010-talet

Statistik från SKaPa visar att 21 procent av samtliga patienter som undersöktes under treårsperioden 2017–2019 uppvisade tydliga tecken på parodontit. 10 procent av de undersökta patienterna identifierades som allvarligt sjuka och hade vid undersökningen minst en tand med ett fickdjup över 5 millimeter (parodontal status 1). Resterade 11 procent identifierades med måttlig parodontit då de vid undersökningen hade fyra eller fler tänder med ett fickdjup mellan 4 och 5 millimeter (parodontal status 2).

SKaPa noterar i sin årsrapport att förekomsten av parodontit bland de undersökta patienterna har ökat de senaste åren.[64] Under treårsperioden 2010–2012 identifierades 17 procent av de undersökta patienterna med parodontit, vilket var 4 procentenheter lägre än i den senaste mätningen. Vad ökningen kan bero på är dock inte uppenbart, och det kan inte uteslutas att yttre faktorer som fler anslutna folktandvårdsorganisationer, nya journalsystem och fler parodontala undersökningar har haft viss betydelse.

5.9 Den självskattade tandhälsan har förbättrats

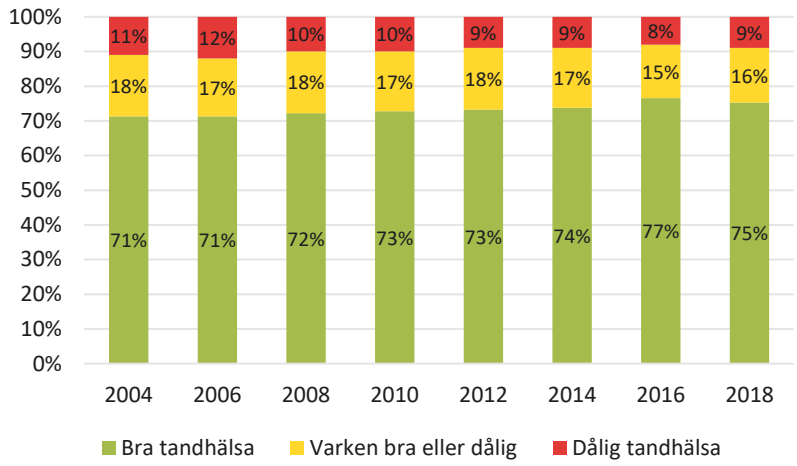
När personer i Sverige själva får uppskatta sin tandhälsa är svaren övervägande positiva. Resultaten från 2018 års nationella folkhälsoenkät visar att 75 procent av Sveriges befolkning upplever att de har en ganska eller mycket bra tandhälsa. Ungefär 9 procent upplevde sin tandhälsa som ganska eller mycket dålig, medan resterande 17 procent angav att deras tandhälsa varken var bra eller dålig. Sett över perioden 2004–2018 syns en stadig trend mot en bättre självskattad tandhälsa på befolkningsnivå. I 2018 års folkhälsoenkät var det dock en något lägre andel som angav att de hade bra tandhälsa jämfört med 2016 års toppnotering på 77 procent. Även andelen som upplevde

[64] SKaPa. 2020. *Årsrapport 2019.*

sin tandhälsa som dålig ökade något mellan åren 2016 och 2018.[65] Resultaten från Folkhälsomyndighetens undersökningar åren 2004–2018 visas i figur 5.16 nedan.

Figur 5.16 Självskattat tandhälsotillstånd, år 2004–2018

Andel i befolkningen 16–84 år



Källa: Folkhälsomyndigheten.

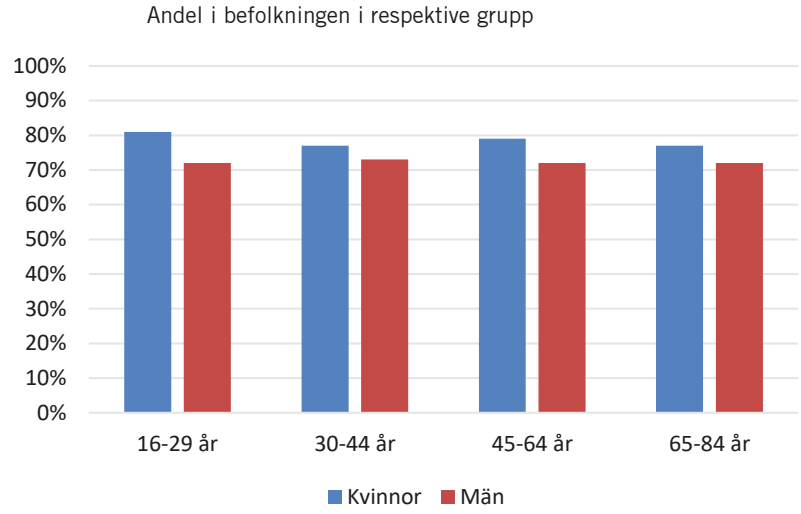
5.9.1 Kvinnor och unga har bättre självskattad tandhälsa

Ända sedan den första folkhälsoenkäten år 2004 har kvinnors skattning av den egna tandhälsan varit på en högre nivå än mäns. År 2018 skattade 78 procent av kvinnorna sin tandhälsa som bra jämfört med 72 procent av männen, en skillnad som är statistiskt säkerställd. Könsskillnaderna har även ökat över tid vilket kan härledas till att allt färre män anger att de har bra tandhälsa. Yngre personer uppger sig generellt ha bättre tandhälsa än de äldre, men även i de äldre åldersgrupperna förbättrades den självskattade tandhälsan under den studerade perioden. I en rapport från Folkhälsomyndigheten nämns förebyggande tandvård och en bättre behandlande tandvård som potentiella förklaringar till den positiva utvecklingen.[66] Oavsett ålder

[65] Skillnader mellan åren 2016 och 2018 var dock inte signifikanta på 5 procent nivå och det går därför inte att utesluta att det är urvalets sammansättning som medför den uppskattade skillnaden.
[66] Folkhälsomyndigheten. 2019. *Jämlik tandhälsa – en analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning.*

upplever kvinnor sin tandhälsa som bättre än vad män gör, vilket framgår av figur 5.17 nedan. Störst är könsskillnaderna i den yngsta åldersgruppen 16–29 år där andelen med bra självskattad tandhälsa är 10 procentenheter högre för kvinnor än för män.

Figur 5.17 Bra självskattad tandhälsa efter kön och ålder, år 2018



Källa: Folkhälsomyndigheten.

5.9.2 Inkomst är en viktig faktor för den upplevda tandhälsan

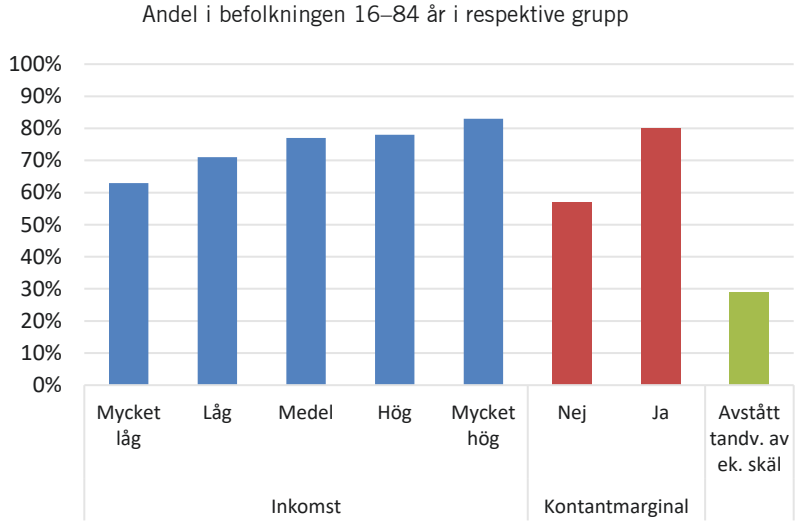
Resultaten från den nationella folkhälsoenkäten visar att den självskattade tandhälsan varierar beroende på inkomst. Ju högre inkomst, desto bättre är även den självskattade tandhälsan.[67] I gruppen med högst inkomster är det 83 procent som skattar sin tandhälsa som bra. Detta kan jämföras med en andel på 63 procent i gruppen med lägst inkomster. På samma sätt gäller att de som inte har en kontantmarginal upplever sin egen tandhälsa som sämre jämfört med de som har denna kontantmarginal, se figur 5.18 nedan.[68]

I en studie från år 2019 visar Folkhälsomyndighetens att en bestämningsfaktor för tandhälsan i befolkningen är om patienten har

[67] Inkomstgrupperna är fördelade efter vilken kvintil individen tillhör. Detta innebär att befolkningen fördelas efter inkomst i totalt 5 grupper, där de 20 procent med lägst inkomst tillhör den första kvintilen, nästa grupp om 20 procent tillhör den andra kvintilen, osv.
[68] Kontantmarginal definieras i undersökningen som de hushåll som inom en månad klarar av att betala en oväntad utgift på 11 000 kronor utan att låna eller be om hjälp.

avstått tandvård av ekonomiska skäl.[69] Under perioden 2004–2014 skattade endast 29 procent av personer i denna situation sin tandhälsa som en ganska eller mycket bra. Jämfört med befolkningen som helhet (74 procent) är skillnaden anmärkningsvärd, vilket indikerar att det potentiellt finns ett latent tandvårdsbehov hos vissa av de som i dag inte besöker tandvården.

Figur 5.18 Bra självskattad tandhälsa efter inkomstgrupper, år 2018



Källa: Folkhälsomyndigheten. Anmärkning: Värdet för de som avstått tandvård på grund av ekonomiska skäl avser hela perioden 2004–2014.

5.9.3 Stora skillnader i självskattad tandhälsa mellan socioekonomiska grupper

Folkhälsomyndighetens undersökningar visar att upplevelsen av den egna tandhälsan även har ett samband med socioekonomiska faktorer såsom utbildningsnivå, födelseland samt anknytningen till arbetsmarknaden.

Utbildningens längd har betydelse för den självskattade tandhälsan. Drygt 80 procent av de med eftergymnasial utbildning skattade år 2018 sin tandhälsa som ganska eller mycket bra, se figur 5.19 nedan. För personer med gymnasial utbildning var andelen 73 pro-

[69] Folkhälsomyndigheten. 2019. *Jämlik tandhälsa – en analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning.*

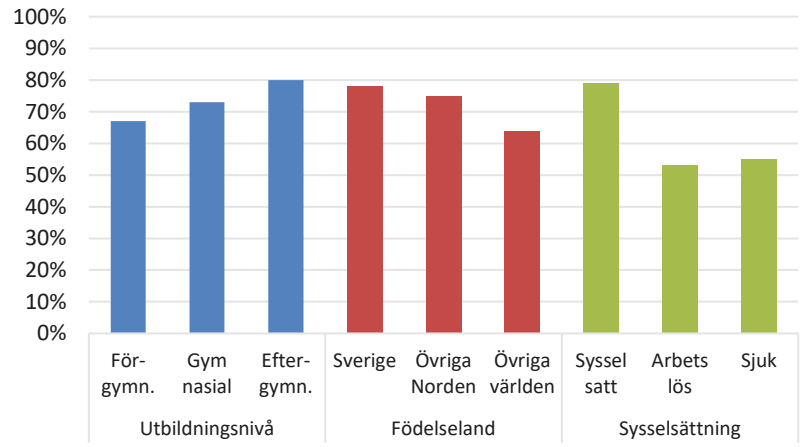
cent och för de med förgymnasial utbildning 67 procent. Resultaten kan dock delvis bero på att de svarande med förgymnasial utbildning är äldre än de med högre utbildningsnivå, eftersom andelen med eftergymnasial utbildning ökat historiskt sett.

Personer födda i Sverige och de nordiska länderna skattade sin tandhälsa som granska eller mycket bra i högre utsträckning än personer födda utanför Norden. I de två förstnämnda grupperna var andelen cirka 75 procent och i den sistnämnda gruppen 10 procentenheter lägre. Skillnaderna mellan grupperna har även förstärkts över tid. Från år 2016 till år 2018 har den självskattade tandhälsan försämrats för personer födda utanför Norden, medan motsatt trend kan anas för personer födda i Sverige och de nordiska länderna.

Även anknytningen till arbetsmarknaden har stor betydelse för skillnader i självskattad tandhälsa i befolkningen. Av de som var sysselsatta under år 2018 skattade 79 procent sin tandhälsa som ganska eller mycket bra. Detta kan jämföras med en andel så låg som 53 procent för personer som var arbetslösa under året och 55 procent för personer som hade sjukpenning eller sjukersättning från Försäkringskassan.

Figur 5.19 Bra självskattad tandhälsa efter utbildningsnivå, sysselsättning och födelseland, år 2018

Andel i befolkningen 16–84 år i respektive grupp



Källa: Folkhälsomyndigheten.

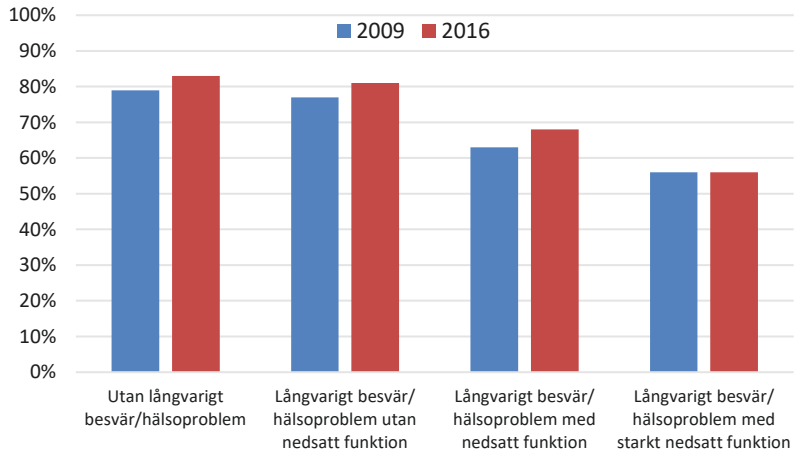
5.9.4 Funktionsnedsättning och upplevd tandhälsa

På uppdrag av utredningen har Folkhälsomyndigheten sammanställt uppgifter om den självskattade tandhälsan för personer med ett långvarigt hälsoproblem eller en funktionsnedsättning. Resultaten från sammanställningen, som kan ses i figur 5.20, visar att det främst är graden av funktionsnedsättning som har betydelse för upplevelsen av den egna tandhälsan. 83 procent av de utan såväl långvarigt hälsoproblem som nedsatt funktion skattade den egna tandhälsan som bra år 2016. Detta kan jämföras med 81 procent av de med ett långvarigt hälsoproblem, men utan en nedsatt funktion. Ju mer allvarlig den nedsatta funktionen är, desto sämre är upplevelsen av den egna tandhälsan. I gruppen med långvariga besvär eller hälsoproblem och en starkt nedsatt funktion var det endast 56 procent som skattade sin tandhälsa som ganska eller mycket bra år 2016.

Figur 5.20 visar också att den självskattade tandhälsan hade förbättrats mellan åren 2009 och 2016 för tre av de fyra studerade grupperna. Dock var den självskattade tandhälsan på samma nivå för patienter med starkt nedsatt funktion, vilket medförde en ökad skillnad mot patienter utan, eller med viss, nedsatt funktion.

Figur 5.20 Bra självskattad tandhälsa efter grad av nedsatt funktion, år 2009 och 2016

Andel i befolkningen 16–84 år i respektive grupp



Källa: Folkhälsomyndigheten.

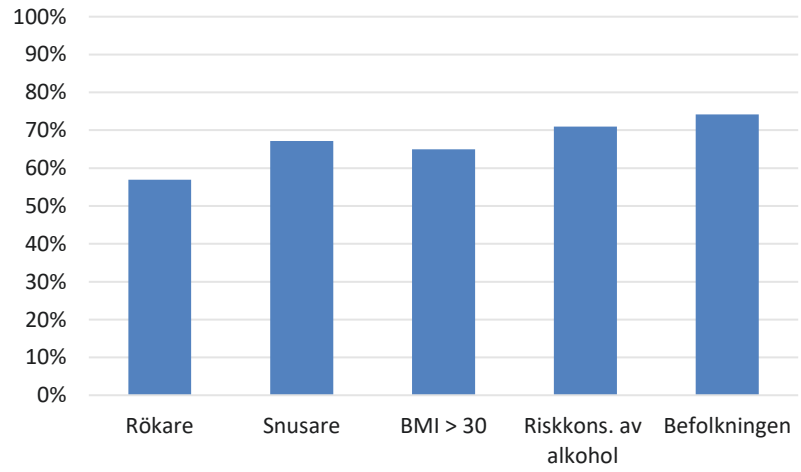
5.9.5 Levnadsvanors betydelse för tandhälsan

I en rapport från Folkhälsomyndighetens framgår att personer som röker eller snusar dagligen uppger sämre tandhälsa än genomsnittet i befolkningen.[70] Detsamma gäller personer med fetma (BMI över 30). Riskkonsumtion av alkohol verkar dock inte ha en någon större inverkan på upplevelsen av den egna tandhälsan. Rökare anger i lägre utsträckning än snusare att de har en ganska eller mycket bra tandhälsa, 56 procent jämfört med 67 procent. I båda fall är andelen därmed klart lägre än för befolkningen som helhet (74 procent). Dessa resultat visas i figur 5.21.

Att levnadsvanor så tydligt hör samman med upplevelserna om tandhälsa visar enligt Folkhälsomyndigheten på behovet av riktade insatser, detta för att nå de folkhälsopolitiska målen om att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.[71]

Figur 5.21 Bra självskattad tandhälsa efter levnadsvanor

Genomsnittlig andel i befolkningen 16–84 år åren 2004–2016



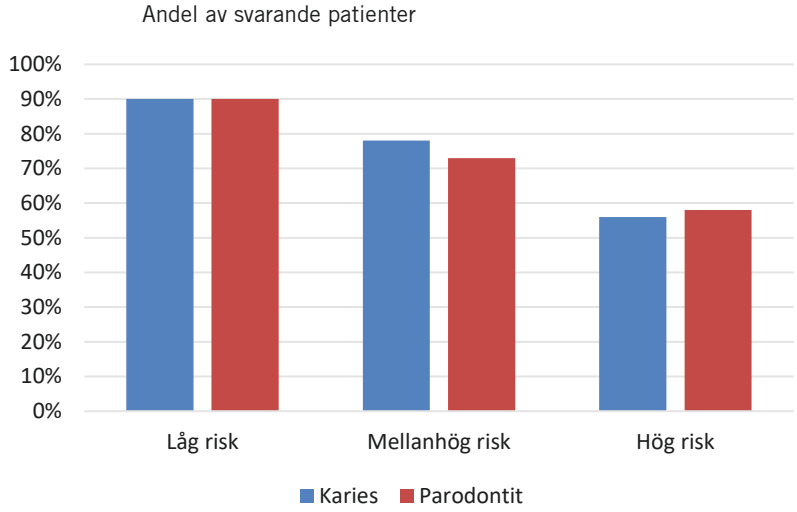
Källa: Folkhälsomyndigheten.

[70] Folkhälsomyndigheten. 2019. *Jämlik tandhälsa – en analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning.* Underlaget för just denna jämförelse var samtliga svar på den nationella folkhälsoenkäten "Hälsa på lika villkor" under hela perioden 2004–2016.
[71] Ibid.

5.9.6 Samband mellan upplevd tandhälsa och risk för oral sjukdom

Patientens upplevelser av en bristande egen tandhälsa behöver inte per automatik betyda en förekomst av sjukdom. Emellertid är den självskattade tandhälsan en viktig indikator för faktisk tandhälsa, vilket framgår av statistik från SKaPa. I registret finns uppgifter såväl om hur patienten bedömer sin egen tandhälsa som behandlarnas bedömning av risk för karies och parodontit.[72] En sammanställning av 2018 års uppgifter visas i figur 5.22.[73] Av samtliga svarande patienter med låg risk för karies och parodontit angav cirka 90 procent att de vid undersökningstillfället hade en god eller mycket god tandhälsa. För patienter med mellanhög risk för karies eller parodontit var motsvarande andelar 78 respektive 73 procent. Klart lägst var andelen med god eller mycket god självskattad tandhälsa bland patienter med hög risk för karies (55 procent) eller parodontit (58 procent).

Figur 5.22 God självskattad tandhälsa efter sjukdomsrisk, år 2018



Källa: SKaPa.

[72] SKaPa. 2019. *Årsrapport 2018.*
[73] Underlaget utgörs av drygt 800 000 unika patienter från 5 folktandvårdsorganisationer anslutna till beslutsstöd R2 mellan åren 2016 och 2018. Individerna har vid undersökningstillfället fått svara på frågan ”Hur bedömer du att din tandhälsa är i dag?”. Svarsalternativen är ”Mycket god”, ”God”, ”Dålig” samt ”Mycket dålig”.

Resultaten i figur 5.22 är intressanta då de visar att även mjukare mått på tandhälsa kan fånga aspekter av den faktiska sjukdomsbilden. Dock finns viss risk att patienten överskattar sitt tandhälsotillstånd eftersom det i en undersökningssituation kan upplevas som önskvärt att ha skött sin egen tandhälsa enligt behandlarens rekommendationer.

5.10 Svensk tandhälsa är bra i ett internationellt perspektiv

Jämförelser av hälsotillstånd hos befolkningen i olika länder är i regel problematiska. Detta kan bland annat förklaras av skillnader i välfärdssystemets struktur och organisering, vårdtradition och kvaliteten på de uppgifter som samlas in till jämförelsen. I många länder är systemen för att samla in data om populationen fragmentariska och begränsade, och kapaciteten att producera tillförlitlig statistik kan variera kraftigt.[74]

Tandhälsans utveckling i olika länder studeras kontinuerligt av olika aktörer. WHO följer bland annat löpande utvecklingen av kariesförekomst och parodontit som en del av ett större indikatorsystem för att mäta och jämföra olika länders generella hälsotillstånd. I många av dessa studier och jämförelser har den svenska befolkningen en mycket bra tandhälsa i ett internationellt perspektiv. Resultaten gäller såväl för barn som för vuxna. Ett exempel på detta är att Sverige redan år 1995 nådde WHO:s mål om att 12-åringar i medeltal ska ha maximalt 1,5 kariesskadade eller lagade tänder år 2020. Även jämfört med andra OECD-länder är kariesförekomsten bland svenska 12-åringar låg.[75] Studier av tandvårdssystem och tandhälsa i olika länder visar på ett liknande mönster för vuxna. Bland annat är förekomsten av karies jämförelsevis låg hos den svenska befolkningen och de äldre har i genomsnitt fler kvarvarande tänder än i många andra länder.[76] Samtidigt finns också undantag från den övergripande trenden mot en bättre tandhälsa bland svenska barn. Sedan år 2010 har kariesförekomsten bland 6-åringar sakta ökat och Social-

[74] WHO:s hemsida, https://www.who.int/data/data-collection-tools/world-health-survey-plus, uttag 2020-09-04.
[75] WHO:s CAPP databas, https://capp.mau.se/dental-caries, uttag 2020-09-02.
[76] Saekel, R. 2018. *Evaluation of different oral care systems: Results for Germany and selected highly developed countries. An update of a former study.*

styrelsen konstaterar att Sverige sannolikt inte kommer att nå WHO:s mål på 80 procent kariesfria 6-åringar år 2020.[77]

5.10.1 Få personer med ett ej uppfyllt tandvårdsbehov i Sverige

En indikator för tandhälsan i befolkningen är hur stort behovet av tandvård är och hur väl detta behov är uppfyllt. Samtliga medlemsländer i EU, samt ett fåtal andra europeiska länder, bidrar årligen med statistik till undersökningen om inkomster och levnadsförhållanden, SILC.[78] Undersökningen innehåller frågor som gör det möjligt att jämföra aspekter såsom inkomst, fattigdom, utanförskap, arbete och hälsotillstånd i olika länder. I SILC ingår även frågor om tandvårdsbesök, och om man som svarande har upplevt ett ej uppfyllt behov av tandvård under de senaste 12 månaderna.[79]

I en analys av Eurostat baserad på data från 2017 års SILC, studeras behovet av medicinsk vård respektive tandvård hos barn under 16 år i de europeiska länderna.[80] Analysen visar att andelen svenska barn som har ett ej uppfyllt behov av tandvård är låg (1 procent) i förhållande till genomsnittet i EU (2,3 procent).

Vad gäller den vuxna befolkningen, visas resultaten från 2018 års SILC för de europeiska länderna i figur 5.23 nedan.[81] Andelen som upplevde ett ej uppfyllt behov av tandvård i Sverige var 2,9 procent, ett värde som var lägre än för övriga nordiska länder och klart lägre än genomsnittet i EU på 4,1 procent.

Resultaten från undersökningen visar vidare att det är priset på tandvård som är den främsta orsaken till ett ej uppfyllt tandvårdsbehov i de flesta länder.[82] I Sverige är det ungefär hälften av de svarande som anger priset som en orsak till ett ej uppfyllt tandvårdsbehov. Andelen är lägre än genomsnittet i EU, men högre än i länder med omfattande statlig tandvårdssubvention (till exempel Finland) eller heltäckande försäkringslösningar (till exempel Tyskland).

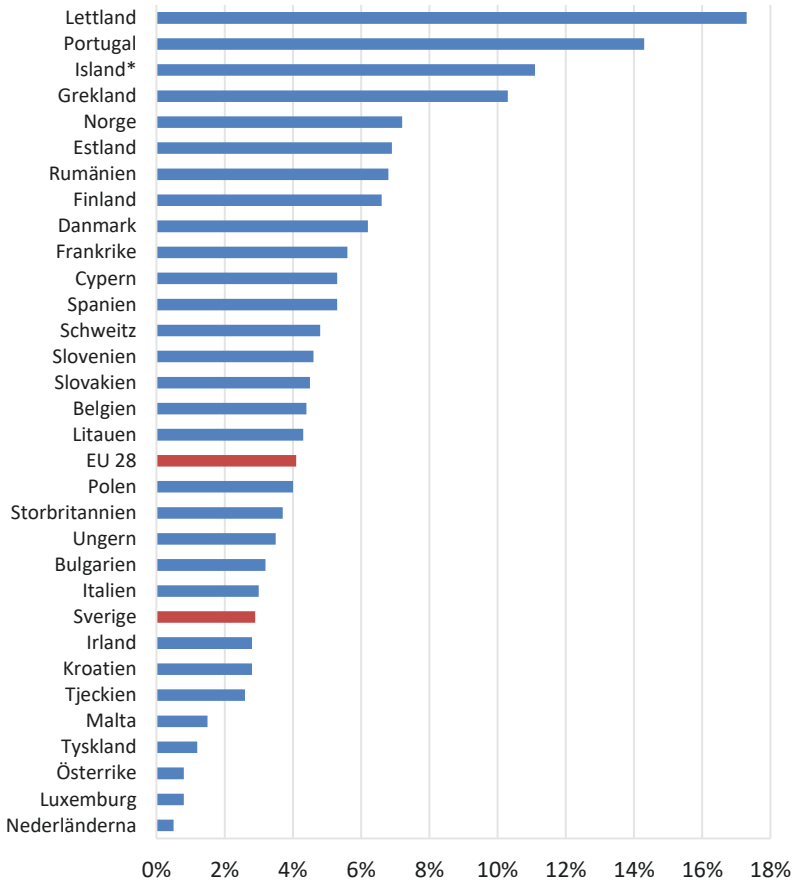
---

[77] Socialstyrelsen. 2020. *Karies bland barn och ungdomar – epidemiologiska uppgifter för år 2018*.
[78] Även ett fåtal länder utanför EU bidrar med statistik till undersökningen.
[79] Översättning av Eurostats definition "Self-reported unmet needs for dental examination during the last 12 months".
[80] Eurostats hemsida, https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/DDN-20190215-1, uttag 2020-09-04.
[81] Den vuxna befolkningen definieras i SILC som personer 16 år och äldre.
[82] Andra skäl till att inte besöka tandvården trots behov är tillgänglighetsaspekter såsom geografiska avstånd eller långa väntetider samt tandvårdsrädsla.

Avslutningsvis ska dock konstateras att den egna uppfattningen av vad som är ett uppfyllt tandvårdsbehov påverkas av faktorer såsom skillnader i kvalitet, vårdtradition i olika länder och den egna förväntningen på tandvårdens kvalitet där man bor. Därtill, eftersom tandvårdens omfattning och organisation varierar mellan länder, finns troligen även regionala skillnader i bedömningen av vad som inryms i begreppet tandvård. Statistiken från ULF/SILC kan heller inte direkt jämföras med statistiken om besöksmönster i det statliga tandvårdsstödet då uppgifterna samlats in med olika metoder.

Figur 5.23 Ej uppfyllt behov av tandvård de senaste 12 månaderna i EU/EES-länder, år 2018

Andel i den vuxna befolkningen

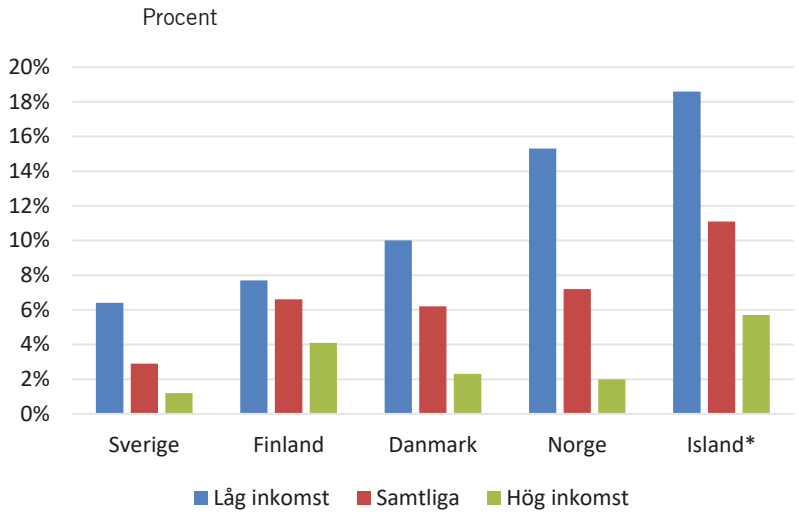


Källa: EU-SILC. Anmärkningar: Värdet för Island avser år 2017.

5.10.2 En nordisk jämförelse av ej uppfyllt tandvårdsbehov

Utredningen har för de nordiska länderna studerat andelen med ej uppfyllt behov av tandvård i tre olika inkomstgrupper – de med låg, medelhög samt hög inkomst.[83] Totalt sett är andelen som angett ett ej uppfyllt tandvårdsbehov lägst i Sverige (se figur 5.23 ovan). Samma mönster framträder för samtliga tre studerade inkomstgrupper, vilket framgår av figur 5.24. Framför allt skiljer sig de svenska resultaten stort mot Norge och Island. Drygt 15 procent av de svarande i dessa länder med låg inkomst anger att de har ett ej uppfyllt tandvårdsbehov. I Sverige var andelen cirka 6 procent.

Figur 5.24 Andel med ett ej uppfyllt tandvårdsbehov, per land och inkomstklass, år 2018



Källa: EU-SILC. Anmärkning: Data för Island avser år 2017.

[83] Uppdelningen är baserad på bakgrundsfrågor till de svarande i SILC.

6 Svensk tandvård – utveckling och nuläge

6.1 Inledning

De senaste decennierna har flera utredningar gjorts om den svenska tandvården och det svenska tandvårdssystemet. De två senaste, utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna och utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd, gjorde båda en omfattande översyn av den tandvård som ges till den vuxna befolkningen och som berättigar till statligt tandvårdsstöd.[1] Till skillnad från dessa, har denna utredning i uppdrag att se över alla delar av tandvårdssystemet – tandvård till barn och unga vuxna, det statliga tandvårdsstödet och regionernas särskilda tandvårdsstöd.

Detta kapitel innehåller en kartläggning av aktuell statistik om tandvårdssystemet. Syftet med kartläggningen är att ge en bred och översiktlig bild av såväl nuläge som utvecklingstendenser. Detta görs både utifrån ett vårdgivarperspektiv och ett patientperspektiv. Därutöver gör utredningen, när så är motiverat, vissa fördjupningar och mer detaljerade studier av aspekter som bedöms ha en relevans för de analyser, bedömningar och förslag som lämnas i betänkandet. Kartläggningen i detta kapitel innehåller inte några analyser eller normativa utsagor från utredningens sida.

Värt att notera är att merparten av den statistik som redovisas sträcker sig från år 2009 fram till och med den mest aktuella statistik som funnits tillgänglig. Detta beror på att det var först efter 2008 års tandvårdsreform som det blev möjligt att studera individdata på nationell nivå om tandvårdskonsumtion och tandhälsa. I de fall längre tidsserier finns att tillgå, redovisas dessa. Ingen statistik för

[1] SOU 2007:19 *Friskare tänder – till rimliga kostnader* och SOU 2015:76 *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter*.

år 2020 presenteras i kapitlet och därmed fångas inte de effekter som covid-19-pandemin har haft på tandvården.

Nulägesbeskrivningen av tandvården inleds med en genomgång av de verktyg som finns för nationell uppföljning och styrning inom dagens tandvårdssystem. Därefter beskrivs hur tandvården är uppdelad mellan de finansiärer som finns inom respektive del av tandvårdssystemet. Fördelningen av marknaden mellan privata och offentliga vårdgivare, tillgången till personal och vilken tandvård som utförs på patienten i de olika delarna av tandvårdssystemet är aspekter som vidare studeras. Dessutom görs en kartläggning av de personer som i särskilt låg utsträckning besöker tandvården samt en sammanställning av ersättningsnivåer, vårdgivarpriser samt prisutveckling i tandvården. Slutligen redovisas några olika aspekter på hur svensk tandvård står sig i internationella jämförelser.

6.2 Register och undersökningar om tandvård och tandhälsa

Ansvaret för tandvårdsstatistik är uppdelad på ett antal olika myndigheter och organisationer. Sedan år 2008 är Försäkringskassan statistikansvarig myndighet för den statligt subventionerade tandvården. Socialstyrelsens ansvarar genom tandhälsoregistret för statistik och uppföljning om befolkningens tandhälsa, i form av antalet kvarvarande och intakta tänder. SCB har som statistikmyndighet ett övergripande ansvar för tandvårdsstatistik på sektornivå. Som ett exempel på detta redovisas årligen aggregerade kostnader för all svensk tandvård som en del av Hälsoräkenskaperna. TLV har inget statistikansvar för tandvården, däremot ingår det i myndighetens instruktion att analysera och följa upp utvecklingen på tandvårdsområdet. Myndigheten fattar bland annat beslut inom ramen för det statliga tandvårdsstödet om de åtgärder som berättigar till ersättning, referenspriser på åtgärder samt beloppsgränser och ersättningsgrader i högkostnadsskyddet. TLV tillhandahåller även sedan våren år 2020 en prisjämförelsetjänst för tandvård i det statliga tandvårdsstödet som heter Tandpriskollen. Därutöver redovisar bland andra SKR, Folkhälsomyndigheten, IVO, ISF, Vårdanalys och regionerna fortlöpande olika perspektiv av tandvårdens och tandhälsans utveckling.

6.2.1 Goda möjligheter till uppföljning av tandvård i det statliga tandvårdsstödet

Före 2008 års reform av det statliga tandvårdsstödet baserades statistiken om utförd tandvård till stor del på insamlade uppgifter från undersökningar som skickades ut till ett urval av befolkningen.

När det nya stödet infördes år 2008 tillkom bland annat ett ansvar för vårdgivare inom tandvården att till Försäkringskassan rapportera in åtgärder som berättigar till ersättning inom stödet och det tillstånd hos patienten som föranledde behandlingen. När en vårdgivare begär ersättning i form av ATB för en patients räkning är denne även ålagd att rapportera in uppgifter om patientens tandhälsa, i form av antal kvarvarande och antal intakta tänder. Uppgifterna om utförd behandling och patientens tandhälsa skickas elektroniskt från vårdgivarnas journalsystem till Försäkringskassan.[2] Såväl Försäkringskassan som Socialstyrelsen producerar och publicerar statistik om den svenska tandvården baserat på de inrapporterade uppgifterna. Försäkringskassan ansvarar för statistiken över den statliga ersättningen, tandvårdskonsumtion samt tandvårdskostnader. Försäkringskassan samlar även in uppgifter om befolkningens tandhälsa, vilka skickas vidare till Socialstyrelsens tandhälsoregister (se avsnitt 6.2.3 nedan).

Den automatiserade datainsamlingen innebär att möjligheterna att studera den tandvård som utförs inom det statliga tandvårdsstödet är goda. Detta inkluderar såväl uppgifter om anslutna vårdgivare, behandlare, patienter och besök som uppgifter om tandvårdskostnader och utbetald statlig ersättning för den tandvård som utförts. Nu, drygt tio år senare, finns tillräckligt med data för att kunna observera och konstatera långsiktiga trender i tandvårdsstatistiken och studera effekter av reformer i tandvårdssystemet.

6.2.2 Ingen sammanhållen uppföljning av den regionalt finansierade tandvården

Möjligheterna att följa upp den tandvård som regionerna finansierar är inte lika goda. Utöver tandvården i det statliga tandvårdsstödet, omfattar tandhälsoregistret även vissa uppgifter om den regionala

[2] Detta gäller de tillstånd och åtgärder som omfattas av det statliga tandvårdsstödet. TLV ansvarar för förteckningen över de behandlingsåtgärder som berättigar till statligt tandvårdsstöd. Förteckningen omfattar merparten av de åtgärder som utförs av landets tandvårdspersonal, undantaget främst kosmetiska åtgärder samt behandling som endast utförs inom det särskilda tandvårdsstödet.

tandvården till personer med vissa långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar samt nödvändig tandvård. Dessa uppgifter fanns inte med i tandhälsoregistret från start utan inkluderades från och med år 2013. Emellertid är de inrapporterade uppgifterna av så varierande kvalitet att de ännu inte används till statistik eller forskning.[3] Uppskattningsvis ingår cirka 80 procent av patienterna med nödvändig tandvård och tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning i tandhälsoregistret.[4] Att det inte finns en koppling mellan inrapporteringen av åtgärder och ersättning till vårdgivarna har till utredningens lyfts som en trolig förklaring till den bristande datakvaliteten.

Kravet på inrapportering gäller inte för övriga delar av det regionala särskilda tandvårdsstödet, det vill säga tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, oralkirurgi, tandvård för extremt tandvårdsrädda, utbyte av tandfyllningar och uppsökande verksamhet. Inte heller finns krav på regionerna att rapportera in uppgifter om tandvården till barn och unga vuxna. Detta innebär att det inte finns detaljerade uppgifter om tillstånd, utförda åtgärder eller tandhälsa för patienter i den regionalt finansierade tandvården på samma sätt som i det statliga tandvårdsstödet. Regionerna skickar viss statistik till Socialstyrelsen och SKR, dels om det särskilda tandvårdsstödet till vuxna, dels uppgifter om barn och unga vuxna samt specialisttandvård. SKR publicerar varje år statistik om regionernas verksamheter och ekonomi, där statistik om regionernas tandvård ingår. Därutöver genomför och publicerar SKR årligen en uppföljning av tandvården inom det regionala särskilda stödet.

6.2.3 Tandhälsoregistret har medfört förbättrade möjligheter att studera tandhälsans utveckling

Även möjligheterna att följa upp den svenska befolkningens tandhälsa förbättrades med reformen av det statliga tandvårdsstödet. Dessförinnan hade Socialstyrelsen förvisso samlat in och sammanställt uppgifter om befolkningens tandhälsa, men endast utifrån aggregerade datamaterial som skickades in till myndigheten från regionerna.

[3] Socialstyrelsen. 2015. *Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift – validering av registeruppgifter om tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift vid Socialstyrelsen.*
[4] En uppskattning baserat på patientantal i tandhälsoregistret och SKR:s uppföljningar av det särskilda tandvårdsstödet.

Sedan år 2008 rapporterar vårdgivarna in uppgifter på individnivå till Försäkringskassan, som sedan skickar vidare uppgifter om kvarvarande och intakta tänder till Socialstyrelsens tandhälsoregister. Dessa uppgifter ligger sedan till grund för Socialstyrelsens rapporter och uppföljningar om nuläge och utveckling av befolkningens tandhälsa. Eftersom uppgifterna i tandhälsoregistret är på individnivå, finns även möjligheter till samkörning med exempelvis patientregistret och andra register över befolkningen. Tandhälsoregistret fyller därmed en viktig funktion som underlag för forskning om och statistik över hur tandhälsan i Sverige har utvecklats över tid.

6.2.4 FASIT används för att studera effekterna av tandvårdsreformer

SCB har inget formellt ansvar för statistiken inom tandvårdsområdet, men har ett visst ansvar för uppföljning. Därutöver ingår uppgifter om tandvård som en del i myndighetens större statistikpaket, bland annat hälsoräkenskaperna, undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) samt fördelningsanalytiskt statistiksystem för inkomster och transfereringar (FASIT). FASIT började utvecklas av SCB i slutet av 1980-talet med syftet att förse regering, riksdag och andra samhällsaktörer med kvalificerade beslutsunderlag. I dag är FASIT en heltäckande mikrosimuleringsmodell som används för att beräkna effekterna av förändringar i skatte-, avgifts- och transfereringssystemen för individer och hushåll.

FASIT består av två delar, databaser och program för modellberäkningar. Databaserna baseras på ett urval på ungefär 2,1 miljoner personer 16 år och äldre och är uppbyggda på uppgifter om individer och hushåll i SCB:s olika inkomst- och taxeringsregister. FASIT innehåller därmed uppgifter om individernas och hushållens inkomster, avdrag, pensioner, boendekostnader, sysselsättning, med mera. Utifrån dessa data är det möjligt att med modellprogrammen i FASIT göra samhällsekonomiska beräkningar samt uppskatta budgeteffekter för stat, region och kommun såväl givet befintligt regelverk som vid regelförändringar i befintliga system.

För att regeringen skulle kunna följa 2008 års tandvårdsreform och dess effekter vad gäller kostnader och konsumtionsmönster, fick SCB år 2008 ett regeringsuppdrag enligt vilket SCB månadsvis skulle ta emot och kvalitetssäkra tandvårdsdata från Försäkrings-

kassan. I uppdraget ingick även att SCB skulle utveckla och framställa statistik för en tandvårdsmodul i FASIT.[5] Tandvårdsmodulen, som är tillgänglig för Regeringskansliet och berörda myndigheter, innehåller uppgifter om de tandvårdsåtgärder som utförts på patienterna samt vårdgivarens pris på dessa åtgärder. Med hjälp av tandvårdsmodulen i FASIT går det således att beräkna ekonomiska konsekvenser av regelförändringar specifikt för tandvårdsområdet, vilket även görs i detta betänkande. För en mer utförlig beskrivning av FASIT-modellen, se kapitel 12.

6.2.5 Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit

Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit, SKaPa, är sedan starten år 2009 en viktig del av den rikstäckande tandvårdsstatistiken. SKaPa syftar till att förbättra och utveckla vårdens kvalitet och behandlingsresultat för såväl sjukdomsförebyggande som sjukdomsbehandlande åtgärder avseende tandsjukdomarna karies och parodontit.[6] Registret finansieras av Nationella Kvalitetsregister via SKR samt de ingående vårdgivarna, det vill säga såväl regionernas folktandvårdsorganisationer som Praktikertjänst.

Två regioner (Halland och Gotland) anslöt sig till SKaPa år 2018 vilket innebär att alla folktandvårdsorganisationer i dag levererar data till registret. Därutöver är 400 av Praktikertjänsts mottagningar i nuläget anslutna till registret. Dock är det fortfarande en stor andel av de privata vårdgivarna som inte levererar uppgifter till SKaPa, bland annat på grund av att en sådan funktionalitet inte är möjlig i vissa journalsystem. SKaPa kan inte heller hantera ett stort antal små vårdgivare eftersom strukturen bygger på stora vårdgivare med många mottagningar. Eftersom folktandvården behandlar merparten av landets barn och unga vuxna är täckningsgraden i SKaPa för denna del av befolkningen god. Omvänt är en följd av att många privata vårdgivare inte levererar uppgifter till SKaPa att en stor del av den vuxna befolkningen inte ingår i registret. Vårdanalys konstaterar i en utvärdering att täckningen i SKaPa är relativt låg i jämförelse med andra kvalitetsregister inom hälso- och sjukvårdsområdet.[7] Sedan

[5] Regeringsbeslut S2008/10737/SK. 2008. *Uppdrag angående tandvårdsdata för uppföljning av tandvårdsstödet och för att analysera regelverkets effekter.*
[6] SKaPa:s hemsida http://www.skapareg.se/kort-om-skapa, uttag 2020-08-03.
[7] Vårdanalys. 2014. *Nationella kvalitetsregisters täckningsgrad.*

utvärderingen genomfördes år 2014 har dock täckningsgraden ökat eftersom fler vårdgivare och mottagningar anslutit sig till registret.

6.2.6 Inget rikstäckande register för tandvård till barn och unga vuxna

Tandvård till barn och unga vuxna omfattas inte av tandhälsoregistret. Detta innebär att det för närvarande inte finns ett rikstäckande register för att analysera tandhälsan och tandvårdens utveckling för denna patientgrupp på samma sätt som för vuxna patienter i det statliga tandvårdsstödet. Gruppen barn och unga studeras i stället på andra sätt såsom genom speciella regeringsuppdrag till Socialstyrelsen, epidemiologiska studier där individdata från regionerna samkörs med något av SCB:s befolkningsregister samt aggregerade data från regionerna. Vissa uppgifter om tandvård på nationell nivå till barn och unga vuxna finns även tillgängliga via kvalitetsregistret SKaPa.

Regeringen gav år 2016 Socialstyrelsen i uppdrag att, i samverkan med dåvarande SKL, ta fram underlag för hur statistik om barn och unga vuxna ska kunna inkluderas i tandhälsoregistret.[8] Ett sådant underlag togs fram av Socialstyrelsen år 2017, i vilket myndigheten föreslår att tandhälsoregistret utvidgas med tandvård till barn och unga vuxna samt asylsökande vuxna och barn.[9] I skrivande stund bereds frågan i Socialdepartementet.

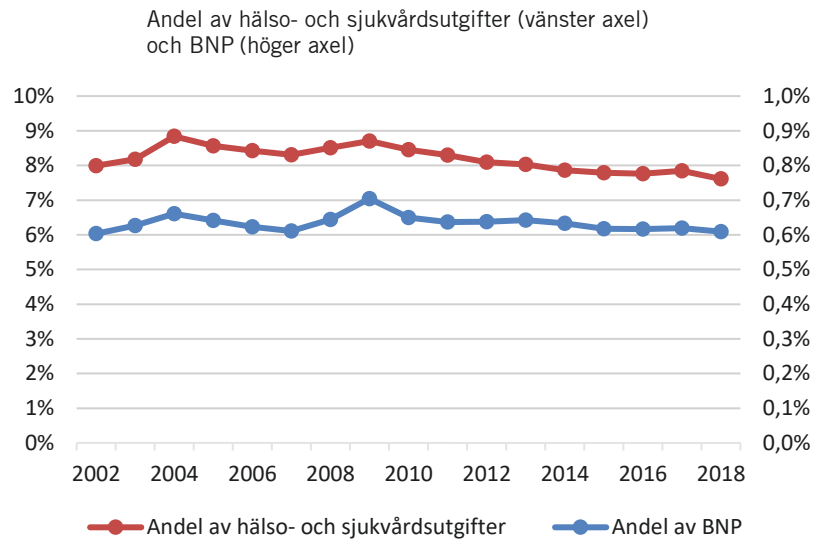
6.3 Finansiering av tandvårdssystemets olika delar

SCB beräknar de totala utgifterna för all tandvårdsverksamhet till 29,4 miljarder kronor år 2018.[10] Tandvårdsutgifterna står därmed för 7,6 procent av utgifterna för hälso- och sjukvård och 0,6 procent av BNP.[11] För att sätta in dagens tandvårdsutgifter i ett bredare perspektiv, illustreras utvecklingen de senaste 20 åren i relation till totala hälso- och sjukvårdsutgifter och BNP i figur 6.1. Sedan år 2017 har tandvårdsutgifterna ökat med cirka 0,8 miljarder kronor, vilket mot-

[8] Regeringsbeslut S2016/04330/FS. *Uppdrag att ta fram underlag för beslut om hur barn- och ungdomstandvården kan omfattas av tandhälsoregistret.*
[9] Socialstyrelsen. 2017. *PM om Tandvård till barn, unga och asylsökande i tandhälsoregistret.*
[10] Statistiken avser år 2018 eftersom SCB:s hälsoräkenskaper har en eftersläpning på ett år.
[11] Utgifter för hälso- och sjukvård inkluderar inte utgifter relaterade till omsorg för äldre och personer med funktionsnedsättning (hälso- och sjukvårdsändamål HC.3).

svarade en tillväxttakt på 2,7 procent. Detta innebär den lägsta tillväxttakten inom tandvården på 5 år och även en lägre tillväxttakt än inom övriga sektorer. De senaste 10 åren syns en trend med en lägre tillväxttakt inom tandvården jämfört med hälso- och sjukvården som helhet. Jämfört med BNP har emellertid tandvårdsutgifterna i stora drag utvecklats i samma takt under perioden 2002–2018, med undantag för år 2009 då det nya statliga tandvårdsstödet nådde sin fulla omfattning.

Figur 6.1 Totala utgifter för tandvård år 2002–2018



Källa: SCB. Anmärkning: Hälso- och sjukvårdsutgifter exkluderar utgifter för omsorgen för äldre och personer med funktionsnedsättning.

6.3.1 Stabil utveckling av tandvårdskostnaderna

De senaste 20 åren 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.[12] Det var endast under de första åren efter att det nya statliga tandvårdsstödet infördes som kostnaden per invånare ökade tillfälligt. Vad varje patient betalar för sin tandvård har emellertid förändrats över tid vilket dels beror på reformer inom tandvårds-

[12] Löpande priser har justerats med KPI för sektor 06.2 Sjuk- och tandvård.

stöden, dels på ett gradvis förändrat besöksmönster. Dessa aspekter diskuteras närmare i avsnitt 6.7.

Sedan en lång tid tillbaka står patienterna för merparten av tandvårdskostnaderna. Att tandvårdssystemet reformerats ett antal gånger de senaste 20 åren har endast haft viss påverkan på patienternas andel av de totala utgifterna. Patienternas betalade sammanlagt 16,6 miljarder kronor för tandvård år 2018. Detta motsvarade 57 procent av årets totala utgifter för tandvård jämfört med år 2002 då patienternas andel var 69 procent. Patienternas andel av de totala tandvårdsutgifterna var något lägre år 2018 än året dessförinnan som en följd av reformen med höjt ATB (se kapitel 4). Trots reformen var emellertid patienternas kostnadsandel på ungefär samma nivå år 2018 som år 2009.

År 2018 stod staten för ungefär en fjärdedel 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. År 2002 var den statliga ersättningen endast 7 procent av tandvårdsutgifterna.

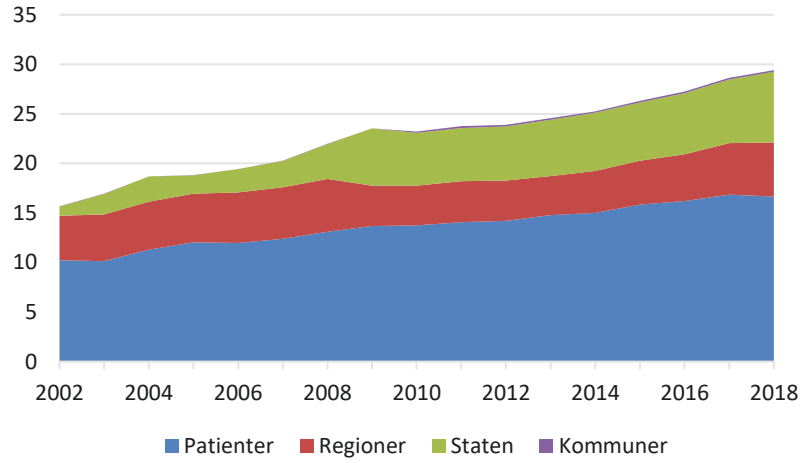
Regionernas utgifter för tandvård till barn och unga vuxna och särskilt tandvårdsstöd var 5,5 miljarder kronor år 2018, vilket motsvarade en andel på 20 procent av de totala tandvårdsutgifterna. Regionernas andel av tandvårdsutgifterna var därmed något högre än år 2009 men klart lägre än för 20 år sedan.

Kommunerna kan bevilja ekonomiskt bistånd till akut tandvård. Den kommunala tandvårdens omfattning är ytterst marginell i relation till hela tandvårdssystemet. Data från Socialstyrelsen visar att kommunernas utgifter för tandvård uppgick till omkring 140 miljoner kronor år 2018, vilket motsvarade 0,5 procent av de totala tandvårdsutgifterna detta år.[13]

[13] Uppgifterna om kommunernas kostnader för tandvård samlas in av Socialstyrelsen via enkäter. Ett fåtal kommuner har inte svarat på enkäten varpå uppskattningen är något osäker.

Figur 6.2 Utgifter för tandvård per finansiär, år 2002–2018

Miljarder kronor, löpande priser



Källa: SCB, SKR och Socialstyrelsen. Anmärkning: Data för kommunernas tandvårdsutgifter finns från år 2010.

6.3.2 Finansiering inom det statliga tandvårdsstödet

Den tandvård som utförs i det statliga tandvårdsstödet finansieras till större delen av patienten och till viss del av den statliga subventionen. År 2019 stod patienterna för 65 procent av de totala tandvårdskostnaderna. Den statliga subventionen täckte resterande 35 procent av kostnaden. Patienternas kostnadsandel var därmed ungefär 2 procentenheter lägre än år 2018 och på den lägsta nivån sedan det statliga tandvårdsstödet infördes år 2008.

Totalt betalade Försäkringskassan ut 6,7 miljarder kronor i statligt tandvårdsstöd år 2019, vilket motsvarade en genomsnittlig subvention på 1 650 kronor per patient. Jämfört med föregående år ökade utbetalningarna av statligt tandvårdsstöd med 0,3 miljarder kronor. Ökningen berodde främst på den nya reformen om höjt ATB som trädde i kraft den 15 april 2018 (se kapitel 4).[14]

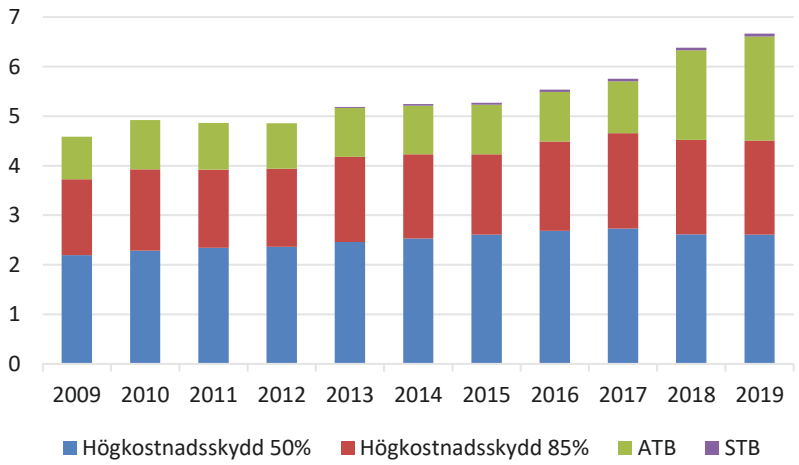
[14] Detta innebar i praktiken att patienten kunde nyttja ett höjt ATB under cirka 9 månader år 2018 jämfört med samtliga 12 månader år 2019.

Den statliga ersättningen går främst till högkostnadsskyddet

Ungefär 70 procent av den statliga ersättningen, motsvarande ett belopp på 4,5 miljarder kronor, betalades år 2019 ut till mottagare av högkostnadsskydd. Merparten av denna ersättning fick patienterna för tandvård där referenspriserna under ersättningsperioden summerade till mellan 3 000 och 15 000 kronor.[15] Totalt uppgick utbetalningarna till 2,6 miljarder kronor i denna del av högkostnadsskyddet. Resterande 1,9 miljarder kronor var ersättning som patienterna fick för tandvård där de samlade referenspriserna under ersättningsperioden översteg 15 000 kronor. Utöver högkostnadsskyddet, betalades 2,1 miljarder kronor i statlig ersättning ut i form av ATB och 57 miljoner kronor till personer som var berättigade till STB. Jämfört med år 2018 ökade statens utbetalningar av ATB med 15 procent och utbetalningar av STB med 10 procent. Inom högkostnadsskyddet minskade utbetalningarna något från år 2019 till år 2018, vilket delvis beror på den växling som sker mellan ATB och högkostnadsskydd.[16]

Figur 6.3 Statliga tandvårdskostnader per typ av stöd, år 2009–2019

Miljarder kronor, löpande priser



Källa: Försäkringskassan.

[15] Referenspris alternativt vårdgivarens pris ifall detta var lägre.
[16] ATB inte är ersättningsgrundande, och en följd av den höjda nivån för ATB är att något färre personer har kostnader över högkostnadsskyddets undre gräns. Det ska dock poängteras att patienten trots denna motverkande effekt alltid får en lägre tandvårdskostnad totalt sett.

Stor andel av ersättningen går till privata vårdgivares patienter

År 2019 betalades knappt 4,8 miljarder kronor (72 procent) av den statliga ersättningen ut till patienter som gick till en privat vårdgivare. Resterande 1,9 miljarder kronor (28 procent) betalades ut till patienter som gick till en offentlig vårdgivare. Detta förhållande har varit i stort sett oförändrat sedan det statliga tandvårdsstödet infördes år 2008. Som framgår av tabell 6.1 nedan, utför de privata vårdgivarna tandvård inom högkostnadsskyddet i högre utsträckning än de offentliga vårdgivarna. 78 procent av detta stöd betalas ut till privata vårdgivare. Vad gäller ATB och STB är fördelningen något jämnare. 60 procent av allt ATB som betalades ut år 2019 gick till privata vårdgivare och motsvarande andel av utbetalt STB var 65 procent.

Tabell 6.1 Statligt tandvårdsstöd per typ av stöd och vårdgivare, år 2019

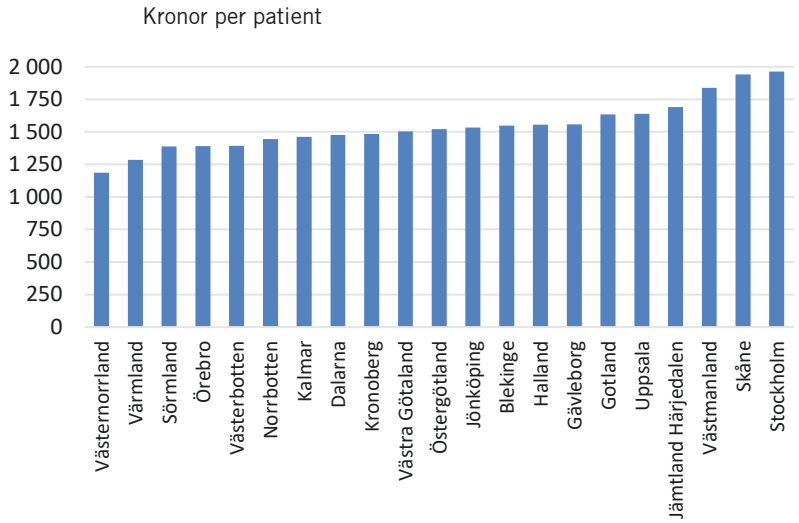
	ATB	STB	Högkostnadsskydd	Totalt
Offentligt, %	40 %	35 %	22 %	**28 %**
Privat, %	60 %	65 %	78 %	**72 %**
Utbetalt belopp, mnkr	2 099	57	4 507	**6 665**

Källa: Försäkringskassan.

Stor del av ersättningen går till patienter i storstadsregionerna

Hur det statliga tandvårdsstödet nyttjas av patienterna skiljer sig åt mellan regionerna. Högst var den genomsnittliga ersättningen per patient i Stockholm (1 960 kronor) följt av Skåne (1 940 kronor) år 2019. Detta kan jämföras med en genomsnittlig ersättning på 1 190 kronor per patient i Västernorrland och 1 280 kronor per patient i Värmland. Ungefär 60 procent av det statliga tandvårdsstödet betalades ut till patienter boende i de tre befolkningsmässigt största regionerna Stockholm, Skåne och Västra Götaland. Andelen har stadigt ökat under den senaste tioårsperioden, vilket delvis kan förklaras av att en ökad urbanisering medför att en större andel av tandvårdens resurser koncentreras till storstäderna.

Figur 6.4 Ersättning i det statliga tandvårdsstödet efter region, år 2019



Källa: Försäkringskassan.

6.3.3 Regionfinansierad tandvård

Regionerna finansierar en stor del av den tandvård som bedrivs i landet. Den regionfinansierade tandvården kan delas in tandvård till barn och unga vuxna och det särskilda tandvårdsstödet till vuxna. Regionerna ansvarar även för specialisttandvård, vilken mestadels utförs inom det statliga tandvårdsstödet men även delvis inom ovan nämnda stöd.

Tandvården till barn och unga vuxna är i de allra flesta fall helt avgiftsfri för patienten, men det förekommer att patienten får betala tandvårdskostnaden för exempelvis tandregleringsbehandling av mindre bettfel som inte omfattas av det regionfinansierade stödet.[17] Inom det särskilda tandvårdsstödet sker finansieringen till mindre del via den avgift som patienten betalar för varje tandvårdsbesök.

[17] Se kapitel 8 för en mer utförlig beskrivning av dessa fall.

Regionernas kostnader för tandvård har ökat

Regionernas nettokostnader för tandvård var 7,1 miljarder kronor år 2019, en kostnad som var ungefär 200 miljoner kronor högre än år 2018 och 650 miljoner kronor högre än år 2017.[18] Tandvård till barn och unga vuxna är den enskilt största verksamheten inom den regionsfinansierade tandvården med nettokostnader på ungefär 3,0 miljarder kronor. Kostnaderna för de olika delarna i det särskilda tandvårdsstödet var sammanlagt drygt 1,2 miljarder kronor.[19] Nödvändig tandvård stod för ungefär två tredjedelar av denna kostnad. En post benämnd övriga tandvårdskostnader som regionerna rapporterar uppgick enligt SKR till 2,8 miljarder kronor år 2019.[20] I posten övriga tandvårdskostnader kan det bland annat finnas kostnader som regionerna inte får täckning för inom allmäntandvården, specialisttandvård och tandvården till asylsökande. Det är även troligt att vissa kostnader inom abonnemangstandvården redovisas här.

Tabell 6.2 Regionernas tandvårdskostnader per typ av stöd, år 2014–2019

Nettokostnader i miljoner kronor

	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Tandvård till barn och unga vuxna	2 403	2 577	2 658	2 897	3 138	3 014
Särskilt tandvårdsstöd till vuxna	951	1 059	1 080	1 194	1 213	1 248
Nödvändig tandvård	*672*	*717*	*711*	*783*	*790*	*803*
Långvarig sjukdom/funktionsneds.	*48*	*68*	*85*	*109*	*122*	*140*
Led i en sjukdomsbehandling	*200*	*231*	*239*	*255*	*252*	*250*
Uppsökande verksamhet	*31*	*42*	*44*	*48*	*49*	*54*
Oralkirurgi	*Oklar omfattning och kostnadsbild*					
Övriga tandvårdskostnader	2 114	2 034	2 142	2 317	2 511	2 804
Summa regional tandvård	**5 468**	**5 670**	**5 880**	**6 408**	**6 862**	**7 066**

Källa: SKR och egna beräkningar.

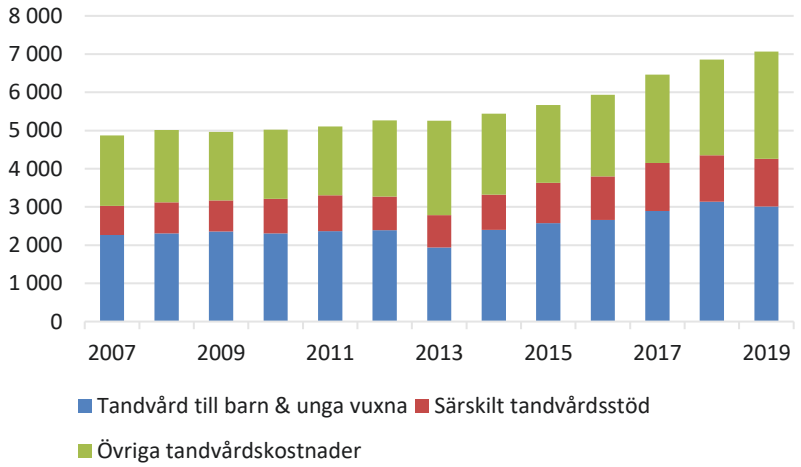
Som illustreras av figur 6.5 nedan har regionernas nettokostnader för de olika tandvårdsverksamheterna ökat relativt snabbt de senaste åren – från 4,9 miljarder kronor år 2007 till 7,1 miljarder kronor år 2019. Till viss beror ökningen på inflation och en hög tillväxt för

[18] Nettokostnaden beräknas som verksamhetens bruttokostnader minus bruttointäkter och är den finansiering som regionerna får via skatter och generella statsbidrag.
[19] Kan även inkludera oralkirurgiska åtgärder.
[20] Det varierar mellan regioner hur tandvårdskostnader rapporteras.

de befolkningsgrupper som berörs av den regionala tandvården, men även med hänsyn taget till dessa faktorer ökade nettokostnaderna med omkring 5 procent under perioden. En annan förklaring till att regionernas tandvårdskostnader har ökat är att personer 20–23 år, som tidigare omfattades av det statliga tandvårdsstödet, successivt har övergått till tandvården till barn och unga vuxna under perioden 2017–2019. En utvecklingstendens sedan år 2007 är att det särskilda stödet står för en något större andel av regionernas totala tandvårdskostnader medan tandvården till barn och unga har minskat något i omfattning. Justerat för inflation har kostnaderna för det särskilda stödet ökat med 27 procent sedan år 2007, vilket är mer än för övriga tandvårdsverksamheter.[21]

Figur 6.5 Regionernas tandvårdskostnader per verksamhet, år 2007–2019

Miljoner kronor, löpande priser



Källa: SKR, Ekonomi för regioner. Anmärkning: Västra Götalandsregionen ändrade metod för att beräkna verksamhetskostnader 2013, vilket påverkade statistiken detta år.

Tandvård till barn och unga vuxna

Tandvården till barn och unga vuxna är avgiftsfri för patienten och omfattar all tandvård som är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat, inklusive förebyggande tandvård samt tandreglering. Riks-

[21] Löpande priser har justerats med KPI för sektor 06.2 Sjuk- och tandvård.

dagen beslutade år 2016 att i tre etapper höja den övre åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna. År 2017 höjdes åldersgränsen från 19 till 21 år, år 2018 till 22 år och slutligen år 2019 till 23 år. För patienter i dessa åldrar innebär förändringen i praktiken en förflyttning från det statliga tandvårdsstödet till regionernas tandvård till barn och unga vuxna. Från regionernas perspektiv innebar reformen ett successivt utökat åtagande och fler patienter under perioden 2017–2019 och för detta åtagande fick regionerna ersättning av staten. Se kapitel 8 för en mer utförlig beskrivning av reformen.

Regionernas nettokostnader för tandvård till barn och unga vuxna var 3,0 miljarder kronor år 2019, vilket var 0,1 miljarder kronor lägre än året dessförinnan. Verksamheten stod därmed för 43 procent av regionernas totala nettokostnader för tandvård. Trots att regionerna i dag även ansvarar för tandvården till patienter 20–23 år, har kostnaderna för tandvård till barn och unga vuxna minskat som en andel av totala tandvårdskostnader. År 2007 stod verksamheten för 47 procent av de totala tandvårdskostnaderna.

Regionernas särskilda tandvårdsstöd till vuxna

Sett till hela den svenska tandvårdsmarknaden är det få patienter som mottar särskilt tandvårdsstöd från regionerna. Å andra sidan är den tandvård som utförs på patienterna inom det särskilda stödet ofta omfattande, vilket innebär att regionerna, trots det låga patientantalet, har höga kostnader för stödet. I det särskilda stödet ersätts vårdgivaren med en fast åtgärdsersättning av regionen baserat på den tandvård som utförs, vilket medför att kostnaden för stöden följer faktisk konsumtion till skillnad från tandvården till barn och unga vuxna som i huvudsak ersätts genom kapitering (se även kapitel 4).

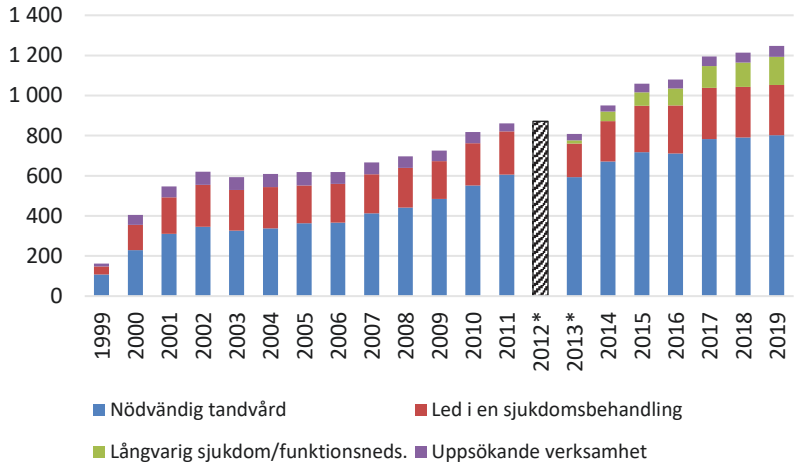
Totalt var regionernas nettokostnader för de särskilda stöden drygt 1,25 miljarder kronor år 2019. Jämfört med föregående år, ökade kostnaderna med ungefär 35 miljoner kronor. Kostnaden uttryckt per invånare 24 år och äldre var 167 kronor, vilket var en ökning med 5 kronor per invånare jämfört med året dessförinnan.[22] Vilket framgår av figur 6.6 är nödvändig tandvård det största särskilda stödet och omfattar ungefär två tredjedelar av regionernas

[22] Löpande priser har justerats med KPI för sektor 06.2 Sjuk- och tandvård. Värt att notera är att det särskilda stödet år 2019 omfattar personer 24 år och äldre. Yngre personer med motsvarande problematik omfattas i stället av avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna.

totala kostnader för särskilt stöd. År 2019 var regionernas kostnader för nödvändig tandvård strax över 800 miljoner kronor. Samma år summerade kostnaderna för tandvård som ett led i en kortvarig sjukdomsbehandling till 250 miljoner kronor. Kostnaderna för tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning uppgick till 140 miljoner kronor medan regionernas insatser inom den uppsökande verksamheten sammanlagt kostade 50 miljoner kronor.

Figur 6.6 Kostnad för regionernas särskilda tandvårdsstöd, år 1999–2019

Miljoner kronor, löpande priser



Källa: SKR. Anmärkningar: År 2012 ändrades metodiken för SKR:s uppföljning, varvid endast en total kostnad för alla stöd kan uppskattas. År 2013 ändrade Västra Götalandsregionen metod för att beräkna verksamhetskostnader vilket påverkade statistiken detta år.

Vilket vidare framgår av figur 6.6 har regionernas totala kostnader för de särskilda stöden med enstaka undantag ökat sedan år 2001. Omräknat till 2019 års prisnivå har regionernas kostnader för stöden ökat med 27 procent sedan år 2007.[23] Under samma period har antalet patienter endast ökat med 3 procent vilket innebär att genomsnittliga stödet per patient var högre år 2019 än tidigare år. Främst kan de senaste årens kostnadsökning härledas till nödvändig tandvård, men även det faktum att stödet för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning infördes år 2013 påverkar.

[23] Löpande priser har justerats med KPI för sektor 06.2 Sjuk- och tandvård.

Statistik saknas om oralkirurgiska behandlingar

Statistik saknas för omfattning och kostnader för de oralkirurgiska åtgärder som utförs i enlighet med 2 § i tandvårdsförordningen, oralkirurgiska åtgärder som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser. I april 2019 skickade utredningen ut en egen förfrågan till regionerna om statistik kring oralkirurgika åtgärder. Baserat på svar från 7 regioner, är en grov uppskattning att 2018 års kostnader för oralkirurgi var omkring 200 miljoner kronor.[24] Uppskattningen inkluderar dock troligen även sådan oralkirurgi som utförs inom det statliga tandvårdsstödet.

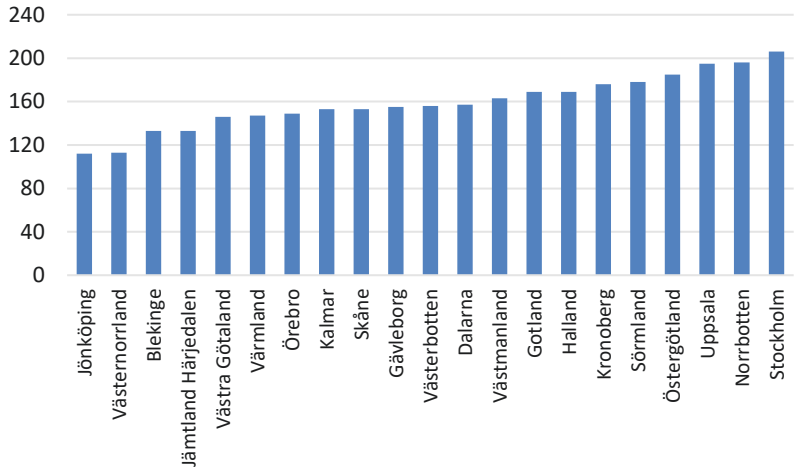
Kostnaderna för det särskilda stödet varierar över landet

Kostnaderna för det särskilda stödet skiljer sig mellan regionerna vilket framgår av figur 6.7 nedan. År 2019 var den genomsnittliga kostnaden per invånare 24 år och äldre högst i Stockholm, Norrbotten och Uppsala med cirka 200 kronor. Detta kan jämföras med rikssnittet på 167 kronor. Omvänt var den genomsnittliga kostnaden per invånare lägst i Jönköping och Västernorrland – cirka 110 kronor. Det går inte att se någon tydlig koppling mellan befolkningsstorlek i regionen och den genomsnittliga kostnaden för särskilt tandvårdsstöd. Det ska också noteras att regionens kostnader för det särskilda stödet av flera skäl varierar mellan olika år. Sådana skäl är exempelvis förändringar i regionernas organisation, utveckling av IT-system, patientflöden samt politiska beslut att bekosta tandvård utöver den som regleras i tandvårdsförordningen.[25]

[24] De 7 regioner som har skickat underlag till utredningen om oralkirurgins omfattning är Västra Götaland, Stockholm, Blekinge, Dalarna, Värmland, Västerbotten och Jämtland-Härjedalen.
[25] SKR. 2020. *Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd 2019.*

Figur 6.7 Kostnad för det särskilda tandvårdsstödet per region, år 2019

Kronor per invånare 24 år eller äldre

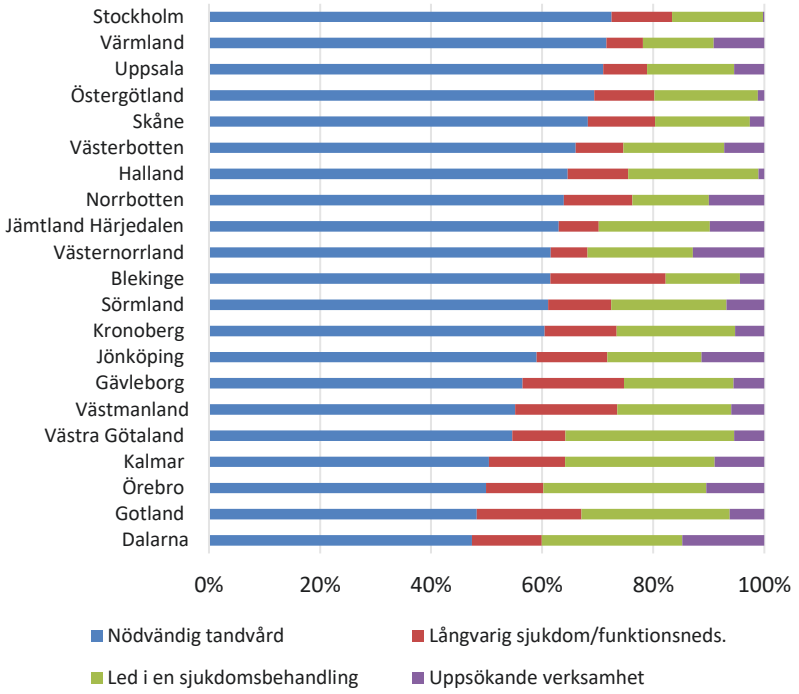


Källa: SKR.

Det skiljer sig även mellan regioner hur kostnaderna fördelas mellan de olika särskilda stöden. I Stockholm, Värmland och Uppsala stod nödvändig tandvård för drygt 70 procent av de totala kostnaderna för särskilt stöd år 2019, vilket var högst andel i landet. I Dalarna, Gotland och Örebro stod nödvändig tandvård för endast 50 procent av de totala kostnaderna. Relativt sett hade Blekinge högst kostnader för tandvård till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning – 20 procent av regionens totala tandvårdskostnader kan härledas till detta stöd år 2019. Detta kan jämföras med en andel på 7 procent i Värmland, Västernorrland och Jämtland Härjedalen. Även andelen av kostnaderna för särskilt stöd inom tandvård som ett led i patientens sjukdomsbehandling varierade kraftigt över landet. I Örebro och Västra Götaland var andelen 30 procent och i Norrbotten, Blekinge och Värmland 13 procent.

Figur 6.8 Kostnader för de särskilda tandvårdsstöden per region, år 2019

Andel av totala nettokostnader för särskilt stöd



Källa: SKR.

6.4 Tandvårdsbranschen

Svensk tandvård bedrivs av offentliga eller privata utförare på en konkurrensutsatt marknad.[26] Traditionellt har tandvårdsmarknaden dominerats av tre typer av tandvårdsleverantörer: folktandvården, Praktikertjänst och fristående tandläkarpraktiker.

Folktandvården är regionernas utförare av tandvård och finns i samtliga regioner. Folktandvården bedrivs vanligen i förvaltningsform, men år 2019 bedrev fem regioner folktandvård i bolagsform.[27] I utredningens kartläggningar i detta och kommande avsnitt katego-

[26] En mycket liten andel av tandvården inom det statliga tandvårdsstödet, cirka 0,3 procent, utförs av en studerande tandläkare eller tandhygienist vid en högskola. Då andelen är försumbar sett till hela tandvårdssystemets storlek, inkluderas inte tandvård som utförs av studerande i nulägesbeskrivningen.
[27] Regionerna Sörmland, Västmanland, Skåne, Stockholm och Gävleborg.

riseras folktandvårdsorganisationerna genomgående som offentliga vårdgivare, oavsett om verksamheten bedrivs i bolagsform eller förvaltningsform.

En privat vårdgivare kan antingen vara en juridisk person eller en enskild näringsidkare. Den privata tandvårdsmarknaden är fragmenterad med många småföretag och endast ett fåtal medelstora företag. Den största privata aktören i branschen är Praktikertjänst som är ett producentkooperativ delägt av tandläkarna som samtidigt är verksamhetsansvariga för sina kliniker. Under senare år har flera nya aktörer etablerats i de större städerna vilka, framför allt genom förvärv av privatkliniker och mindre bolag, har tagit marknadsandelar från de traditionella aktörerna. Som helhet har detta lett till en ökad konkurrens på tandvårdsmarknaden om personal och patienter.[28] Bland de mindre företagen syns ett ökat samarbete, exempelvis samlokalisering för att dela på lokal, utrustning eller administration, men även möjligheten av ett mer varierat utbud och ett gemensamt ansikte utåt mot patienterna.[29]

6.4.1 Hälften av landets behandlare arbetar privat och hälften offentligt

Folktandvårdens andel av tandvårdsmarknaden är cirka 30 procent mätt i vårdgivarpriser, en andel som har varit så gott som oförändrad de senaste åren.[30] Resterande 70 procent av tandvårdsmarknaden täcks av privata aktörer. De privata tandvårdsföretagen är i regel mindre bolag med färre än 3 anställda samt ett fåtal större aktörer. Det största tandvårdsföretaget, Praktikertjänst, har en andel på ungefär 30 procent av den privata tandvårdsmarknaden.

Statistik från Försäkringskassan visar att 49 procent av landets yrkesverksamma tandläkare och tandhygienister var anställda av folktandvården och 51 procent av en privat vårdgivare år 2019.[31] Vilket framgår av tabell 6.3 var det något vanligare att som tandhygienist vara anställd av folktandvården. Totalt sett var det fler tandläkare som var anställda privat än offentligt, men skillnaderna mellan könen

[28] Grant Thornton. 2018. *Vårdrapporten – Hur mår den privata vård och omsorgssektorn i Sverige?* och Konkurrensverket. 2018. *Konkurrensen i Sverige 2018.*
[29] Hugo, L. 2017. Kedjeföretagen utmanar Praktikertjänst. *Tandläkartidningen*, nr 11 2017.
[30] Konkurrensverket. 2018. *Konkurrensen i Sverige 2018.*
[31] Underlaget för statistiken i detta avsnitt inkluderar inte specialisttandläkare eller behandlare som utfört färre än 100 åtgärder.

var stora. Det var något vanligare bland kvinnliga tandläkare att vara anställd av folktandvården, medan en klar övervikt av de manliga tandläkarna var anställda av en privat vårdgivare.[32]

Tabell 6.3 Behandlare efter yrkeskategori och vårdgivartyp, år 2019

Andel av behandlare inom respektive grupp

Yrke	Offentlig regi	Privat regi
Tandhygienister	53,0 %	47,0 %
Tandläkare	46,5 %	53,5 %
varav kvinnor	55,7 %	44,3 %
varav män	34,9 %	65,1 %
Samtliga behandlare	**48,8 %**	**51,2 %**

Källa: Försäkringskassans beräkningar.

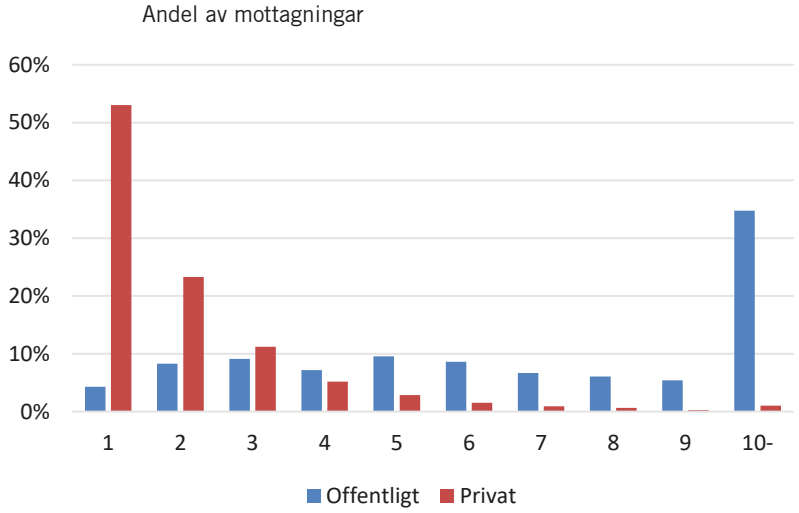
Stora strukturskillnader mellan offentliga och privata vårdgivare

Även om antalet behandlare i landet är jämnt fördelat mellan privata och offentliga vårdgivare, finns strukturskillnader mellan de offentliga och privata vårdgivarna. År 2019 fanns totalt 3 600 aktiva tandvårdsmottagningar spridda över landet, av dessa var cirka 750 folktandvårdsmottagningar och 2 850 privata mottagningar.[33] Därmed drevs cirka 20 procent av alla mottagningar av folktandvården och 80 procent av privata vårdgivare år 2019.

Mottagningarnas storlek skiljer sig betydligt mellan offentliga och privata vårdgivarna, vilket tydligt framgår av figur 6.9.[34] Av de privata mottagningarna hade 53 procent endast en behandlare. 90 procent av de privata mottagningarna hade 3 eller färre behandlare, vilket kan jämföras med 15 procent av folktandvårdens mottagningar. Folktandvårdsmottagningarna hade i regel mellan 5 och 15 behandlande tandläkare och tandhygienister, och de enskilt största mottagningarna hade omkring 30 behandlare. En tredjedel av folktandsvårdsmottagningarna hade fler än 10 behandlare. Endast 1 procent av de privatdrivna mottagningarna var av samma storlek.

[32] Statistik för tandhygienister studeras inte vidare uppdelat på kön då 96 procent av de verksamma inom yrkesgruppen är kvinnor.
[33] TLV:s hemsida. https://www.tlv.se/tandvard/tandvardsmarknaden.html, uttag 2019-11-14.
[34] Denna statistik bygger på Försäkringskassans uppgifter om mottagnings-id. Flera mottagningar kan vara lokaliserade i samma lokaler.

Figur 6.9 Behandlare per mottagning i offentlig och privat regi, år 2019



Källa: Försäkringskassans beräkningar.

Det varierar över landet vem som utför tandvården

Utredningens kartläggning av tandvårdsmarknaden visar vidare att regionernas organisering av tandvården har betydelse för utbudet av offentliga respektive privata vårdgivare inom länet. I Stockholm, Skåne och Halland utförs en stor del av regionernas tandvårdsuppdrag av upphandlade vårdgivare, och följaktligen är andelen privata vårdgivare hög i dessa regioner. I Stockholm bedrev folktandvården knappt 10 procent av länets mottagningar år 2019, att jämföras med 40 procent av mottagningarna i Västerbotten och Norrbotten samma år.

6.4.2 Trend mot fler behandlare och färre vårdgivare i tandvården

Försäkringskassans har tillsammans med utredningen tagit fram ett underlag över hur in- och utflödet av behandlare, vårdgivare och mottagningar i tandvården har utvecklats sedan det statliga tandvårdsstödet infördes år 2008. Underlaget bekräftar bilden av en tandvårdsbransch i förändring. Mellan åren 2011 och 2018 har både in- och utflödet av behandlare ökat i förhållande till de behandlare

som är kvar från år till år. Det större inflödet av behandlare är framför allt ett resultat av att fler personer examineras från tandvårdsutbildningarna i dag än i början av 2010-talet. Samtidigt ökar även utflödet av behandlare, vilket främst är en följd av stora pensionsavgångar. Enligt den mest aktuella statistiken från Socialstyrelsen var 23 procent av den legitimerade tandvårdspersonalen pensionerad år 2018, en andel som var 3 procentenheter högre än år 2011. Emellertid har nettoeffekten varit positiv under perioden 2011–2018, vilket som helhet medfört att det i dag arbetar fler personer i tandvården än i början av 2010-talet. Antalet vårdgivare har dock minskat under den studerade perioden som en följd av att antalet sammanslagningar och nedläggningar varit fler än antalet nystartade företag. Denna konsolidering av tandvårdsmarknaden beskrivs mer i detalj i avsnitt 6.4.4.

6.4.3 Utförare inom tandvården

Antalet utförare av tandvårdstjänster samt fördelningen av offentliga respektive privata utförare skiljer sig beroende på inom vilket tandvårdsstöd som tandvården utförs. Tandvård kan även utföras utanför tandvårdsstöden.

Både offentliga och privata vårdgivare utför tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. För att få erbjuda tandvård inom det statliga tandvårdsstödet behöver vårdgivaren ansöka om att få vara ansluten till Försäkringskassan. Krav ställs bland annat på att vårdgivaren är legitimerad tandläkare eller tandhygienist eller att sådan personal anlitas. Kontroll sker av VD, styrelseledamöter och andra med ledande ställning så att dessa inte tidigare varit anslutna och då allvarligt åsidosatt regelverket. Vårdgivaren kan vara en enskild firma eller en juridisk person såsom ett aktiebolag. Det står vårdgivaren fritt att sätta sina egna priser, dock ska priset vara skäligt med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt.[35]

Inom den regionsfinansierade tandvården är situationen en annan. Tandvårdslagen tillåter regionerna att sluta avtal med privata vårdgivare om att utföra de uppgifter som regionen och dess folktandvård

[35] 4 § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

ansvarar för, vilket även görs i olika utsträckning regionalt.[36] Inom tandvård till barn och unga vuxna har regionerna möjliggjort en frihet för patienten att välja vårdgivare och därmed kan även privata vårdgivare som blir auktoriserade av regionen, eller på andra sätt berättigas, att utföra tandvård till barn och unga vuxna. Patienten listas hos vårdgivaren som i sin tur vanligen får en fast ersättning, så kallad kapitering, per patient av regionen.

Inom det särskilda tandvårdsstödet för vuxna personer med särskilda behov kan patienten fritt välja vilken vårdgivare som ska utföra behandlingen, så länge vårdgivaren är ansluten till det statliga tandvårdsstödet. Respektive region beslutar om en patient är berättigad till särskilt stöd samt bestämmer vilken ersättning som lämnas till vårdgivaren.

Vidare får regionerna sluta avtal med privata vårdgivare om att utföra viss specialisttandvård, vilken kan utföras såväl inom tandvård till barn och unga vuxna som inom de särskilda tandvårdsstöden. Specialisttandvård kan även utföras inom det statliga tandvårdsstödet.

Asylsökande ska vända sig till folktandvården för behandling. I vissa regioner finns även alternativet att välja en privat vårdgivare som regionen slutit avtal med.

Utförare av tandvård till barn och unga vuxna

Folktandvården har en dominerande ställning när det gäller tandvård till barn och unga vuxna. Varje region tillåter att privata vårdgivare utför tandvård till barn och unga vuxna, dock ser förutsättningarna att bedriva vård olika ut i landet vilket bland annat beror på regionens utformning av ersättningssystem och andra lokala förhållanden. Dessa aspekter analyseras mer utförligt i kapitel 7 och 8.

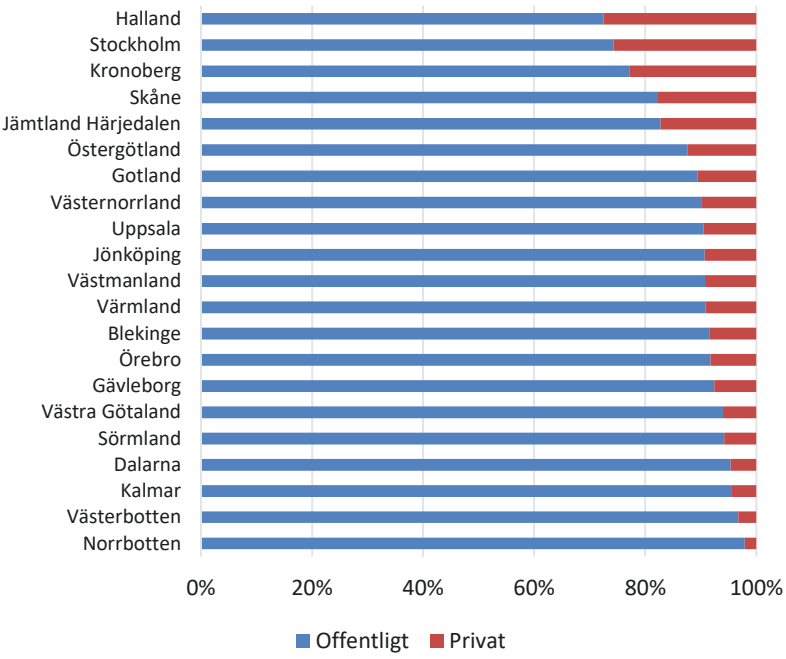
År 2019 var totalt 2 450 000 barn och unga vuxna upp till och med 23 års ålder listade hos en vårdgivare.[37] Av dessa personer var 86 procent listade hos en folktandvårdsmottagning och 14 procent listade hos en privat vårdgivare. Som framgår av figur 6.10 nedan var Halland, Kronoberg och Stockholm de regioner där de privata vårdgivarnas marknadsandel inom tandvård till barn och unga vuxna var högst – omkring 25 procent. Detta kan jämföras med att färre än

[36] 5 § tredje stycket tandvårdslagen (1985:125).
[37] Inkluderar personer till och med 24 år i Region Gävleborg och Västra Götalandsregionen då dessa regioner erbjuder avgiftsfri tandvård upp till och med denna ålder.

5 procent av alla listade barn och unga vuxna i Norrbotten, Västerbotten och Kalmar var listade hos en privat vårdgivare.

Figur 6.10 Listade patienter efter region och vårdgivartyp, år 2019

Andel av listade barn och unga vuxna i regionen



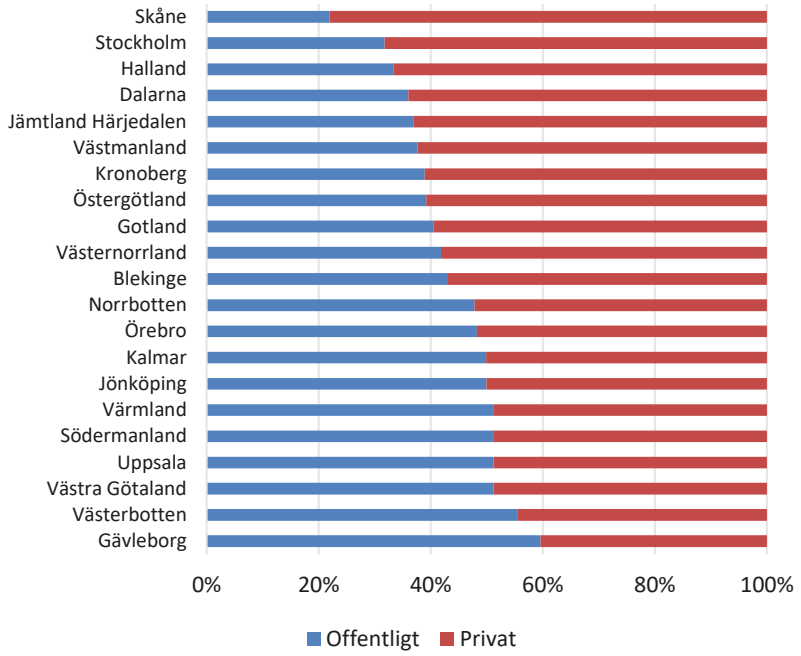
Källa: SKR. Anmärkning: Västra Götalandsregionen och Region Gävleborg har avgiftsfri tandvård för personer upp till och med 24 års ålder.

Utförare inom statligt tandvårdsstöd

Inom det statliga tandvårdsstödet gjorde 58 procent av patienterna sitt senaste tandvårdsbesök hos en privat vårdgivare. och 42 procent sitt senaste besök hos folktandvården år 2019. En jämförelse mellan regionerna visar att andelen patienter som gick till en privat vårdgivare var högst i Skåne, Stockholm och Halland (omkring 70 procent). I 6 av 21 regioner var det färre patienter som gick till en privat vårdgivare än till folktandvården. Andelen patienter som gick till en privat vårdgivare var lägst i Gävleborg (40 procent) och Västerbotten (45 procent).

Figur 6.11 Patienter med statligt tandvårdsstöd efter region och vårdgivartyp, år 2019

Andel av patienter 24 år och äldre i regionen



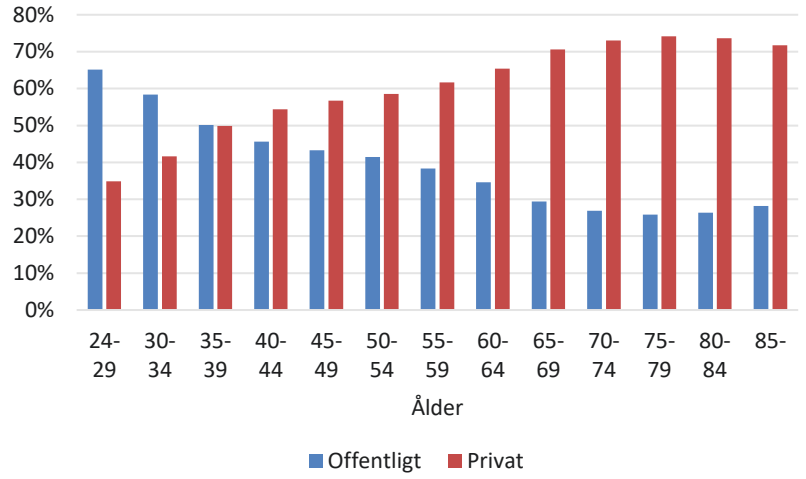
Källa: Försäkringskassan.

Folktandvården har yngre patienter än de privata vårdgivarna

Åldersfördelningen bland de patienter som år 2019 besökte tandvården inom det statliga tandvårdsstödet skiljer sig åt mellan offentliga och privata vårdgivare. Detta illustreras i figur 6.12 nedan. Unga vuxna patienter går i högre utsträckning till folktandvården, medan andelen som går till en privat vårdgivare ökar med patientens ålder. I den yngsta åldersgruppen, patienter under 30 år, gick två av tre patienter till folktandvården år 2019. Bland patienter 35–39 år var det lika vanligt att gå till folktandvården som till en privat vårdgivare. Bland patienter över 40 år är det sedan vanligare att gå till en privat vårdgivare. Högst var andelen som gick till en privat vårdgivare bland patienter i åldrarna 75–79 år, 74 procent, varefter folktandvården åter har en något högre andel av patienterna över 80 år. Det ska dock poängteras att patienterna över 80 år är relativt få till antalet.

Figur 6.12 Patienter med statligt tandvårdsstöd efter ålder och vårdgivartyp, år 2019

Andel av patienter inom respektive åldersgrupp



Källa: Försäkringskassan.

Utredningen har även studerat hur uppdelningen av patienter mellan privata och offentliga aktörer har utvecklats i det statliga tandvårdsstödet under perioden 2009 till 2019. Studien visar att folktandvården sammantaget har en något högre andel av patienterna i dag än för 10 år sedan. Framför allt beror denna utveckling på att folktandvården tar emot fler patienter under 40 år, något som sannolikt delvis har sin förklaring i utbyggnaden av abonnemangstandvården. Därtill hade folktandvården år 2019 även något fler patienter i åldrarna 50–64 år jämfört med år 2009. Under den studerade perioden har andelen patienter i åldrarna 65 år och äldre som går till privata vårdgivare ökat något, från knappt 70 procent år 2009 till 72 procent år 2019.

Privata vårdgivare utför fler omfattande behandlingar

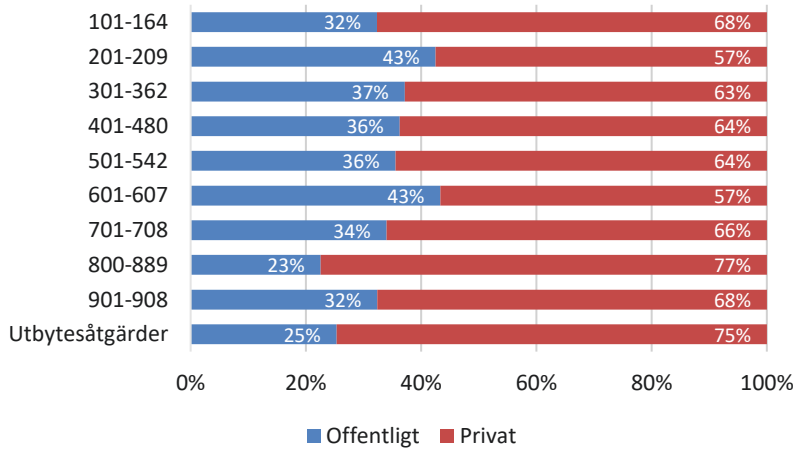
Varje år utförs mellan 16 och 17 miljoner åtgärder på patienter i det statliga tandvårdsstödet.[38] År 2019 utfördes 6,2 miljoner av totalt 16,7 miljarder åtgärder av folktandvården, vilket motsvarar en marknadsandel

[38] Gäller åtgärder som berättigar till ersättning från Försäkringskassan.

mätt i antal åtgärder på 34 procent. Vilket framgår av figur 6.13 utförde folktandvården en förhållandevis stor andel av alla sjukdomsförebyggande åtgärder (200-serien) samt bettfysiologiska åtgärder (600-serien). De privata vårdgivarna utförde å andra sidan tre fjärdedelar av samtliga protetiska åtgärder (800-serien) och utbytesåtgärder (åtgärd 921–941) under året. Även en förhållandevis stor andel av alla undersökningar och hälsofrämjande åtgärder (100-serien) utförs av privat vårdgivare. Folktandvårdens andel av utförda undersökningsåtgärder har minskat något de senaste åren. Detta kan sannolikt till viss del förklaras av att personer 20–23 år inte längre ingår i statistiken om det statliga stödet.

Figur 6.13 Utförda åtgärder per åtgärdsserie och vårdgivartyp, år 2019

Procentuell andel av samtliga åtgärder inom åtgärdsserien



Källa: Försäkringskassan.

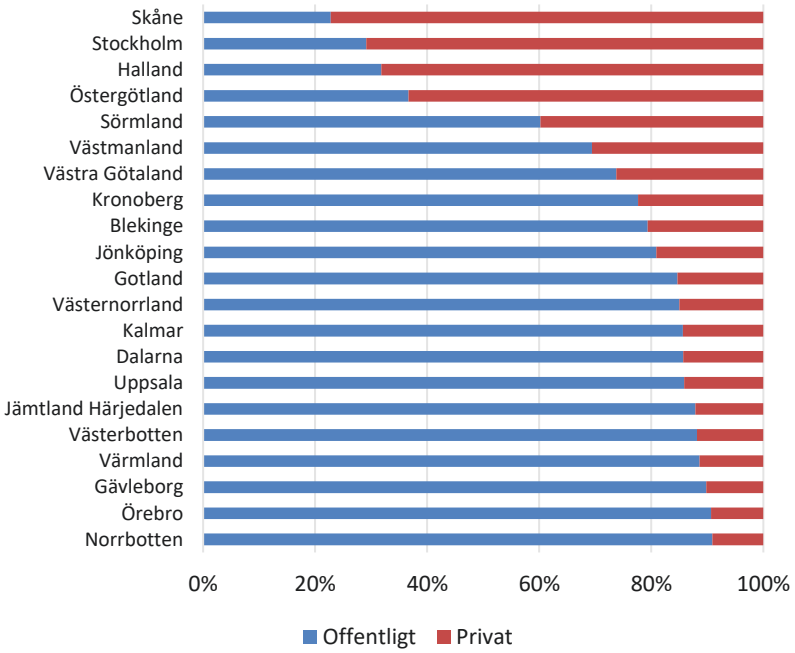
Utförare inom regionernas särskilda tandvårdsstöd

Av de patienter som under år 2019 fick särskilt stöd gick 60 procent till en offentlig vårdgivare och 40 procent till en privat vårdgivare. För fjärde året i rad ökade därmed de privata vårdgivarnas andel av patientunderlaget inom det regionala särskilda stödet för vuxna. Regionalt finns en stor spridning i andelen vuxna patienter med särskilt stöd som går till offentliga respektive privata vårdgivare, något som belyser regionernas olika tillämpning av regelverket. Spridning

illustreras av figur 6.14. Fyra regioner sticker ut vad gäller andelen patienter med särskilt stöd som går privat. I Skåne gick 77 procent av patienterna till en privat vårdgivare år 2019, vilket var högst andel i landet. Även i Stockholm, Halland och Östergötland var andelen som gick privat hög – mellan 60 och 70 procent. I resterande 17 regioner var det vanligare att en patient med regionalt särskilt stöd fick sin tandvård utförd av en offentlig vårdgivare. I Norrbotten, Örebro och Gävleborg var andelen patienter som gick till en offentlig vårdgivare högst i landet, cirka 90 procent.

Figur 6.14 Patienter med särskilt stöd efter region och vårdgivartyp, år 2019

Andel av patienter 24 år och äldre i regionen



Källa: SKR.

Av de särskilda stöden var marknadsuppdelningen mellan offentliga och privata vårdgivare jämnast inom nödvändig tandvård, se tabell 6.4 nedan. 52 procent av patienterna med nödvändig tandvård gick till en offentlig vårdgivare och 48 procent till en privat vårdgivare år 2019.

Även tandvård till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning utförs i nästan lika hög grad av offentliga som privata vårdgivare. Den uppsökande verksamheten bedrivs vanligen av folktandvården vilket förklarar att en stor del av patienterna som omfattas av denna tandvård går offentligt. Inom tandvård som ett led i sin sjukdomsbehandling gick nära 80 procent av patienterna till en offentlig vårdgivare. Detta kan förklaras av att behandlingen främst initieras av hälso- och sjukvården som kan utföra tandvården inom sjukhusansluten tandvård alternativt rutinmässigt remitterar till folktandvården där mycket av specialisttandvården utförs.

Tabell 6.4 Patienter med särskilt stöd efter typ av stöd och vårdgivare, år 2019

Andel av samtliga patienter 24 år och äldre med respektive stöd

Särskilt stöd	Offentlig regi	Privat regi
Nödvändig tandvård	52 %	48 %
Uppsökande verksamhet	66 %	34 %
Led i en sjukdomsbehandling	78 %	22 %
Långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning	54 %	46 %
Samtliga stöd	**60 %**	**40 %**

Källa: SKR.

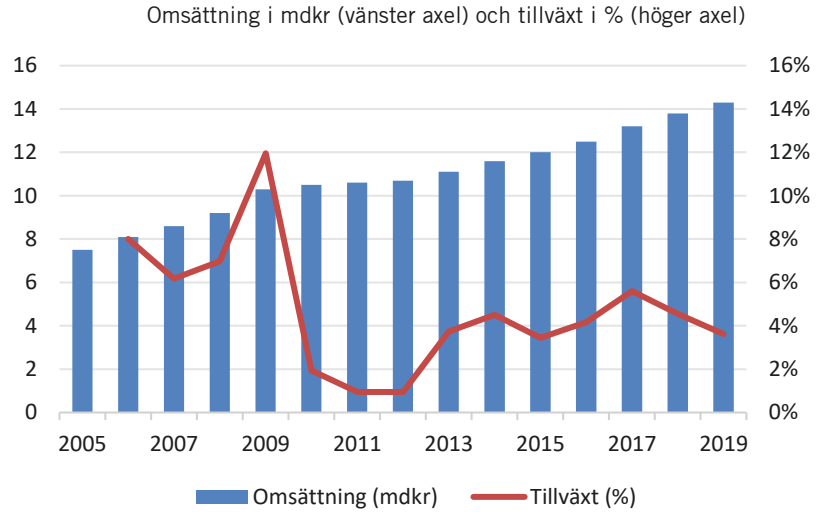
6.4.4 Den privata marknaden utvecklas mot allt färre vårdgivare men ökar sin omsättning

Jämfört med företag inom övriga vård- och omsorgssektorer har tillväxttakten för de privata tandvårdsföretagen varit på en hög nivå de senaste åren.[39] Som framgår av figur 6.15 nedan uppvisade tandvårdsföretagen högst tillväxt åren kring det statliga tandvårdsstödets införande år 2008. År 2010 sjönk tillväxttakten kraftigt, för att sedan år 2013 ligga på en stabil nivå runt 4 procent. Under år 2019 ökade omsättningen för de privata tandvårdsföretagen med 3,6 procent till totalt 14,3 miljarder kronor. Tillväxttakten var därmed något lägre än år 2018 men i linje med den genomsnittliga tillväxten under den senaste femårsperioden. Enligt Grant Thornton var en något ökad upp-

[39] Grant Thornton. 2020. *Hur mår den privata vård och omsorgssektorn i Sverige? – Vårdrapporten 2020.*

räkningstakt i TLV:s referenspriser en förklaring till den höga tillväxttakten i förhållande till privata företag inom andra vårdsektorer.[40]

Figur 6.15 Ekonomisk utveckling för de privata tandvårdsföretagen, år 2005–2019



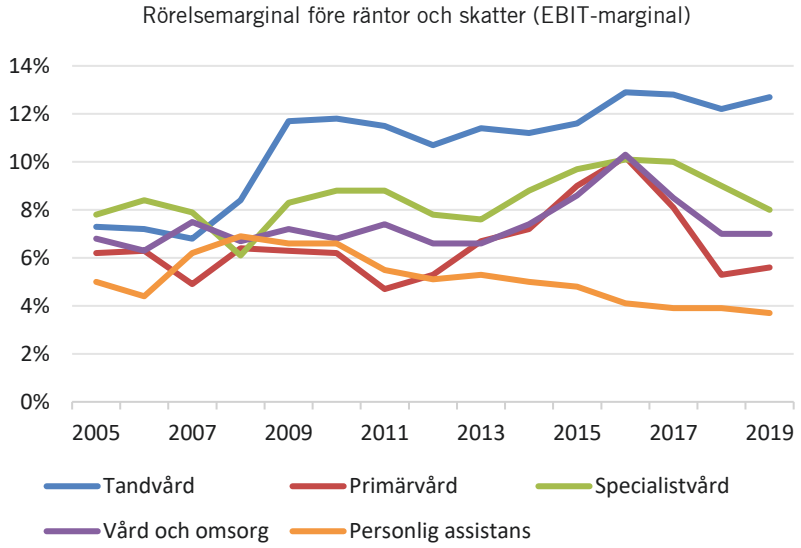
Källa: Grant Thornton.

De privata tandvårdsföretagens lönsamhet var i stort sett oförändrad mellan åren 2018 och 2019, vilket indikerar att företagen höjde sina priser för att täcka högre kostnader. 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.[41] I samband med reformen av det statliga tandvårdsstödet år 2008, ökade lönsamheten kraftigt 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 är dock värt att notera att rörelsemarginalen för större privata vårdgivare inom

[40] Grant Thornton. 2020. *Hur mår den privata vård och omsorgssektorn i Sverige? – Vårdrapporten 2020.*
[41] Rörelsemarginal, eller EBIT (Earnings Before Interest and Taxes), är ett mått på ett företags vinst före räntor och skatter. Rörelsemarginalen beräknas som differensen mellan rörelsens intäkter och kostnader.

tandvård med över 50 miljoner i omsättning är mer i nivå med övriga vårdsektorer. Att rörelsemarginalen är högre för mindre tandvårdsföretag kan delvis bero på att ägare i dessa företag i en högre utsträckning tillämpar vinstutdelning men tar ut lägre lön.

Figur 6.16 Lönsamhet för privata företag inom olika vård- och omsorgssektorer, år 2005–2019



Källa: Grant Thornton.

Den privata tandvårdsmarknaden går i en riktning mot ökad konsolidering med färre och större vårdgivare. Utvecklingen drivs bland annat av att branschen blir allt mer kapitalintensiv och att den snabba tekniska utvecklingen kräver relativt stora investeringar i ny teknik, såsom digital- och panoramaröntgen.[42] År 2019 fanns drygt 1 600 aktiva privata vårdgivare i landet, vilket är ungefär 400 färre vårdgivare än den uppskattning som utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd presenterade i sitt betänkande år 2015.[43] Att de privata vårdgivarna blir färre tas även upp i en rapport från Konkurrensverket.[44] I rapporten konstateras att denna trend är starkast bland de allra minsta

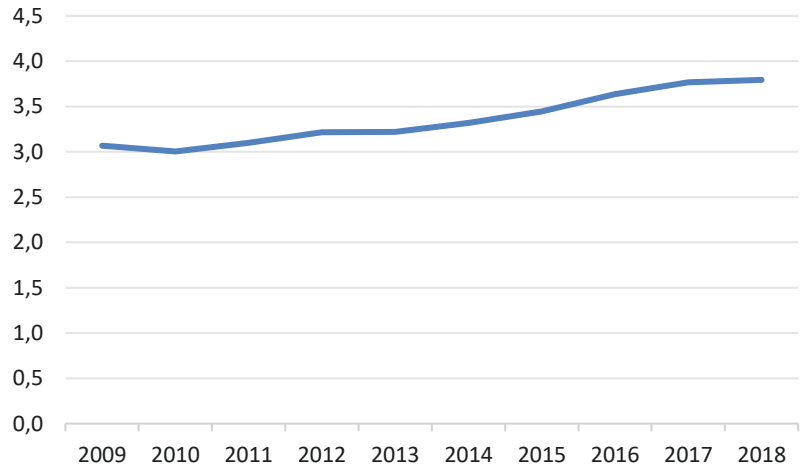
[42] Grant Thornton. 2018. *Vårdrapporten – Hur mår den privata vård och omsorgssektorn i Sverige?* och Konkurrensverket. 2018. *Konkurrensen i Sverige 2018*.
[43] SOU 2015:75 *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter.*
[44] Konkurrensverket. 2018. *Konkurrensen i Sverige 2018*.

företagen. Under perioden 2009 till 2015 har marknadsandelen för företag med årsomsättning på mindre än 1 miljon kronor minskat från 8 till 3 procent. Även marknadens största företag, Praktikertjänst, tappar marknadsandelar inom sin tandvårdsverksamhet och uppvisade under år 2018 en minskad omsättning för femte året i följd.[45] Starkast tillväxt på tandvårdsmarknaden hade de medelstora tandvårdsföretagen, varav de flesta har växt genom förvärv av befintliga kliniker.

Konsolideringen av tandvårdsmarknaden illustreras i figur 6.17 nedan. Från år 2009 till år 2018 ökade det genomsnittliga antalet behandlare per tandvårdsmottagning från 3,1 till 3,8. Ökningen har främst drivits av att antalet mottagningar blivit färre under perioden.

Figur 6.17 Tandvårdsmottagningarnas storlek, år 2009–2018

Genomsnittligt antal behandlare per tandvårdsmottagning



Källa: Försäkringskassans beräkningar.

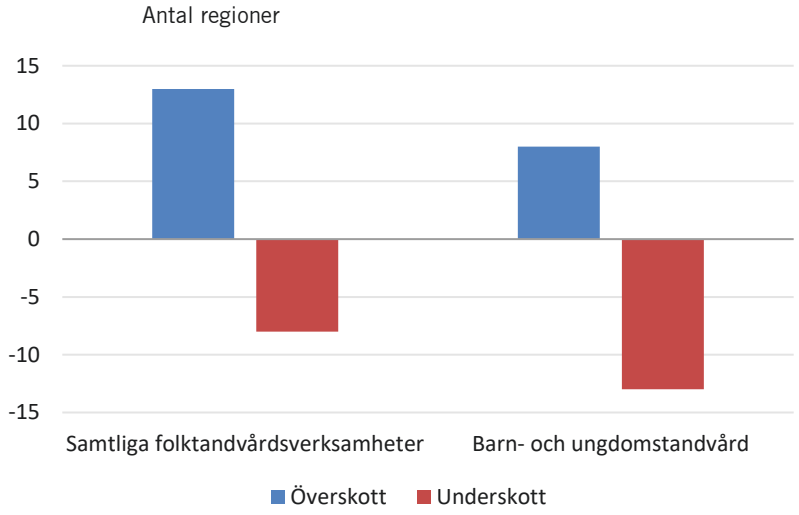
6.4.5 Folktandvården går med underskott i vissa regioner

En sammanställning av 2018 års transparensbokslut för landets 21 folktandvårdsorganisationer visas i figur 6.18 nedan. Samtliga verksamheter inkluderade, redovisar folktandvården ett underskott i 8 regioner och ett överskott i 13 regioner. Vad gäller tandvården till barn

[45] Praktikertjänst. Årsredovisningar åren 2013–2018. https://www.praktikertjanst.se/om-oss/arsredovisningar, uttag 2020-12-01.

och unga vuxna, går folktandvården med underskott i 13 regioner och med överskott i 8 regioner. Utredningen analyserar dessa resultat i kapitel 7.

Figur 6.18 Ekonomiskt resultat enligt folktandvårdens transparensredovisningar per verksamhet och region, år 2018



Källa: Regionernas transparensredovisningar.

6.4.6 Abonnemangstandvården omsätter en och en halv miljard kronor

Folktandvården är i dag så gott som den enda aktören som erbjuder abonnemangstandvård till sina patienter och verksamheten utgör en allt större del av regionens omsättning för tandvård. Intäkterna från abonnemangstandvården består dels av de månadsavgifter som patienterna betalar för avtalet, dels det ATB och STB som är knutet till patienten. I det statliga tandvårdsstödet utgår bidraget till vårdgivaren när patienten vid ett besök där en ersättningsberättigad åtgärd utförts väljer att nyttja bidraget. Inom abonnemangstandvården kan i stället vårdgivaren tillgodogöra sig patientens ATB eller STB oavsett om denne besökte tandvården under året eller ej.

Baserat på uppgifter från Försäkringskassan har utredningen uppskattat regionernas intäkter för abonnemangstandvård.[46] Totalt

[46] STB är exkluderat i beräkningen av regionens intäkter för abonnemangstandvård.

summerade intäkterna till ungefär 1,5 miljarder kronor år 2019. Av intäkterna, stod månadsavgifter från patienterna för 1,2 miljarder kronor och ATB för 0,3 miljarder kronor. Den statliga ersättningens andel av intäkten var därmed cirka 20 procent. Per patient med abonnemangstandvård var den årliga kostnaden i genomsnitt strax över 1 800 kronor. När det ATB som staten finansierar räknas bort kvarstår en genomsnittlig årlig avgift för patienten på 1 400 kronor om året, vilket per månad blir ungefär 120 kronor. Storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne står tillsammans för ungefär 60 procent av abonnemangstandvårdens totala intäkter.

6.5 Personalen i tandvården

Statistiken över tandläkartäthet i Sverige sträcker sig långt tillbaka i tiden. I början av 1900-talet verkade mellan 200 och 300 tandläkare i landet, vilket innebar att det i genomsnitt gick ungefär 18 000 invånare på en tandläkare. Den dåliga tandhälsan hos framför allt barn ledde till att tandvården under första halvan av 1900-talet började byggas ut i snabb takt. När riksdagen år 1938 beslutade om en allmän folktandvård var tandläkarbristen stor, trots att antalet hade ökat till 2 300 personer. Antalet vakanser i folktandvården var stadigt hög under 1950- och 1960-talen vilket ledde till att många tandläkare, från framför allt från Finland och Tyskland, flyttade till Sverige. År 1955 var så många som en tredjedel av folktandvårdens tandläkare födda utanför Sverige. Andra sätt att motverka tandläkarbristen inom folktandvården var ett tilläggsår för alla nyutexaminerade att tjänstgöra i folktandvården innan de fick legitimation samt stipendier där studenten förband sig att arbeta viss tid i folktandvården. Sammantaget innebar ansträngningarna att antalet tandläkare ökade till totalt 7 230 personer år 1970.[47]

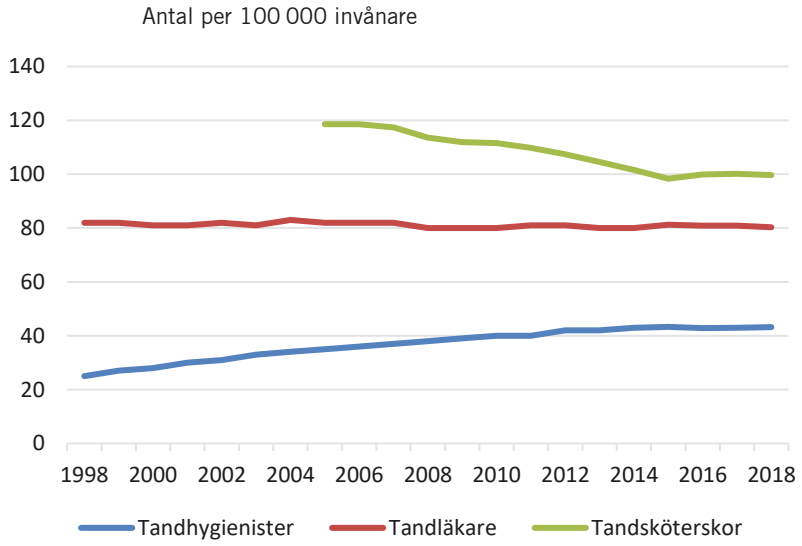
Tandsköterskor har funnits som en yrkesgrupp i den svenska tandvården under lång tid. Den första tandsköterskeutbildningen startade år 1925, och det var ungefär vid denna tid som yrkestiteln uppstod. Under 1930- och 40-talen startades fler utbildningar och studietiden förlängdes. Sveriges tandsköterskeförening bildades år 1943, och vid denna tidpunkt var antalet tandsköterskor omkring 2 600 personer.[48]

[47] Ordell, S. Från hantverk till akademisk profession: Framväxten och utvecklingen av tandvården i Sverige. *Tandläkartidningen*, nr 4 2012.
[48] SOU 1946:87 *Betänkande om tandläkarutbildningens ordnande m.m. – del 2 hjälpkrafterna.*

I slutet av 1960-talet och början av 1970-talet anställdes de första tandhygienisterna i landet, varpå utbildningar startades strax därefter. Sammantaget innebar detta en kraftig ökning av yrkesverksam personal inom tandvården.

Statistik från Socialstyrelsen visar att det i dag finns ungefär 13 000 sysselsatta tandläkare och tandhygienister i tandvården. Den samlade arbetsstyrkan av legitimerad personal i tandvården är därmed på en hög nivå sett i ett historiskt perspektiv. De senaste 20 åren har koncentrationen av tandläkare i befolkningen sjunkit något, från 82 tandläkare per 100 000 invånare i slutet av 1990-talet till 80 tandläkare år 2018. Å andra sidan har koncentrationen av tandhygienister i befolkningen ökat kraftigt under samma period, från 24 till 43 tandhygienister per 100 000 invånare, se figur 6.19. Totalt fanns 123 legitimerade behandlare i tandvården per 100 000 invånare år 2018. Koncentrationen av legitimerade behandlare har varit så gott som oförändrad de senaste 5 åren men är på en klart högre nivå än år 1998 då koncentrationen var 107 behandlare per 100 000 invånare.

Figur 6.19 Yrkesverksam personal i tandvården år 1998–2018



Källa: Socialstyrelsen.

Utöver de legitimerade yrkesgrupperna omfattade tandvården år 2018 drygt 10 000 förvärvsarbetande tandsköterskor i åldrarna 16 till 64 år. De senaste 10 åren har inga större förändringar skett vad gäller antalet tandsköterskor i landet, men då befolkningen samtidigt har ökat har koncentrationen av tandsköterskor i befolkningen som en följd minskat, vilket framgår av figur 6.19.

6.5.1 De med tandvårdsutbildning är i stor utsträckning yrkesverksamma inom tandvården

Tandvården sticker ut som en bransch där en stor andel arbetar inom det yrke man har utbildat sig till. Detta poängteras bland annat av SCB, som uppskattar att av landets sysselsatta personer med en tandläkarutbildning var cirka 80 procent var kliniskt verksamma, 10 procent chefer eller lärare på utbildningar och endast 10 procent sysselsatta inom andra yrken. [49]

Socialstyrelsen har i uppdrag att löpande bedöma och redovisa tillgång till och efterfrågan på legitimerade utövare inom hälso- och sjukvården och tandvården. I detta uppdrag ingår att årligen publicera statistik över den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalen samt antal innehavare av specialistbevis för läkare och tandläkare.[50] År 2018 fanns omkring 17 500 legitimerade tandläkare i Sverige. Av dessa var 9 200 personer sysselsatta, 4 500 personer pensionerade med legitimation samt 3 100 personer ej sysselsatta.[51] Av de sysselsatta tandläkarna var 8 200 personer, motsvarade 88 procent, yrkesverksamma inom tandvården.

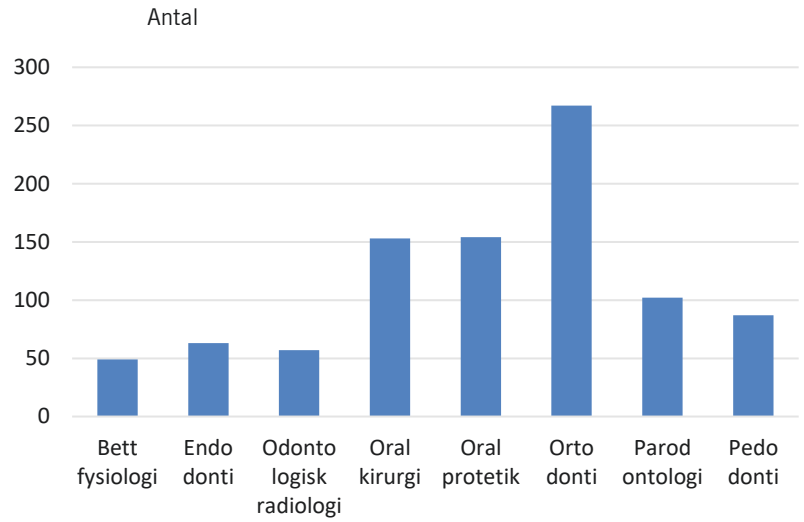
De legitimerade tandhygienisterna var sammantaget betydligt färre än tandläkarna. 6 800 personer hade en tandhygienistlegitimation i Sverige år 2018, varav 5 200 personer var sysselsatta. Av de sysselsatta tandhygienisterna var 4 400 personer, motsvarande 85 procent, yrkesverksamma i tandvården.

930 personer var år 2018 yrkesverksamma med en legitimation inom någon av tandvårdens specialiteter.[52] Koncentrationen av kliniskt verksamma specialisttandläkare var därmed 9 specialister per

[49] SCB. 2019. *Vilka utbildningar ger jobb? Arbetskraftsbarometern 2019*.
[50] Socialstyrelsen. 2020. *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2020*.
[51] Definition av sysselsättning i SCB:s register RAMS.
[52] Tandläkarspecialiteterna är pedodonti, ortodonti, parodontologi, oral kirurgi, endodonti, oral protetik, orofacial medicin, odontologisk radiologi samt bettfysiologi.

100 000 invånare. Tillgången till specialister i tandvården har därmed varit så gott som oförändrad sedan mätningarna startade år 1995. Av figur 6.20 framgår att ortodonti är den klart största av de nio specialiteterna med totalt 267 specialister över landet (29 procent). Många specialister, drygt 150 stycken, finns även inom oral kirurgi och oral protetik. Bettfysiologi är den till antalet minsta specialiteten med 49 specialister, följt av odontologisk radiologi och endodonti.[53]

Figur 6.20 Kliniskt verksamma specialisttandläkare per specialitet, år 2018



Källa: Socialstyrelsen. Anmärkning: Statistik finns ännu inte för specialiteten orofacial medicin.

6.5.2 Tandvården är en kvinnodominerad bransch

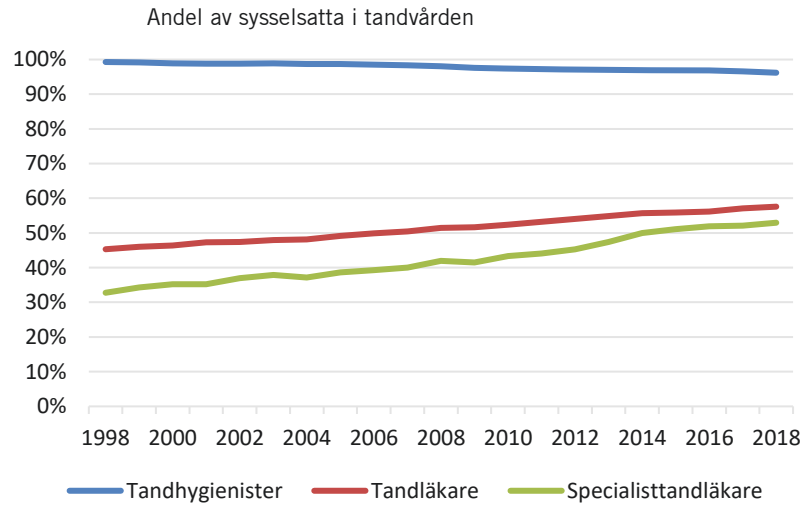
Tandläkaryrket har historiskt sett varit mansdominerat, men de senaste 20 åren har andelen kvinnor av landets sysselsatta tandläkare stadigt ökat. År 1998 var könsfördelningen 55 procent män och 45 procent kvinnor. Aktuell statistik från Socialstyrelsen visar att förhållandet i dag är omvänt. År 2018 var 58 procent av tandläkarna kvinnor och 42 procent män, se figur 6.21. Även andelen kvinnliga specialisttandläkare har ökat stort de senaste 20 åren, till en nivå på 53 procent år 2018. Könsfördelningen var därmed jämnare än inom övriga tandvårdsyrken. Högst var andelen män inom specialiteterna

[53] 2018 års statistik omfattar inte den nya specialiteten orofacial medicin eftersom de första legitimationerna inom denna disciplin utfärdades år 2019.

oral kirurgi och protetik medan andelen kvinnor var högst inom pedodonti och odontologisk radiologi.

Tandhygienister är en yrkesgrupp där kvinnor alltid har varit kraftigt överrepresenterade. Av de 4 400 tandhygienister som var sysselsatta i tandvården år 2018 var hela 96 procent kvinnor, vilket gör yrket till ett av de mest könsuppdelade bland legitimationsyrkena.[54] Även tandsköterskor är en kraftigt kvinnodominerad yrkesgrupp. Endast 150 män arbetade år 2018 som tandsköterskor, vilket motsvarade 1,5 procent av samtliga sysselsatta i yrkesgruppen.

Figur 6.21 Kvinnor inom tandvårdsyrkena, år 1998–2018



Källa: Socialstyrelsen.

6.5.3 Tandvårdens personal blir allt äldre – och yngre

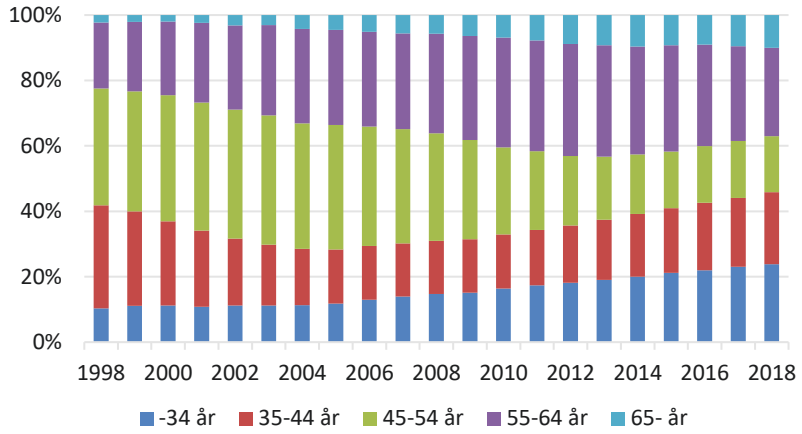
Åldersstrukturen för landets sysselsatta tandläkare har kraftigt förändrats de senaste 20 åren vilket framgår av figur 6.22. År 2018 var 39 procent av tandläkarna i de mest yrkesverksamma åldrarna 35–54 år, vilket kan jämföras med 67 procent år 1998. En tydlig trend är att en större andel av tandläkarna är nyligen examinerade. År 2018 var 24 procent av tandläkarna yngre än 35 år jämfört med 10 procent 20 år tidigare. Framför allt har utvecklingen varit snabb de senaste

[54] Socialstyrelsen. 2020. *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2019 samt arbetsmarknadsstatus 2018*.

5 åren som en följd av att många tandläkare examineras från landets högskolor. En allt större andel av tandläkarna är även yrkesverksamma upp i pensionsåldern. År 2018 var 10 procent av alla tandläkare äldre än 65 år, år 1998 var andelen endast 2 procent. Trots detta förväntas dock pensionsavgångar bli stora framöver.[55]

Figur 6.22 Åldersfördelning för tandläkare, år 1998–2018

Andel av sysselsatta i tandvården



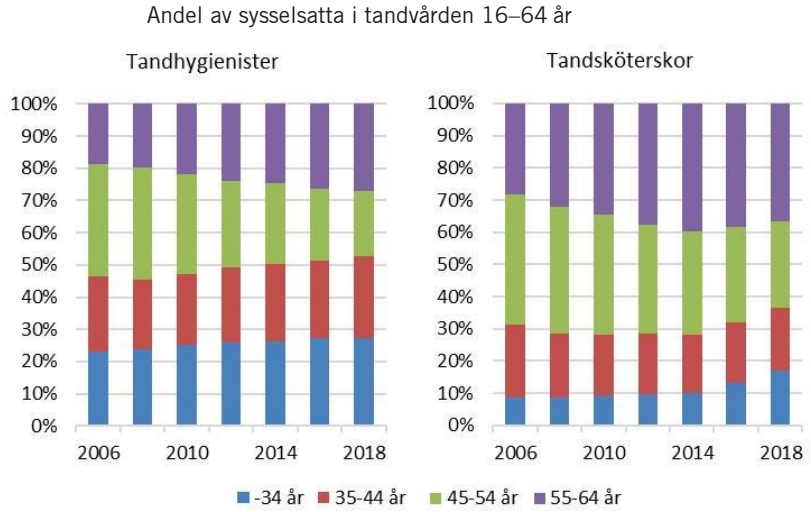
Källa: Socialstyrelsen.

Även åldersstrukturen för landets tandhygienister har förändrats de senaste åren, se figur 6.23 nedan. Av de sysselsatta i yrkesgruppen år 2018 var 45 procent i de mest yrkesverksamma åldrarna 35–54 år jämfört med 58 procent år 2006. Såväl andelen äldre som yngre tandhygienister har ökat under samma period, dock är utvecklingen mindre påtaglig än för tandläkare. Yrkesgrupperna skiljer sig också åt på så vis att det fortfarande är ovanligt att som tandhygienist vara yrkesverksam efter 65 års ålder. Såväl Socialstyrelsen som SCB konstaterar att även stora pensionsavgångar är att vänta bland de sysselsatta i yrkesgruppen, och att efterfrågan på arbetskraft troligen kommer att öka de kommande åren.[56]

[55] SCB. 2019. *Vilka utbildningar ger jobb? Arbetskraftsbarometern 2019* och Socialstyrelsen. 2020. *Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård*.
[56] SCB. 2019. *Vilka utbildningar ger jobb? Arbetskraftsbarometern 2019* och Socialstyrelsen. 2020. *Bedömning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård och tandvård*.

När det gäller tandsköterskor syns en liknande förskjutning av åldersstrukturen som för tandläkare och tandhygienister. År 2018 var 47 procent av tandsköterskorna i de mest yrkesverksamma åldrarna 35–54 år, jämfört med 63 procent år 2006. Även inom denna yrkesgrupp är stora pensionsavgångar att vänta framöver.

Figur 6.23 Åldersfördelning för tandhygienister och tandsköterskor, år 2006–2018



Källa: Socialstyrelsen och SCB.

6.5.4 Antalet som examineras från tandvårdsutbildningarna varierar från år till år

I dag bedrivs yrkesutbildningar för tandläkare vid fyra lärosäten, och för tandhygienister vid sex lärosäten i landet.[57] Totalt examinerades 415 personer från landets tandvårdsutbildningar år 2019 varav 266 personer erhöll en tandläkarexamen och 149 personer en tandhygienistexamen. Hur många som examineras från tandvårdsutbildningarna varierar relativt stort från år till år, vilket kan ses i figur 6.24. Det utfärdas i dag något färre examina än rekordåret 2017, men samtidigt är nivån klart högre än under 2000-talet. Hur antalet examina fördelas mellan behandlarkategorierna har förändrats kraftigt över tid.

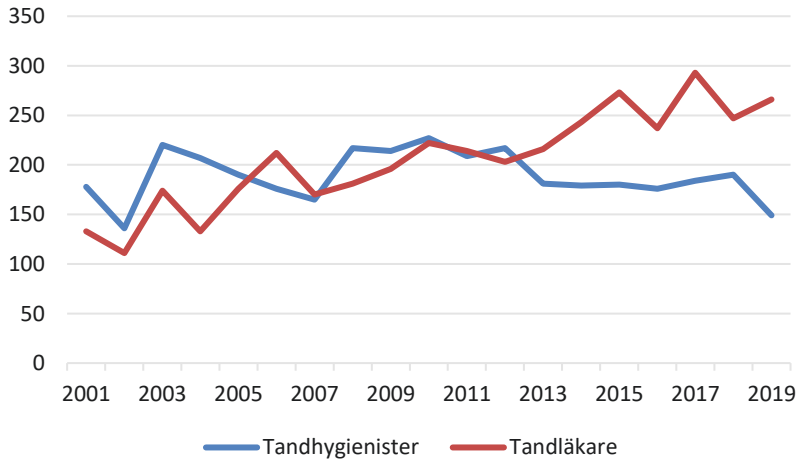
[57] Tandläkarutbildningar finns vid Göteborgs universitet, Karolinska institutet, Malmö högskola och Umeå universitet. Tandhygienistutbildningar finns därutöver på Högskolan Kristianstad samt Stiftelsen Högskolan i Jönköping.

Mellan åren 2001 och 2012 utfärdades i stort sett lika många examina per år till tandläkare som till tandhygienister. Sedan dess har antalet utfärdade tandläkarexamina per år ökat något medan antalet utfärdade tandhygienistexamina varje år minskat.

Sedan början av 2000-talet har det varje år varit fler kvinnor än män som slutfört sin tandläkarutbildning, och de senaste åren har skillnaderna varit mellan könen varit stora. År 2019 utfärdades mer än dubbelt så många tandläkarexamina till kvinnor som till män. Fortfarande finns en stor överrepresentation av kvinnor på landets tandhygienistutbildningar, men könsfördelningen har de senaste åren varit något mindre ojämn. Trots det utfärdades hela 89 procent av alla tandhygienistexamina år 2019 till kvinnor. Eftersom en betydande andel av de som har gått klart tandvårdsutbildningarna sedan arbetar i sektorn, kommer sannolikt andelen kvinnor inom tandvårdsyrkena att öka ytterligare de kommande åren.

Figur 6.24 Nyutexaminerade behandlare i tandvården, år 2001–2019

Antal utfärdade examensbevis per kalenderår



Källa: Universitetskanslersämbetet.

6.5.5 Få tandhygienistlegitimationer utfärdades år 2019

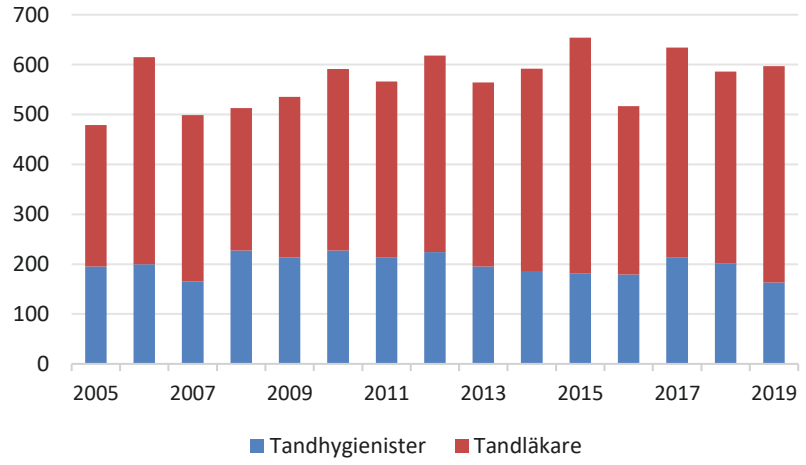
Antalet utfärdade legitimationer i tandvården varierar från år till år. Dels beror variationen på hur många personer som examineras från de svenska tandvårdsutbildningarna, dels på hur många personer med

utländsk examen som ansöker om svensk legitimation hos Socialstyrelsen. År 2019 utfärdades 597 legitimationer till behandlare i tandvården, vilket var en ökning med 2 procent jämfört med året innan. 434 legitimationer utfärdades till tandläkare. Sett över de senaste 15 åren var detta ett högt antal, se figur 6.25. Å andra sidan utfärdades endast 163 legitimationer till tandhygienister år 2019 vilket var den lägsta siffran på 15 år. I likhet med de senaste 10 åren utfärdades en stor andel av tandläkarlegitimationerna (60 procent) och tandhygienistlegitimationerna (88 procent) till kvinnor år 2019. En relativt hög andel, 30 procent, av legitimationerna utfärdades till personer med en utländsk utbildning.[58] I hälften av fallen hade personen en utbildning från ett EU/EES-land och i hälften av fallen en utbildning från tredje land.[59] Andelen med utländsk utbildning var särskilt hög bland nyligen legitimerade tandläkare.

Socialstyrelsens statistik visar vidare att det totalt utfärdades 109 specialistbevis inom tandvårdens 9 olika specialiteter år 2019. Särskilt många bevis, 38 stycken, utfärdades inom den nya specialiteten orofacial medicin. 63 procent av specialistbevisen utfärdades till kvinnor vilket var en hög andel sett historiskt sett.

Figur 6.25 Nyligen legitimerade behandlare i tandvården, år 2005–2019

Antal utfärdade legitimationer



Källa: Socialstyrelsen.

[58] Inkluderar även personer födda i Sverige som gått en utbildning utomlands.
[59] Till gruppen EU/EES räknas även personer med en utbildning från Schweiz.

6.5.6 Antalet privat anställda specialisttandläkare ökar

I likhet med annan tandvård som regionen ansvarar för, ger tandvårdslagen regionen utrymme att sluta avtal med privata vårdgivare om att utföra viss specialisttandvård. Enligt utredningens kartläggning är detta en möjlighet som i dag nyttjas av de flesta regioner. Många specialister arbetar även med tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. År 2018 var 26 procent av de kliniskt verksamma specialisterna i landet anställda av en privat vårdgivare och 74 procent av en offentlig vårdgivare. Fördelningen av specialisttandläkare mellan vårdgivarna var därmed densamma som föregående år, men sett över en längre tidsperiod finns en trend mot att allt fler är anställda av privata vårdgivare. Framför allt har de privata specialister blivit fler inom specialiteterna ortodonti, endodonti och parodontologi, men samtliga specialiteter finns att tillgå privat

Hur stor andel specialisttandläkare som arbetar privat skiljer sig mellan regioner. Stockholm är den region med flest privata specialister. Redan år 2007 var de privat anställda specialisterna i regionen fler än de offentligt anställda. Även i Skåne är andelen privata specialisttandläkare nära 50 procent. I de flesta andra regioner är specialisttandläkarna i offentlig regi fortfarande i klar majoritet. Exempelvis var 85 procent av specialisttandläkarna i Västra Götaland offentligt anställda år 2018.

6.5.7 Fler behandlare i tandvården men många är nyligen examinerade

Även om utbudet av tandvårdspersonal är på en hög nivå historiskt sett, finns det andra faktorer som påverkar tandvårdens kapacitet och tillgången till legitimerad arbetskraft. Som visats tidigare, är en allt större andel av dagens legitimerade tandvårdspersonal nyligen examinerad eller har endast några års arbetserfarenhet. De praktiska momenten i tandvårdsutbildningarna har minskat över tid. Detta har fått till följd att det i dag är vanligast att som nyligen examinerad behandlare börja med ett till två års introduktion i yrket, vilket även innebär att mer resurser behöver knytas till handledande moment. På grund av detta är produktiviteten för en nyligen examinerad behandlare i regel lägre än för mer erfarna behandlare.

Utredningen har tagit del av en analys från TLV om betydelsen av en allt yngre tandläkarkår för tandvårdsproduktionen. Analysen visar att unga tandläkare producerar i snitt 10–25 procent mindre tandvård, mätt i antalet minuter, vilket betyder att för varje tandläkare som går i pension behövs mer än en nyexaminerad tandläkare för att bibehålla tandvårdens kapacitet.[60] Det kan därför konstateras att trots att det ojusterade utbudet av arbetskraft har ökat de senaste åren, motsvaras inte detta nödvändigtvis av en utökad, eller ens bibehållen, kapacitet i tandvården eller en ökad tillgång till behandlare.

6.5.8 Regionala skillnader i tillgängligheten till behandlare

Fler tandläkare och tandhygienister arbetar i tandvården i dag än för tio år sedan. Under samma period har rikets befolkning vuxit, men i en lägre takt, vilket medfört att antalet behandlare per invånare har ökat. Däremot finns regionala skillnader i hur tandvårdspersonalen är fördelad, vilket till stor del beror på de olika förutsättningar som finns att bedriva tandvård på olika platser i landet. Aspekter som demografisk struktur och politiska beslut är exempel på faktorer som påverkar tillgången till tandvårdspersonal. Att tandvårdsresurserna är ojämnt fördelade över landet är inget nytt dilemma – problemet lyftes exempelvis i en statlig utredning redan år 1979.[61]

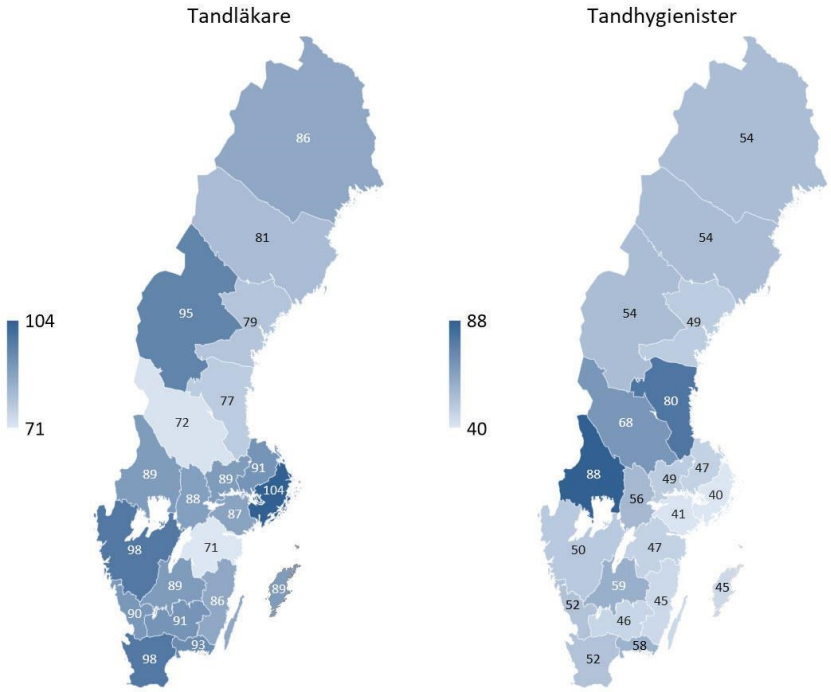
Genom att studera var landets tandläkare och tandhygienister är verksamma, kan en grov uppskattning göras av hur tillgängligheten till tandvårdspersonal varierar över landet. Socialstyrelsen publicerar sådana uppgifter, men med relativt lång eftersläpning. Utredningen har därför valt att i stället använda uppgifter från Försäkringskassan om inrapporterande behandlare i det statliga tandvårdsstödet för att studera regionala skillnader i behandlarkoncentration. I detta avsnitt definieras därför behandlarkoncentration som antalet legitimerade tandläkare och tandhygienister i befolkningen 24 år och äldre som enligt Försäkringskassans register är aktivt verksamma inom allmäntandvården till vuxna.[62]

[60] Analysen tog dock ingen hänsyn till behandlarens tjänstgöringsgrad.
[61] SOU 1979:7, *Tandvården i början av 80-talet.*
[62] Specialisttandläkare och behandlare med färre än 100 unika patienter per år har rensats bort. Ett exempel på den senare gruppen är tandläkare som undervisar på tandläkarhögskolan. Behandlarkoncentrationen relateras till befolkningen 24 år och äldre då det är personer i dessa åldrar som omfattas av det statliga tandvårdsstödet.

År 2019 fanns totalt cirka 11 000 aktiva behandlare i allmäntandvården, vilket motsvarar en koncentration på 144 behandlare per 100 000 invånare 24 år och äldre. Av de aktiva behandlarna var 65 procent tandläkare och 35 procent tandhygienister. Som framgår av figurerna 6.26 och 6.27 hade Värmland och Gävleborg högst behandlarkoncentration av samtliga regioner, totalt 176 respektive 157 behandlare. Lägst var behandlarkoncentrationen i Östergötland (118 behandlare) och Västernorrland (128 behandlare). I Värmland, Gävleborg och Dalarna fanns flest aktiva tandhygienister i relation till befolkningen, och i dessa regioner var antalet aktiva tandhygienister och tandläkare ungefär lika många. I storstadsregionerna Stockholm, Skåne och Västra Götaland var å andra sidan de aktiva tandläkarna betydligt fler än tandhygienisterna. Koncentrationen av tandläkare var även hög i Jämtland Härjedalen.

Figur 6.26 Koncentration av behandlare per region, år 2019

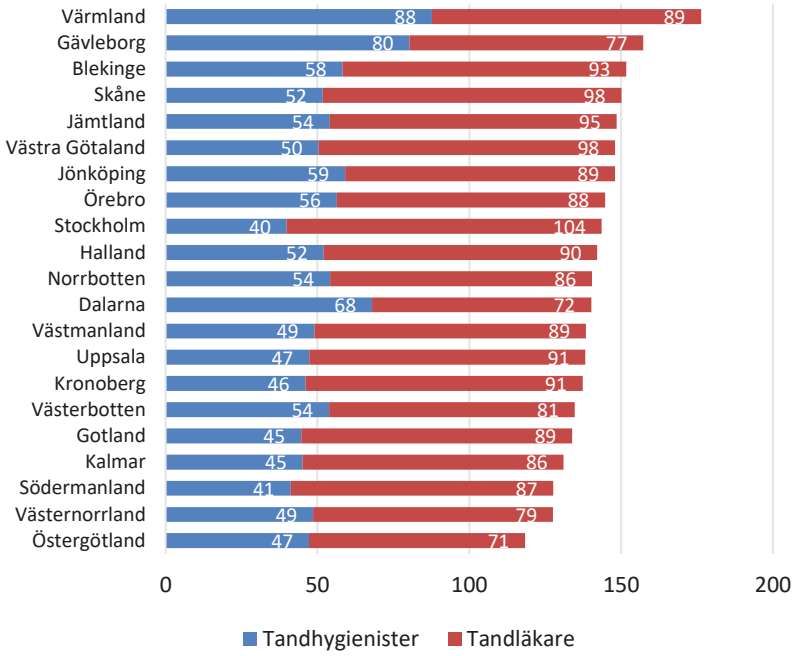
Antal tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare 24 år och äldre



Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar. Anmärkning: En mörkare blå färg indikerar en högre behandlarkoncentration.

Figur 6.27 Behandlarkoncentration per region, år 2019

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



Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

Inom en region kan tillgången till behandlare variera. Detta framgår av figur 6.28 nedan som visar en karta över koncentrationen av aktiva behandlare i samtliga landets kommuner år 2019.[63] I kartan, som även visar en mer detaljerad bild av de tre storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne, representerar en mörkare blå färg de kommuner som relativt riket har en hög behandlarkoncentration. På samma sätt representerar ljusare blå färg kommuner med en relativt sett låg behandlarkoncentration.

Av samtliga kommuner är behandlarkoncentrationen högst i Filipstad, Åsele, Lycksele, Örebro och Malå. I dessa kommuner finns fler än 20 aktiva behandlande tandläkare och tandhygienister per

[63] En behandlare kan vara verksam på flera mottagningar samtidigt och byta arbetsgivare eller arbetsplats under året. Kommuntillhörigheten baseras på den geografiska platsen för den mottagning där behandlaren under året har utfört mest vård sett till vårdgivarpriset.

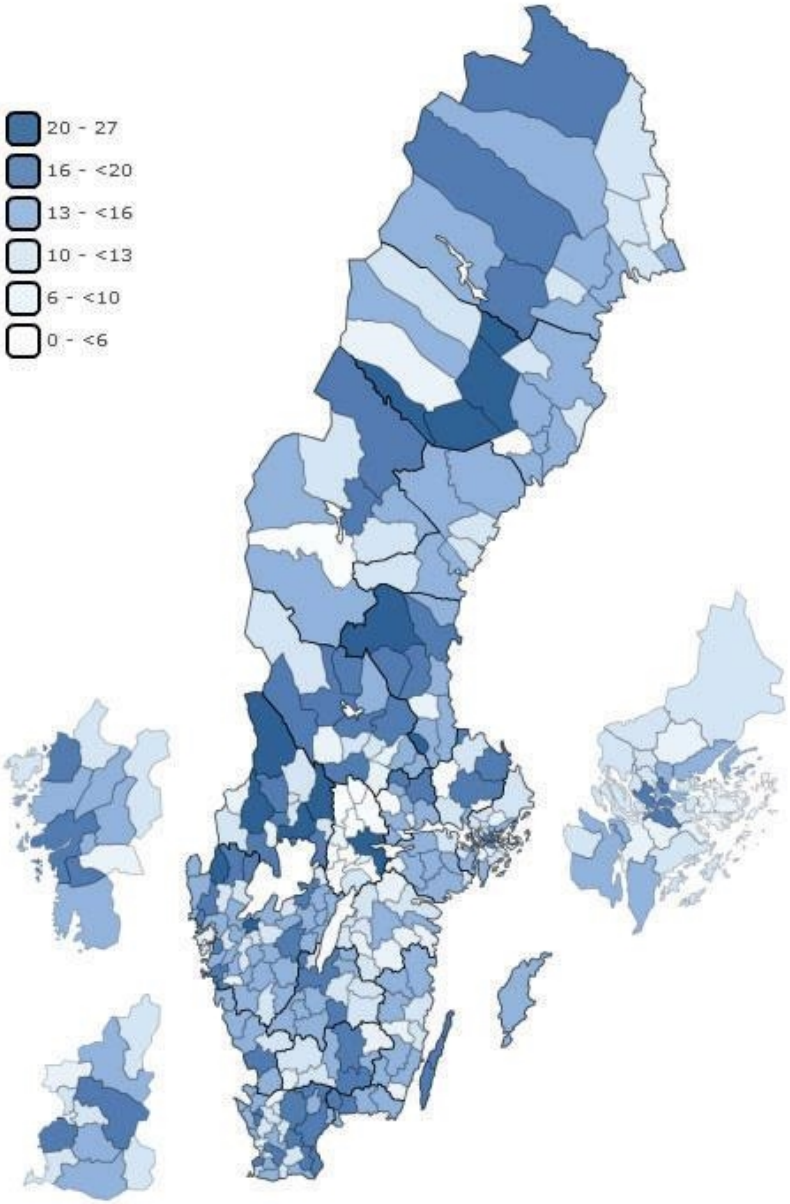
10 000 invånare 24 år och äldre. I den andra ändan av skalan finns ett fåtal kommuner med ytterst få, eller inga, behandlare. Detta gäller bland annat kommunerna Lekeberg, Laxå och Bjurholm (inga behandlare) samt Hallsberg, Berg och Knivsta (färre än 2 behandlare per 10 000 invånare 24 år och äldre).

Generellt finns en större tillgång till behandlare i kommuner i norra Sverige, storstadskommunerna samt större städer. Detta kan ha sin förklaring i kommunernas geografiska och demografiska sammansättning eller hur tandvården planeras och organiseras inom regionen. I en till ytan stor, men glesbefolkad, kommun kan behandlarkoncentrationen ändå vara hög om det finns ett antal mottagningar i tätorten. Ett exempel är Lycksele kommun som har 9 000 invånare 24 år och äldre och totalt 20 behandlande tandläkare och tandhygienister som arbetar på mottagningar inom kommungränsen. I de större städerna är det i stället en större befolkning och närheten till klinikerna som gör det möjligt för fler vårdgivare att bedriva sin verksamhet. Dock kan det finnas stora variationer även inom storstadskommuner. På samma gång som det finns en tät etablering av kliniker i stadskärnan, kan det samtidigt finnas en brist på personal i vissa förorter. En låg behandlarkoncentration återfinns ofta i kommuner med liten befolkning eller i kommuner nära en större stad. Exempel på detta är Laxå och Lekeberg, kommuner utan verksamma behandlare men med närhet till Örebro där behandlarkoncentrationen är bland de högsta i landet. I vissa fall är tillgängligheten till tandvårdspersonal god i en kommun och sämre i grannkommunen – det är då troligt att en klinik har patienter från båda kommunerna.

Även tillgången till tandläkare respektive tandhygienister varierar mellan landets kommuner. I figur 6.29 nedan visas en karta över hur stor andel av de verksamma behandlarna i kommunen som är tandläkare, där mörkare blå färg indikerar en högre andel och ljusare blå färg en lägre andel. Generellt tenderar andelen tandläkare vara högre i områden med större befolkning och med en stor andel privata vårdgivare. I kommuner i Stockholms län, vissa delar av Norrlands inland samt stora delar av södra Sverige är andelen tandläkare hög, ofta över 70 procent av samtliga behandlare. I Värmland, Gävleborg, Dalarna samt till viss del Norrbotten är det å andra sidan många kommuner där fler än hälften av alla behandlare är tandhygienister.

Figur 6.28 Behandlarkoncentration per kommun, år 2019

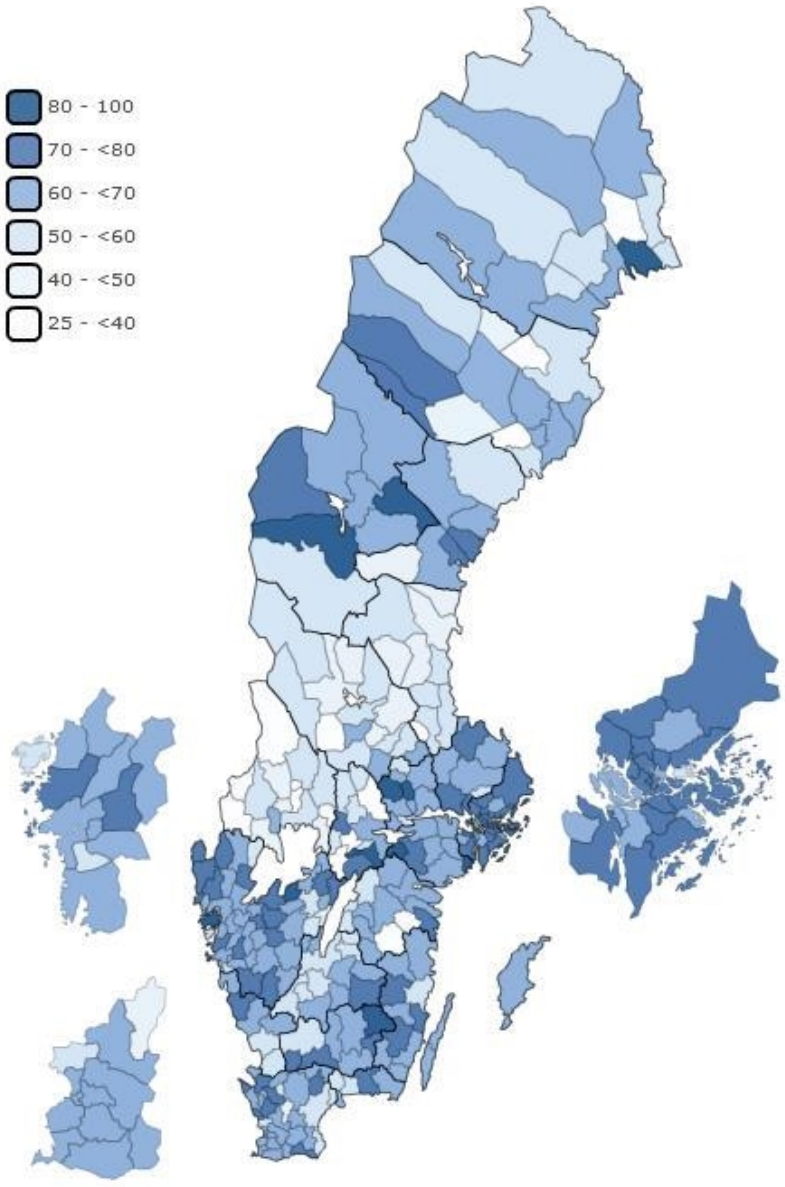
Antal tandläkare och tandhygienister per 10 000 invånare 24 år och äldre



Källa: Försäkringskassans beräkningar.

Figur 6.29 Tandläkarandel per kommun, år 2019

Procent av verksamma tandläkare och tandhygienister



Källa: Försäkringskassans beräkningar.

6.5.9 Tandvården upplever en brist på personal

Kompetensförsörjningsproblematiken inom tandvården är något som bland annat uppmärksammas i undersökningar från SCB och Socialstyrelsen. Sammantaget kan konstateras att arbetsgivarna i tandvården upplever en bristande tillgång på personal inom alla tandvårdens yrkesgrupper, och att denna brist upplevs såväl hos privata som offentliga aktörer.[64] Framför allt är bristen stor på yrkeserfaren tandvårdspersonal, men även när det gäller nyligen examinerad personal så är tandvårdens efterfrågan i dag på en hög nivå jämfört med de senaste 10 åren.

Brist på yrkeserfarna tandläkare och tandhygienister

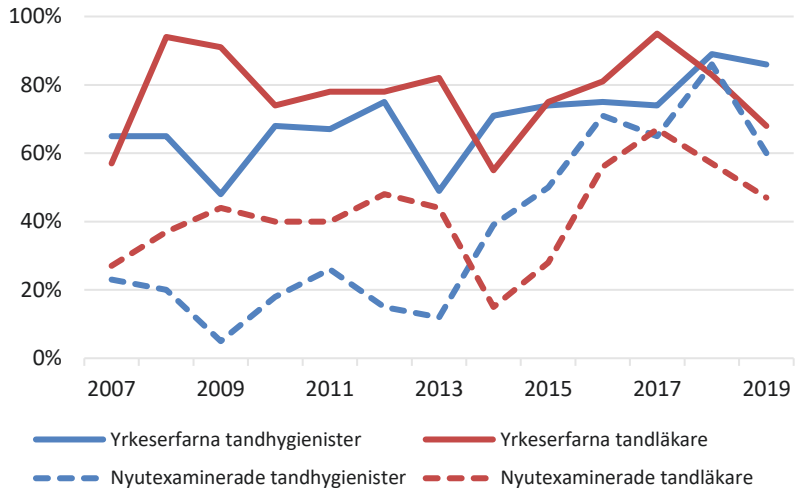
SCB genomför varje år den så kallade arbetskraftsberometern, en undersökning om dagens och de kommande årens rekryteringsbehov som skickas ut till cirka 7 400 privata och offentliga arbetsgivare. Resultaten från 2019 års undersökning visar att tandhygienister är ett av de yrken i Sverige där arbetsgivarna uppger att det är störst brist på personal. Framför allt bedömdes bristen på yrkeserfarna tandhygienister vara stor – 86 procent av arbetsgivarna uppger att det är en brist på denna yrkesgrupp. Andelen arbetsgivare som uppger att det råder brist på nyutbildade tandhygienister är något lägre, 60 procent, men även detta resultat är högt i ett historiskt perspektiv (se figur 6.30 nedan). Att arbetsgivare inom tandvården upplever en brist på personal bekräftas även i en undersökning av Socialstyrelsen om rekryteringsläget i hälso- och sjukvården.[65] I undersökningen bedömde 15 av 20 svarande regioner att det råder brist på tandhygienister.

Även bristen på tandläkare upplevs som stor bland tandvårdens arbetsgivare. Nästan 70 procent av arbetsgivarna uppger i 2019 års arbetskraftsbarometer att det är brist på yrkeserfarna tandläkare, medan motsvarande andel för nyutexaminerade tandläkare är nära 50 procent. Dessa resultat indikerar emellertid att läget är något förbättrat jämfört med år 2018, då nära 90 procent av arbetsgivarna uppgav att det var brist på yrkeserfarna tandläkare. I Socialstyrelsens undersökning anger hela 18 av 20 svarande regioner att det råder brist på tandläkare i regionen.

[64] SCB. 2019. *Vilka utbildningar ger jobb? Arbetskraftsbarometern 2019.*
[65] Socialstyrelsen. 2020. *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2020.*

Figur 6.30 Arbetsgivare som bedömer att det råder brist på tandläkare och tandhygienister, år 2007–2019

Andel av tillfrågade arbetsgivare



Källa: SCB.

En ökad efterfrågan på yrkeserfarna tandsköterskor

Som nämnts i avsnitt 6.5.3 är även tandsköterskor en yrkeskår i förändring. En stor del av yrkesgruppen har gått, eller ska gå, i pension och en allt större andel är nyligen examinerade. Detta bidrar troligen till att en förhållandevis stor del av arbetsgivarna uppger att det råder en brist på tandsköterskor. I en något äldre undersökning från Socialstyrelsen angav endast en av 19 regioner att det fanns ett överskott av personal inom denna yrkesgrupp.[66] Resultat från SCB:s arbetskraftsbarometer år 2019 bekräftar denna bild, även om arbetsgivarnas bedömning av tillgången på tandsköterskor var något mer positiv än tidigare år.[67] 47 procent av de tillfrågade arbetsgivarna upplevde en bristande tillgång på yrkeserfarna tandsköterskor och 26 procent en brist på nyutexaminerade tandsköterskor.

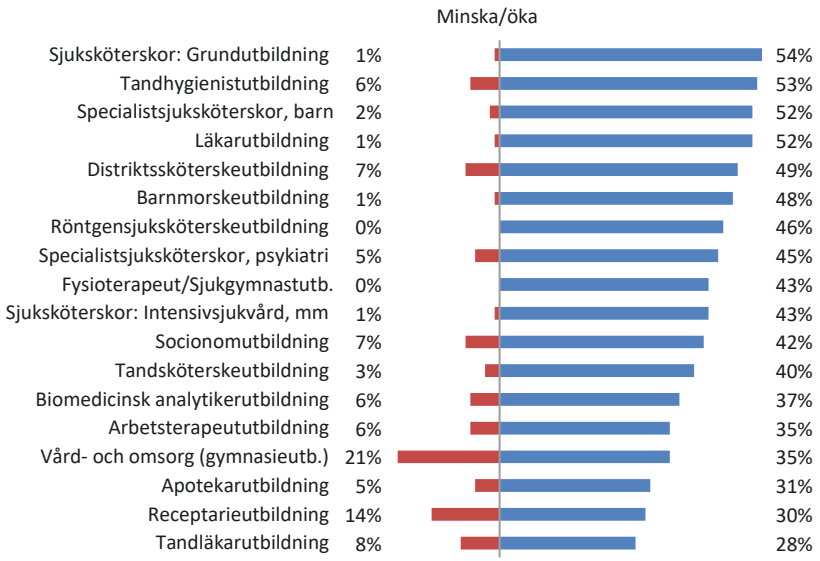
[66] Socialstyrelsen. 2017. *Nationella planeringsstödet 2017 – Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.*
[67] SCB. 2019. *Vilka utbildningar ger jobb? – Arbetskraftsbarometern 2019.*

Arbetsgivarna ser ett ökat behov av tandhygienister de närmaste åren

Av SCB:s arbetskraftsbarometer framgår också att efterfrågan på personal inom hälso- och sjukvården generellt kommer att vara hög de närmaste åren.[68] Inom tandvården specifikt, gör arbetsgivarna bedömningen att det framför allt kommer vara ett stort behov av att rekrytera tandhygienister de kommande åren. I figur 6.31 framgår att hela 53 procent av de tillfrågade arbetsgivarna bedömer att antalet anställda tandhygienister kommer att öka på tre års sikt. Efterfrågan på tandhygienister är därmed den näst högsta av samtliga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Behovet av att rekrytera tandläkare och tandsköterskor de kommande tre åren är emellertid något lägre; 28 respektive 40 procent av arbetsgivarna gör bedömningen att antalet anställda i dessa två yrkesgrupper kommer att öka.

Figur 6.31 Arbetsgivare som på tre års sikt bedömer att antalet anställda kommer att minska eller öka efter typ av utbildning, år 2019

Andel av tillfrågade arbetsgivare



Källa: SCB.

[68] SCB. 2019. *Vilka utbildningar ger jobb? – Arbetskraftsbarometern 2019.*

Tandvårdspersonalen bedöms ha goda arbetsmarknadsutsikter på lång sikt

I en rapport från SCB konstateras att både tandläkare och tandhygienister har mycket goda möjligheter till arbete på såväl kort som lång sikt.[69] Särskilt hög är efterfrågan på specialisttandläkare. Den växande befolkningen, i kombination med att de äldre blir allt fler, medför ett ökat behov av tandvård de närmaste åren. Därutöver är medelåldern i båda yrkesgrupper relativt hög, vilket medför att det finns ett stort behov av att ersätta dem som går i pension. Även bland tandsköterskor väntas pensionsavgångarna bli mycket stora, framför allt de närmaste 10 åren, då mer än en tredjedel av de sysselsatta tandsköterskorna är äldre än 55 år.

Antalet sysselsatta tandläkare i de yngsta åldersgrupperna har ökat de senaste 20 åren, vilket är ett resultat av att såväl antal platser som antal examinerade från tandläkarutbildningarna har blivit fler. Givet att utvecklingen håller i sig framöver, beräknar SCB att antalet examinerade tandläkare kommer att öka till en årlig nivå på omkring 300 personer år 2035.[70] Därtill bedöms nettoeffekten av in- och utvandring bidra med ytterligare 50 tandläkare i snitt per år. De sysselsatta tandhygienisterna väntas framöver vara färre än i dag. Detta beror delvis på höga pensionsavgångar, men även på minskat antal platser och examinerade från tandhygienistutbildningarna. Antalet tandsköterskorna väntas däremot öka fram till år 2035. Sammantaget beräknar SCB att antalet sysselsatta personer inom tandvårdsyrkena ökar med 15 procent mellan år 2015 och år 2035.

6.6 Patienter inom tandvård till barn och unga vuxna

Regionerna ansvarar för att erbjuda avgiftsfri tandvård till alla barn och unga vuxna upp till och med det år de fyller 23 år. Tandvården till barn och unga vuxna omfattar i dag nästan 3 miljoner personer. Jämfört med tre år sedan är detta en ökning med ungefär 460 000 personer, som före reformen om höjd åldersgräns för avgiftsfri tandvård i stället ingick i det statliga tandvårdsstödet.

[69] SCB. 2017. *Trender och Prognoser 2017*.
[70] Ibid.

Folktandvården är den stora aktören på tandvårdsmarknaden för barn och unga vuxna även om det finnas vissa regionala skillnader. I de fall privata vårdgivare tar emot barn och unga vuxna patienter är de ofta en liten andel av den totala patientstocken. År 2019 var 86 procent av alla barn och unga vuxna var listade hos någon av landets folktandvårdsmottagningar, och resterande 14 procent var listade hos en privat vårdgivare. De privata vårdgivarnas andel av tandvårdsmarknaden för barn och unga vuxna har de senaste åren minskat något År 2016 gick 84 procent av alla listade barn till folktandvården och 16 procent till en privat vårdgivare.[71]

6.6.1 Listning sker vanligtvis vid 3 års ålder

Det är i samband med den första undersökningen i tandvården som ett barn vanligtvis blir listat hos en vårdgivare. Därefter kallas barnet med jämna mellanrum, så kallat revisionsintervall, till undersökning där intervallets längd vanligtvis fastställs efter barnets tandvårdsbehov och risk för tandsjukdom.

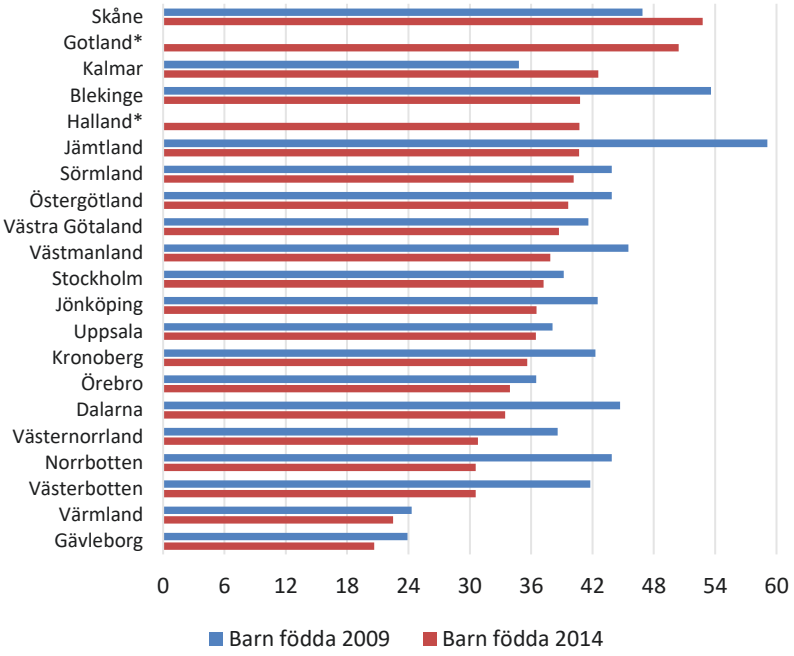
Statistik från SKaPa visar att barn som föddes år 2014 i genomsnitt var 38 månader gamla när de kallades till sin första undersökning hos en tandläkare eller tandhygienist. Därmed utförs numera barnets första undersökning i tandvården i genomsnitt 3 månader tidigare än för 5 år sedan.

Barnets genomsnittliga ålder vid den första undersökningen varierar stort över landet vilket framgår av figur 6.32 nedan. Åldern vid tidpunkten för den första undersökningen för barn födda år 2014 var i genomsnitt högst i Skåne och Gotland (53 respektive 50 månader). I Gävleborg och Värmland var barnen i genomsnitt yngre vid tidpunkten för den första undersökningen (21 respektive 22 månader). Att barn födda år 2014 undersöks vid yngre ålder än barn födda år 2009 är ett mönster som återfinns för samtliga studerade regioner utom Skåne. Tydligast är utvecklingen i glest befolkade län som Jämtland, Norrbotten och Västerbotten.

[71] Mattias Lundbäck, Privattandläkarna. 2017. *Framtidens tandvård för barn och unga.*

Figur 6.32 Ålder vid första undersökningen i tandvården per region

Genomsnittligt antal månader



Källa: SKaPa. Anmärkning: Data för barn födda år 2009 saknas för Region Halland och Region Gotland.

6.6.2 De flesta barn besöker tandvården regelbundet

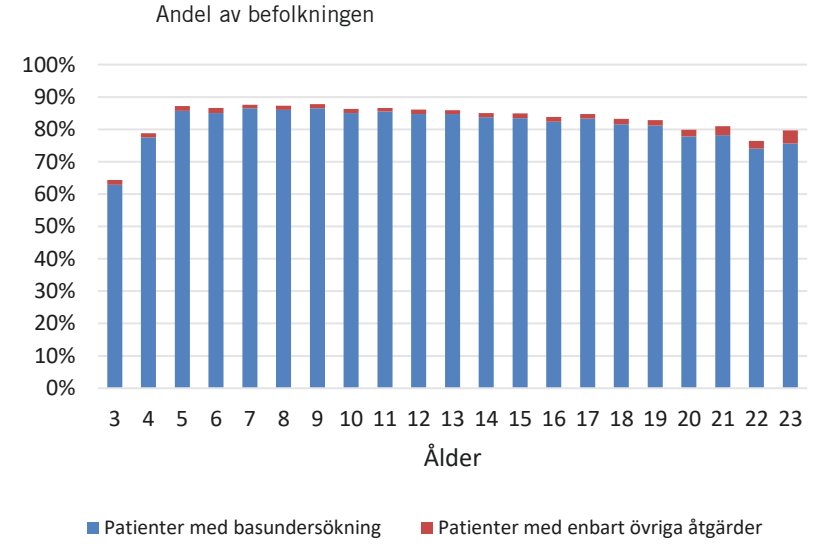
Regelbundna undersökningar med ett visst revisionsintervall är ett naturligt inslag i den svenska tandvårdens arbetssätt. Revisionsintervallets längd varierar beroende på patientens tandhälsa och risk. För barn är revisionernas tidpunkt och intervall viktiga för att följa den generella tand- och bettutvecklingen. Det finns tillfällen i ett barns tandutveckling där behovet att bli undersökt av tandläkare är större, exempelvis vid tiden för den första permanenta tandens eruption och hörntändernas eruption. Regionernas riktlinjer för tandvård till barn och unga vuxna ser olika ut för olika riskgrupper, vilket medför att revisionsintervallens längd varierar över landet.

Såväl SKR som Socialstyrelsen följer på nationell nivå upp besök inom tandvård till barn och unga vuxna ur olika perspektiv. Ungefär två tredjedelar av alla barn och unga vuxna 3–23 år som var listade

hos en vårdgivare besökte tandvården år 2019. Eftersom revisionsintervallen inom tandvård till barn och unga vuxna oftast är längre än ett år, fångar ett treårigt statistikintervall bättre patientgruppens undersökningsfrekvens. För att kunna utläsa hur stor andel barn och unga vuxna som helt saknar tandvårdskontakt krävs data över en längre tidsperiod, något som utredningen inte haft tillgång till. De begränsade möjligheterna att studera utförd tandvård till barn och unga vuxna medför också att det inte är helt lätt att dra slutsatser om hur patientgruppens besöksmönster förändras över tid.

Statistik från SKaPa, se figur 6.33, visar att andelen barn och unga som besöker tandvården under en treårsperiod är högre än för vuxna. 85 procent av befolkningen 3–19 år besökte tandvården minst en gång under perioden 2017–2019.[72] Bland unga vuxna 20–23 år var besöksfrekvensen något lägre, omkring 80 procent. Oavsett ålder, besöker barn och unga vuxna tandvården i högre grad i dag än under perioden 2010–2012. Framför allt har besöksfrekvensen ökat för personer 20–23 år som en följd av förflyttningen från det statliga tandvårdsstödet till den regionsfinansierade tandvården.

Figur 6.33 Besöksfrekvens i tandvården efter ålder, år 2017–2019



Källa: SKaPa.

[72] SKaPa. 2020. *Årsrapport 2019*. Åtgärderna som studeras är 101, 102, 111 och 112.

6.6.3 Regionala skillnader i hur ofta barn besöker tandvården

Att alla barn inte besöker tandvården årligen är en naturlig följd av att patienternas tandvårdsbehov ser olika ut. För ett friskt barn finns inga skäl att besöka tandvården årligen, medan det för barn med tandsjukdom eller risk för tandsjukdom kan vara odontologiskt motiverat att besöka tandvården oftare. Inom varje region finns därför riktlinjer till vårdgivarna, bland annat om vad som är ett lämpligt revisionsintervall för olika grupper av barn. Regionernas vårdriktlinjer ser olika ut till exempel i hur ofta ett barn bli kallat till undersökning, något som i sin tur påverkar den regionala statistiken över besöksfrekvenser.

SKR:s statistik visar på en regional variation i andelen barn och unga vuxna som hade besökt tandvården år 2019. Högst var besöksfrekvensen i Värmland, Västmanland och Västra Götaland på cirka 70 procent. Lägst var andelen besökare, cirka 50 procent, i Stockholm, Jämtland Härjedalen och Uppsala. Resultaten ska dock tolkas med viss försiktighet på grund av stora variationer i uppmätta besöksfrekvenser mellan år.

6.6.4 Besök för personer 20–23 år

Personer 20–23 år har successivt övergått från det statliga tandvårdsstödet till att omfattas av tandvården till barn och unga vuxna. Övergången har inneburit att det att svårare att följa besöksmönstret på nationell nivå, men viss statistik finns att tillgå i SKaPa och statistik för perioden 2009–2016 tillhandahålls fortfarande av Försäkringskassan och Socialstyrelsen. När patientgruppen ingick i det statliga tandvårdsstödet var de årliga besöksfrekvenserna lägst av samtliga åldersgrupper. År 2016 besökte cirka 40 procent tandvården och under treårsperioden 2014–2016 var andelen strax under 70 procent. Främst avsåg besöken en basundersökning, och det var mycket ovanligt att ha tandvårdskostnader som berättigade till ersättning inom högkostnadsskyddet. Aktuell statistik från SKaPa visar att besöksfrekvensen för patientgruppen har ökat sedan tandvården gjordes avgiftsfri. Nästan 80 procent besökte tandvården någon gång under åren 2017–2019, det vill säga cirka 10 procentenheter högre jämfört med tre år tidigare. Främst gällde besöken en revisionsundersökning, vilket är i linje med vad som framgår av den äldre statistiken.

6.7 Patienter inom statligt tandvårdsstöd

År 2019 besökte 4,14 miljoner personer tandvården inom det statliga tandvårdsstödet, vilket motsvarade en andel på 55 procent av befolkningen 24 år och äldre. Sett över tvåårsperioden 2018–2019 var andelen besökare 70 procent. Ofta brukar man i tandvården prata om att patienten har en regelbunden tandvårdskontakt om minst ett besök görs under en treårsperiod. Enligt denna definition hade 77 procent av befolkningen en regelbunden tandvårdskontakt under perioden 2017–2019.

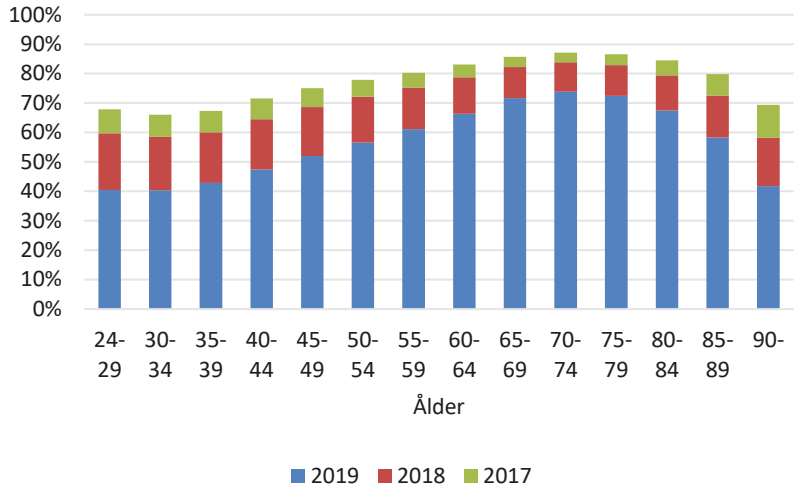
Kvinnor besöker tandvården i högre grad än män. År 2019 var besöksfrekvensen 59 procent för kvinnor och 52 procent för män. Särskilt stor var skillnaden i besöksfrekvens mellan kvinnor och män i förvärvsarbetande åldrar. Efter 65 års ålder avtar skillnaderna successivt, och i åldersgruppen 90 år och äldre var besöksfrekvensen högre för män än för kvinnor.

En jämförelse mellan åldersgrupper, se figur 6.34 nedan, visar att de yngsta och de äldsta patienterna besöker tandvården i lägst utsträckning. 40 procent av befolkningen i åldrarna 24–34 år samt över 90 år besökte tandvården under år 2019 och knappt 70 procent hade en regelbunden tandvårdskontakt. Mellan 35 och 74 års ålder ökar besöksfrekvensen successivt, för att efter 75 års ålder avta. Patienter i åldrarna 70–74 år hade högst besöksfrekvens av samtliga åldersgrupper. Det var nästan 90 procent av patienterna i dessa åldrar som hade en regelbunden tandvårdskontakt. Den låga besöksfrekvensen för unga vuxna har flera förklaringar. Dels är gruppens tandhälsa i regel god, vilket innebär ett lägre behov av tandvård. Dels kan faktorer som stor social rörlighet, med studier och arbete på annan ort, och en lägre inkomst påverka benägenheten att besöka tandvården. Att personer över 75 år besöker tandvården mer sällan förklaras delvis av att vissa äldre tappar sin tandvårdskontakt under den sköra perioden.[73] En annan förklaring är att fler äldre tar del av det regionala särskilda tandvårdsstödet, och dessa besök ingår inte i statistiken som publiceras av Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

[73] Vårdanalys. 2015. *Tandlösa tandvårdsstöd: En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen.*

Figur 6.34 Besöksfrekvens i tandvården efter ålder och tidpunkt för senaste besöket, år 2017–2019

Andel av befolkningen 24 år och äldre



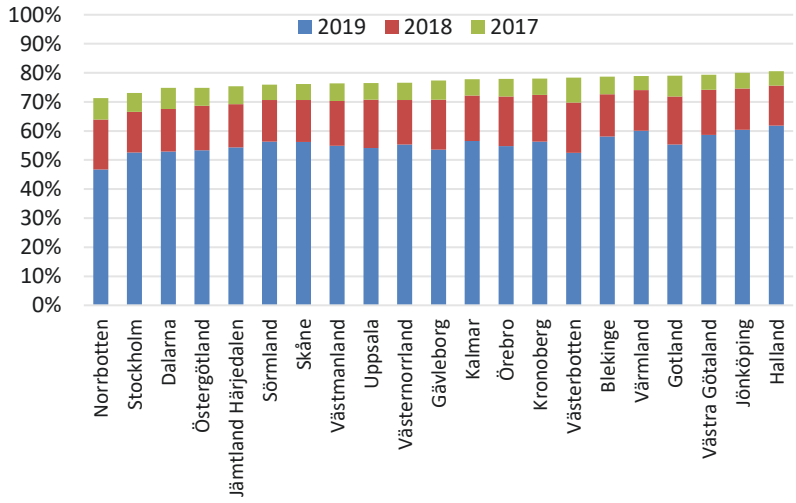
Källa: Socialstyrelsen.

6.7.1 Regionala skillnader i besöksfrekvens

Andelen i befolkningen som har en regelbunden tandvårdskontakt varierar inte speciellt mycket mellan regioner. Detta framgår av figur 6.35 nedan. Under perioden 2017–2019 var besöksfrekvensen högst, cirka 80 procent, i Halland, Jönköping, Gotland och Västra Götaland. Lägst var besöksfrekvensen, 71 respektive 73 procent, i Norrbotten och Stockholm. I rikets norra regioner var besöksfrekvensen generellt lägre än i de södra regionerna under ett år, men under en treårsperiod syns inte samma tydliga mönster. En trolig förklaring är att de norra regionerna kallar patienter med längre revisionsintervall, vilket bland annat påpekades under utredningens verksamhetsbesök år 2019.

Figur 6.35 Besöksfrekvens i tandvården efter region och tidpunkt för senaste besöket, år 2017–2019

Andel av befolkningen 24 år och äldre



Källa: Socialstyrelsen.

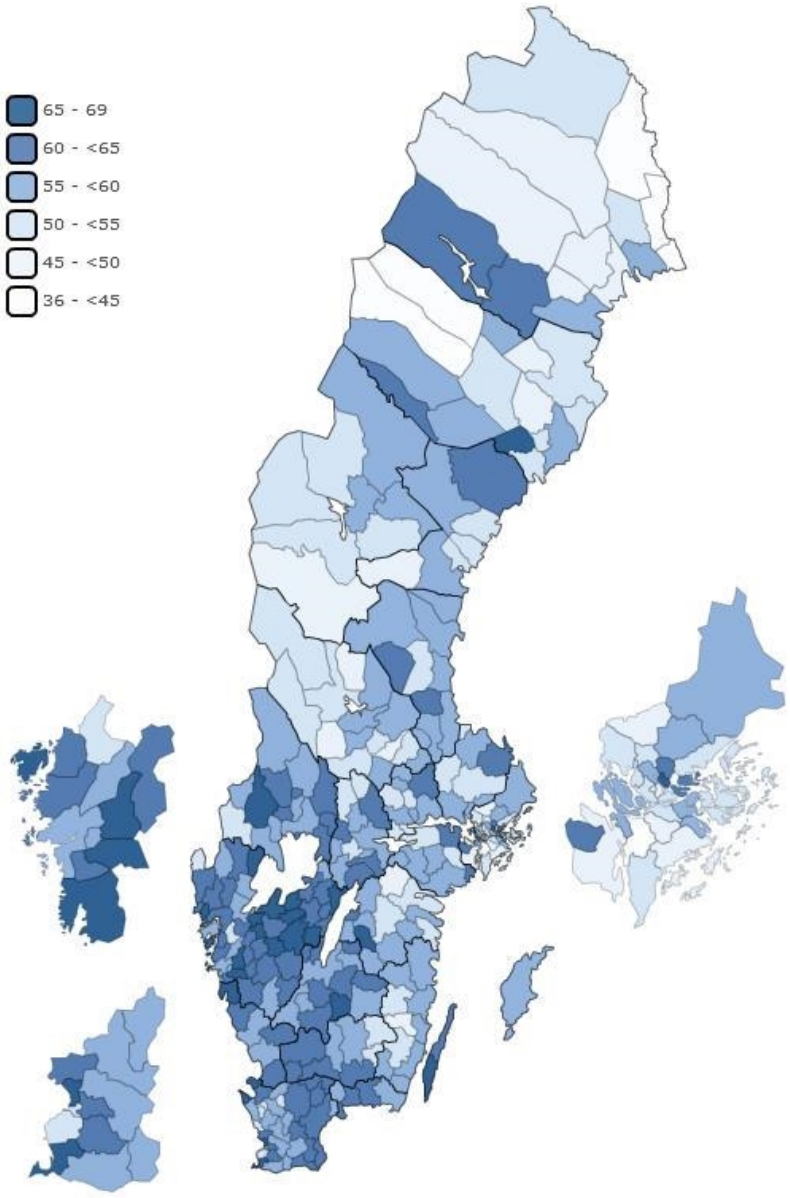
Besöksfrekvensen i tandvården varierar mellan kommuner inom en region vilket framgår tydligt av kartan i figur 6.36 nedan. I kartan representerar en mörkare blå färg kommuner med en hög andel besökare relativt riket år 2018, och ljusare blå färg kommuner med relativt låg andel besökare.[74] I kartan visas även en detaljerad bild över kommunerna i de tre storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne.

Två regioner där besöksfrekvensen varierar stort mellan kommuner är Stockholm och Norrbotten. Endast 43 procent av befolkningen i Botkyrka besökte tandvården år 2018, medan andelen var hela 65 procent i Danderyd. Haparanda hade år 2018 landets lägsta besöksfrekvens, endast 37 procent, medan 62 procent besökte tandvården i Arjeplog. Även om det på många andra håll i landet inte råder samma stora variation i besöksfrekvens, indikerar statistiken att det finns olika bakomliggande faktorer, såväl geografiska och demografiska som socioekonomiska, som påverkar hur ofta en person besöker tandvården.

[74] Den tekniska lösning som utredningen har använt för att skapa kartorna har utgått. Kartan baserat därför på data för år 2018 trots att data för år 2019 finns tillgängliga.

Figur 6.36 Besökare i tandvården per kommun, år 2018

Andel av befolkningen 23 år och äldre



Källa: Socialstyrelsen.

6.7.2 Ekonomi och socioekonomi har betydelse för besöksmönstret

I kapitel 5 visar utredningen att faktorer som inkomst och socioekonomisk status har viss betydelse för skillnader i tandhälsa i befolkningen. Dessa faktorer spelar även en roll för besöksmönstret i tandvården. Försäkringskassan konstaterar i en studie från år 2017 att det statliga tandvårdsstödet nyttjas olika beroende på kön, ålder, inkomst, utbildning, hushållstyp och födelseregion.[75] Därutöver kvarstår de flesta skillnader som påvisas mellan dessa olika befolkningsgrupper även när effekter av andra variabler har rensats bort. Utredningen har baserat på aktuella data gjort en liknande kartläggning över besöksfrekvensen i olika befolkningsgrupper under tvåårsperioden 2018–2019. Resultaten från kartläggningen är i linje med de i Försäkringskassans studie, nämligen att ekonomiska och socioekonomiska faktorer spelar stor roll för i vilket utsträckning man besöker tandvården.

Generellt finns en stark koppling mellan disponibel inkomst och besöksmönster i tandvården. Ju högre inkomst en patient har, desto högre är besöksfrekvensen. Detta förhållande gäller för såväl kvinnor som för män, men i samtliga inkomstgrupper är besöksfrekvensen högre för kvinnor. 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.[76] Att yngre patienter i genomsnitt har lägre inkomst och besöksfrekvens har en viss påverkan resultaten men förhållandet mellan inkomstgrupperna kvarstår alltjämt när besöksfrekvenserna justeras för ålder.

Personer med utländsk bakgrund besökte tandvården i lägre utsträckning än de med svensk bakgrund.[77] Sett över tvåårsperioden 2018–2019 var andelen besökare 53 procent i den förstnämnda gruppen jämfört med 75 procent i den senare. Framför allt var besöksfrekvensen låg för personer födda utanför EU/EES. Skillnaderna i besöksfrekvens var även stora mellan lågutbildade och högutbildade

[75] Försäkringskassan. 2017. *Korta analyser 2017:5*.
[76] Inkomstgrupperna är fördelade efter vilken kvintil individen tillhör. Detta innebär att befolkningen fördelas efter inkomst i totalt 5 grupper, där de 20 procent med lägst inkomst tillhör den första kvintilen, nästa grupp om 20 procent tillhör den andra kvintilen, osv.
[77] Personer som är utrikes födda eller som är inrikes födda med två utrikes födda föräldrar har utländsk bakgrund. Variabeln används i detta fall eftersom ingen information om patientens födelseland fanns att tillgå.

patienter. Högst besöksfrekvens, 77 procent, hade patienter med minst en 3-årig eftergymnasial utbildning medan patienter med en förgymnasial utbildning hade lägst besöksfrekvens, 63 procent. Patienter med en lägre anknytning till arbetsmarknaden besöker tandvården i lägre omfattning än de som huvudsakligen lever av arbetsinkomster. Sedan år 2018 har 73 procent av patienterna med sysselsättning besökt tandvården. För patienter med arbetsmarknadsstöd eller sjukpenning var motsvarande andel omkring 60 procent och för patienter med sjuk- eller aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd endast omkring 50 procent.

Ett genomgående mönster i utredningens kartläggning är att ju svagare ställningen på arbetsmarknaden är, desto större är skillnaden i besöksfrekvens mellan könen. Exempelvis besökte 36 procent av männen med långvarig sjukdom tandvården mellan åren 2018 och 2019 jämfört med 53 procent av kvinnorna i samma situation.

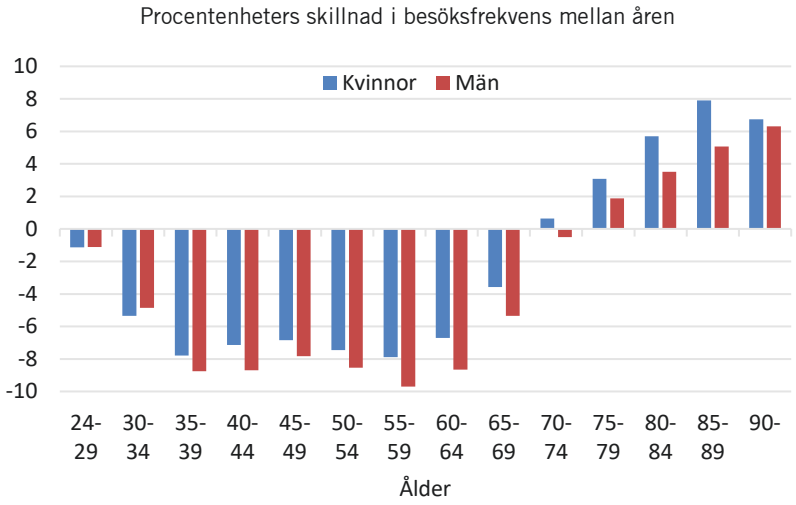
6.7.3 Generell trend mot lägre besöksfrekvens i tandvården

De senaste 10 åren har utvecklingen tydligt gått mot att en allt lägre andel av befolkningen besöker tandvården. År 2011 var besöksfrekvensen i befolkningen 60 procent. Därmed har andelen årliga besökare i tandvården sjunkit med 5 procentenheter fram till den mest aktuella mätningen. Framför allt beror utvecklingen på att allt färre personer i åldrarna 30–65 år besöker tandvården under ett år. I vissa åldersgrupper är besöksfrekvensen nästan 10 procentenheter lägre i dag än för 10 år sedan. De yngsta patienterna under 30 år besöker å andra sidan tandvården i ungefär samma utsträckning som tidigare. Ett annat undantag från den generella trenden är att en högre andel personer som är 75 år och äldre besöker tandvården i dag än för 10 år sedan, sannolikt som en följd av fler kvarvarande tänder.

Såväl män som kvinnor besöker tandvården i lägre utsträckning i dag än för 10 år sedan, se figur 6.37 nedan, men den nedåtgående trenden drivs framför allt av en lägre besöksfrekvens bland män. Skillnaderna i besöksfrekvens mellan könen har också ökat över tid. Andelen årliga besökare har de senaste 10 åren minskat mest bland män i åldrarna 55–64 år. Den ökande besöksfrekvensen för de äldre i befolkningen beror till största delen på fler besök för kvinnor mellan 75 och 89 år.

Den övergripande trenden med sjunkande besöksfrekvenser i tandvården återfinns i hela landet, men förändringstakten skiljer sig mellan länen. Storstadsregionerna Västra Götaland, Stockholm och Skåne sticker ut i detta avseende. I dessa regioner har andelen i befolkningen med en regelbunden tandvårdskontakt bara minskat med omkring en procentenhet under perioden 2011–2019. I Östergötland, Norrbotten, Gotland och Dalarna minskade andelen regelbundna besökare under perioden med cirka 5 procentenheter.

Figur 6.37 Förändring i besöksfrekvens från 2011 till 2019, efter kön och ålder



Källa: Socialstyrelsen.

6.7.4 En patient besöker tandvården i snitt två gånger per år

Totalt gjordes 9,3 miljoner besök inom det statliga tandvårdsstödet år 2019.[78] Detta innebär att patienterna i genomsnitt besökte tandvården 2,2 gånger under året. I de flesta fall gällde besöket en basundersökning. Som framgår av figur 6.38 nedan besökte majoriteten av patienterna, 69 procent, tandvården en eller två gånger under året. 21 procent av patienterna gjorde 3 eller 4 besök medan resterande

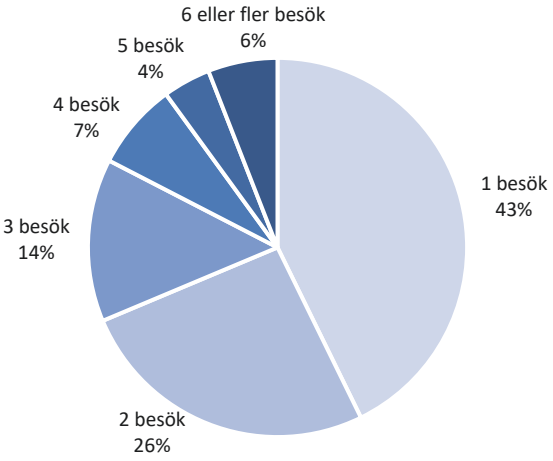
[78] Ett tandvårdsbesök definieras här som att ersättningsberättigande åtgärder har utförts på en patient under samma dag, oavsett om vårdgivaren har registrerats detta som mer än ett ärende till Försäkringskassan.

10 procent gjorde 5 eller fler besök. Resultaten indikerar därmed på en stor spridning i antalet besök och tandvårdsbehov hos patienterna i det statliga tandvårdsstödet.

Det finns inga könsskillnader sett till hur många tandvårdsbesök som i genomsnitt görs under ett år. Däremot har patientens ålder en stor betydelse för antalet tandvårdsbesök. Personer under 40 år besöker tandvården i relativt låg utsträckning. Med stigande ålder ökar antalet besök vilket reflekterar den mer komplexa vårdsituation man har som äldre patient. Vid 85 års ålder avtar sedan antalet besök per patient kraftigt. Som tidigare har nämnts, är försämrade möjligheter att fysiskt kunna ta sig till en klinik och ett högre nyttjande av särskilt tandvårdsstöd förklaringar till detta.

Figur 6.38 Antal besök per patient i tandvården, år 2019

Andel av patienter med statligt tandvårdsstöd



Källa: Försäkringskassan.

Det totala antalet besök i det statliga tandvårdsstödet minskar

Sedan år 2009 har antalet tandvårdsbesök minskat, vilket dels kan förklaras av att det statliga tandvårdsstödet inte längre omfattar patienter mellan 20 och 23 år, dels av en lägre besöksfrekvens i befolkningen. De som besöker tandvården gör dock detta i samma utsträckning som tidigare. Antalet besök i genomsnitt per patient har konstant varit cirka 2,3 besök per år under perioden 2009–2019. De

yngsta och äldsta patienterna i det statliga tandvårdsstödet gör i dag något fler tandvårdsbesök i genomsnitt än för 10 år sedan, medan personer mellan 45 och 69 år gör något färre tandvårdsbesök.

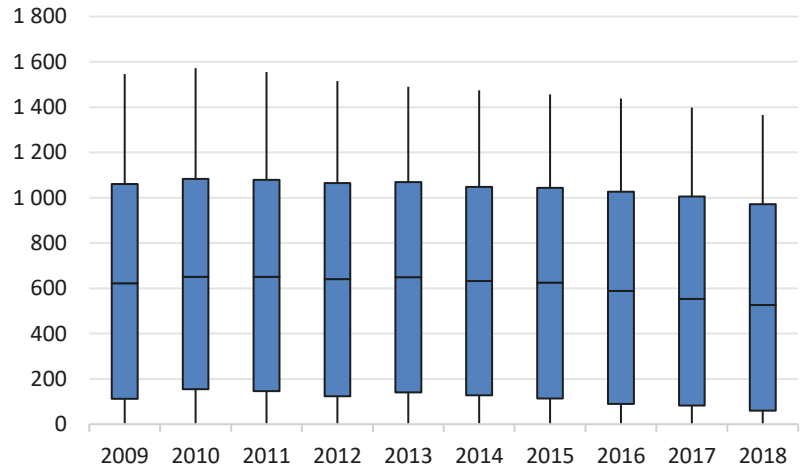
60 procent av alla besök gjordes hos en privat vårdgivare år 2019, vilket var en något högre andel jämfört med åren 2017 och 2018. De privata vårdgivarnas patienter gjorde i genomsnitt något fler besök (2,3 besök) jämfört folktandvårdens patienter (2,1 besök).

En behandlare tar i snitt emot färre besök än för 10 år sedan

Som beskrivits tidigare har antalet vårdgivare på tandvårds marknaden minskat de senaste åren. Samtidigt har antalet behandlare ökat, vilket resulterat i att det i dag arbetar fler behandlare igenomsnitt per vårdgivare än för några år sedan. Utredningens kartläggning av tandvårdsbesöken visar att behandlare tog emot färre patientbesök år 2018 jämfört med år 2009. Detta gäller såväl de behandlare som tar emot högst respektive minst antal besök under ett år vilket kan ses i figur 6.39. Resultaten indikerar en minskad produktivitet hos landets behandlare totalt sett, eftersom det krävs fler behandlare än tidigare för att ta emot ett visst antal patientbesök.

Figur 6.39 Antal besök per behandlare i tandvården, år 2009–2018

Behandlare vid percentiler 10, 25, 50, 75 och 90



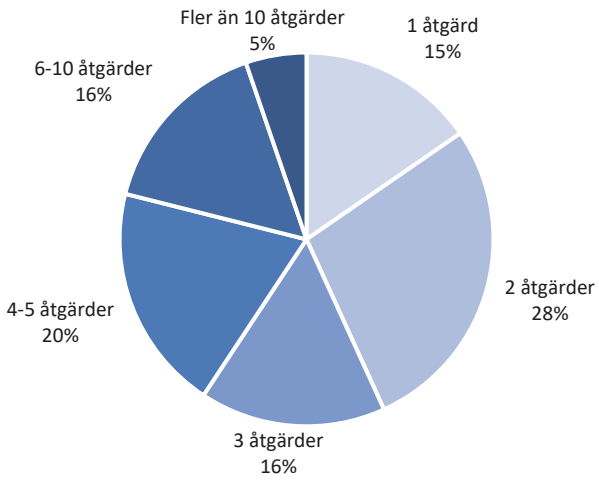
Källa: Försäkringskassan.

6.7.5 Vilka åtgärder utförs?

Baserat på data från Försäkringskassan har utredningen kartlagt de åtgärder som utförs inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Som nämnts tidigare gör en patient i genomsnitt två besök per år inom det statliga tandvårdsstödet. Under ett besök utförs i snitt cirka två åtgärder, vilket innebär att det i genomsnitt utförs ungefär fyra åtgärder på en patient under ett år. Denna nivå har varit relativt stabil sedan år 2009, men det kan skilja sig stort mellan patienter sett till hur många åtgärder som utförs under ett år. Majoriteten av patienterna besöker tandvården för en basundersökning och får då en åtgärd (samt eventuellt någon kompletterande åtgärd) utförd. I andra delen av spektrumet återfinns bland annat patienter med stort behov av reparativ och protetisk tandvård eller med svårigheter att sköta sin dagliga munhygien, vilket kräver mer omfattande tandvård. År 2018 fick 60 procent av patienterna upp till 3 åtgärder under sina besök, 20 procent fick 4 eller 5 åtgärder, 16 procent fick mellan 6 och 10 åtgärder medan resterande 5 procent fick 10 åtgärder eller fler under året. Se figur 6.40.

Figur 6.40 Antal åtgärder för patienter med statligt tandvårdsstöd, år 2018

Andel av samtliga patienter



Källa: Försäkringskassan.

Privata vårdgivare utför i genomsnitt fler åtgärder per patient och år (4,4 stycken) jämfört med offentliga vårdgivare (3,6 stycken). Skillnaden är observerbar under hela perioden 2009–2019 men har ökat något de senaste åren som en följd av att folktandvården totalt sett utför färre åtgärder på sina patienter.

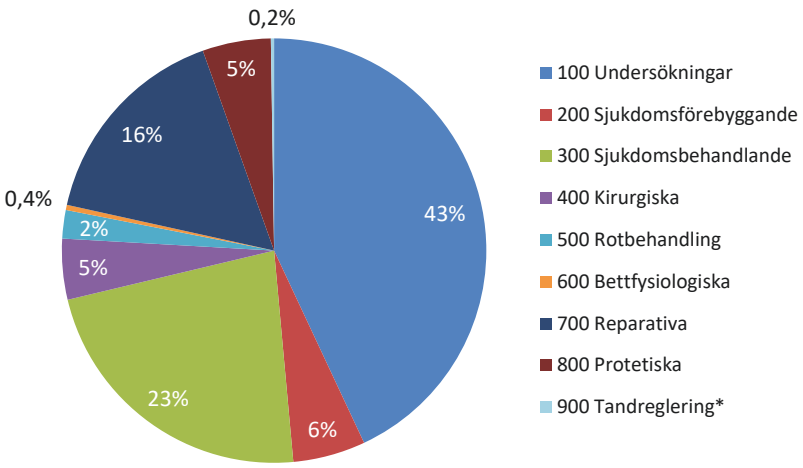
Som patient är det vanligast att få en undersökning, riskbedömning eller hälsofrämjande åtgärd (100-serien) när man besöker tandvården, se figur 6.41 nedan. Sammanlagt genomfördes nästan 7,2 miljoner åtgärder, motsvarade 43 procent av samtliga åtgärder, inom denna serie år 2019. De enskilt vanligaste åtgärderna är basundersökningar utförda av tandläkare respektive tandhygienist. Socialstyrelsens statistik visar att ungefär 75 procent av tandvårdens patienter gick på minst en basundersökning under år 2019.[79] Under treårsperioden 2017–2019 var andelen hela 90 procent. Trots att besöksfrekvensen i tandvården har sjunkit de senaste 10 åren, har andelen patienter som går på en basundersökning varit på i stort sett samma nivå.

Den näst vanligaste åtgärdsserien, efter undersökningar, var sjukdomsbehandlande åtgärder (300-serien) med 23 procent av alla utförda åtgärder år 2019. Det var även vanligt att som patient få en reparativ åtgärd (700-serien), 16 procent av samtliga utförda åtgärder tillhörde denna kategori. Bettfysiologiska åtgärder (600-serien) samt tandreglerings- och utbyteså tgärderna (900-serien) var de som utfördes mest sällan. Tillsammans stod dessa grupper för endast 0,6 procent av alla de åtgärder som utfördes år 2019 (cirka 66 000 bettfysiologiska åtgärder, 1 100 tandregleringsåtgärder och 40 000 utbyteså tgärder).[80] Resterande åtgärdsserier (200-, 400-, och 500- och 800-serierna) stod därmed för återstående 18 procent av de utförda åtgärderna.

[79] I Socialstyrelsens statistik omfattar begreppet basundersökning åtgärderna 101, 102, 111 och 112.
[80] Åtgärd 900–908 är tandregleringsåtgärder och åtgärd 921–941 är utbyteså tgärder.

Figur 6.41 Utförda åtgärder i det statliga tandvårdsstödet per åtgärdsserie, år 2019

Andel av samtliga åtgärder



Källa: Försäkringskassan. Anmärkning: 900-serien omfattar tandreglerings- och utbytesåtgärder.

Under år 2019 utfördes sammantaget något fler åtgärder på kvinnor än på män. I genomsnitt per patient utfördes dock fler åtgärder på män eftersom fler kvinnor än män besökte tandvården under året. Kvinnor gick oftare än män på en undersökning, medan det var vanligare bland män att få en reparativ åtgärd. I övrigt fanns inga större könsskillnader sett till vilka åtgärder som konsumerades. Sett över landet konsumerades flest åtgärder per person i Skåne och Stockholm. I dessa regioner utfördes i genomsnitt drygt 4,5 åtgärder per person och år, att jämföra med 3,7 åtgärder per person och år i Örebro, Östergötland och Västerbotten som låg lägst i jämförelsen.

6.7.6 Relationen mellan basundersökning och efterföljande behandling

Utredningen har tillsammans med TLV genomfört en studie av besöksmönster i tandvården med fokus på basundersökningar utförda av tandläkare eller tandhygienist. Studien har haft till syfte att pröva om det skiljer det sig mellan regioner, åldersgrupper samt privata och offentliga vårdgivare i vilken utsträckning patienterna

endast går på en basundersökning eller om en efterföljande behandling har utförts. Dataunderlaget för studien är patienter i det statliga tandvårdsstödet som under sin ersättningsperiod fick en basundersökning utförd av en tandläkare eller tandhygienist.[81] I samband med basundersökningen kan patienten även ha fått andra åtgärder utförda i mindre omfattning, men patienter som under perioden endast fick andra behandlingar än en basundersökning är exkluderade.[82] Perioden som studeras är 2009–2018.

I studien av patienternas besöksmönster i tandvården görs genomgående jämförelser mellan privata vårdgivare och folktandvården. Dessutom studeras specifikt hur besöksmönstret ser ut för patienter med abonnemangstandvård. Folktandvården är i princip den enda vårdgivaren som i dag erbjuder en abonnemangsmodell för tandvård, även om ett fåtal privata vårdgivare erbjuder sina patienter ett liknande koncept. Det är i dag ungefär 45 procent av folktandvårdens patienter som har abonnemangstandvård. En mer utförlig beskrivning av abonnemangstandvården återfinns i avsnitt 6.8.

Folktandvårdens andel av utförda basundersökningar ökar

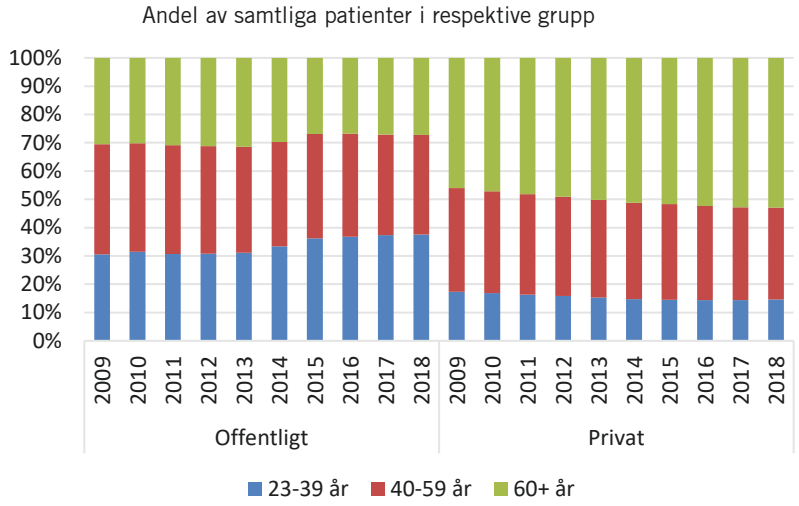
Av samtliga basundersökningar som utfördes på patienter 23 år och äldre år 2018, utfördes 37 procent av folktandvården och 63 procent av en privat vårdgivare.[83] Det innebär att folktandvårdens andel av de basundersökningar som utförs har ökat under de senaste åren. År 2009 utfördes 29 procent av alla basundersökningar av folktandvården och 71 procent av en privat vårdgivare.

Mellan åren 2009 och 2018 har det skett en förskjutning mellan folktandvården och de privata vårdgivarna sett till vilka patienter som undersöks under ett år. Se figur 6.42 nedan. Både folktandvården och privata vårdgivare undersökte patienter i åldern 40 till 59 år i lägre utsträckning år 2018 jämfört med år 2009. En allt större andel av patienterna som undersöktes av folktandvården var i åldrarna 23–39 år, medan andelen patienter 40 år och äldre minskade. För privata vårdgivare var trenden över tid den motsatta där en större andel av

[81] En ersättningsperiod är som längst 12 månader och är inte knuten till kalenderår, utan påbörjas i samband med den första behandlingen. Statistiken är grupperad efter det år då en ersättningsperiod startades. Till exempel inkluderar statistiken för år 2018 alla patienter som under detta år påbörjade sin ersättningsperiod.
[82] Åtgärd 101 eller 111 eller 112 samt eventuellt en av följande tilläggande åtgärder vid samma besök: 121, 122, 124, 201, 205, 206, 207, 208, 311, 312, 321, 341.
[83] Basundersökning utförd av tandläkare (åtgärd 101) samt tandhygienist (åtgärd 111 och 112).

de undersökta patienterna var 60 år och äldre år 2018 jämfört med 10 år tidigare. Sammantaget bekräftar resultaten bilden av att de yngre patienterna mer än tidigare får sin tandvård utförd av folktandvården medan allt fler äldre patienter går till en privat vårdgivare.

Figur 6.42 Åldersfördelning för undersökta patienter efter vårdgivartyp, år 2009–2018



Källa: TLV.

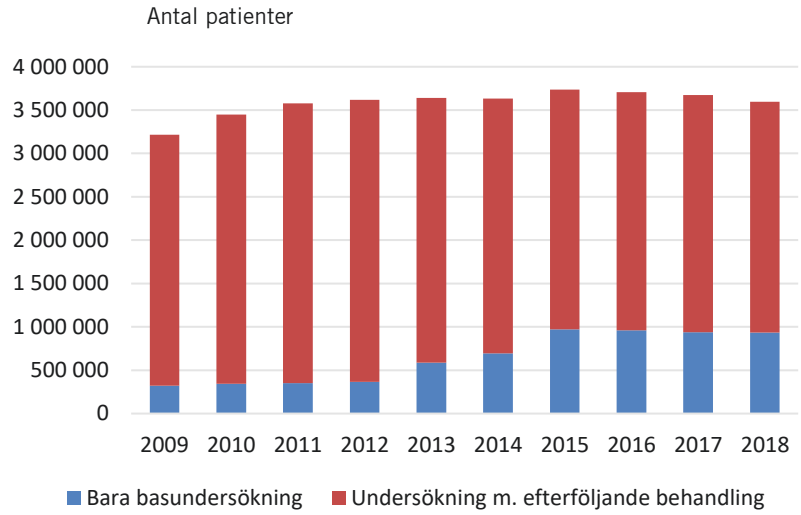
Vanligare att enbart besöka tandvården för en basundersökning

År 2018 påbörjade drygt 3,6 miljoner patienter i åldrarna 23 år och äldre en ny ersättningsperiod.[84] Drygt 0,9 miljoner av dessa patienter gick på en basundersökning utan att en efterföljande behandling utfördes vid ett senare tillfälle under ersättningsperioden. Övriga 2,7 miljoner patienter gjorde minst ett ytterligare besök under ersättningsperioden där en efterföljande behandling utfördes.

Som framgår av figur 6.43 nedan, har det blivit allt vanligare de senaste 10 åren att patienter inte får en efterföljande behandling efter en basundersökning. Drygt en fjärdedel av de patienter som startade en ersättningsperiod under år 2018 återkom inte till tandvården för ytterligare besök och behandling. Motsvarande siffra för år 2009 var en tiondel.

[84] 25 år och äldre i Västra Götalandsregionen.

Figur 6.43 Undersökta patienter med och utan efterföljande behandling år 2009–2018



Källa: TLV:s beräkningar.

Endast hälften av de unga patienterna med abonnemangstandvård behöver en efterföljande behandling

Det är framför allt vanligt inom abonnemangstandvården att som patient bara gå på basundersökningar. År 2018 var det 39 procent av de undersökta patienterna med abonnemangstandvård som inte behövde någon efterföljande behandling. Bland folktandvårdens övriga patienter var andelen 20 procent och bland de privata vårdgivarnas patienter 25 procent. Då statistiken delas upp på åldersgrupper, framgår att nästan hälften av patienterna mellan 23 och 39 år med abonnemangstandvård (48 procent) besökte tandvården för enbart en basundersökning år 2018. Bland de privata vårdgivarnas patienter i samma åldrar var andelen 37 procent och bland folktandvårdens patienter utan abonnemangsavtal 29 procent. Även i åldersgruppen 40–59 år var det vanligast för abonnemangspatienter att endast besöka tandvården för enbart en basundersökning. I den äldsta åldersgruppen var det i stället de privata vårdgivarnas patienter som i störst utsträckning gick på en basundersökning utan efterföljande behandling, 18 procent. Bland patienter med abonnemangstandvård i samma

åldrar var andelen 13 procent och bland folktandvårdens patienter utan abonnemang 10 procent.

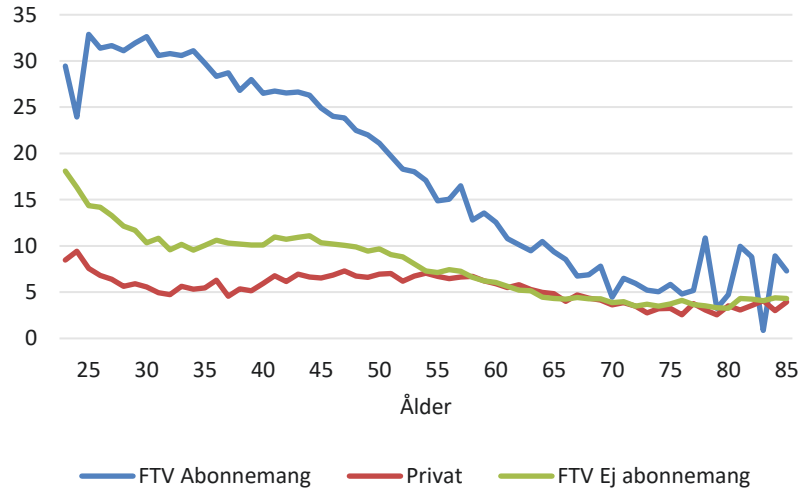
Vanligare bland abonnemangspatienter att endast gå på en basundersökning

Trenden med att allt fler enbart besöker tandvården för en basundersökning är särskilt framträdande bland yngre patienter mellan 23 och 39 år. 38 procent av patienterna i dessa åldrar som undersöktes år 2018 gick inte på en efterföljande behandling. Motsvarande andel var år 2009 klart lägre – 15 procent. Även de äldre patienterna hade dock ändrat sitt besöksmönster under den studerade 10-årsperioden och fick i klart lägre utsträckning en efterföljande behandling utförd efter sin undersökning.

Figur 6.44 nedan visar hur besöksmönstret i tandvården har utvecklats från år 2013 till år 2018 uppdelat på om man som patient, med eller utan abonnemangsavtal, går till folktandvården eller till en privat vårdgivare. Under perioden har tandvården som helhet genomgått en förändring mot att fler patienter går på enbart en basundersökning medan allt färre har ytterligare besök för behandling efter sin basundersökning. I gruppen abonnemangspatienter har besöksmönstret förändrats mest, och framför allt är det unga patienter med avtal som i lägre utsträckning än för 5 år sedan inte har en efterföljande behandling efter basundersökningen. Förändringen kan delvis förklaras av åldersstrukturen bland abonnemangspatienter samt en generellt förbättrad tandhälsa hos den svenska befolkningen under 2010-talet. Dock finns sannolikt även andra faktorer som ligger bakom den förhållandevis snabba och kraftiga utvecklingen.

Figur 6.44 Patienter med basundersökning utan efterföljande behandling efter ålder och vårdgivartyp

Förändring i procentenheter, år 2018 jämfört med år 2013



Källa: TLV:s beräkningar.

6.7.7 Vilka blir undersökta mer än statistiskt förväntat?

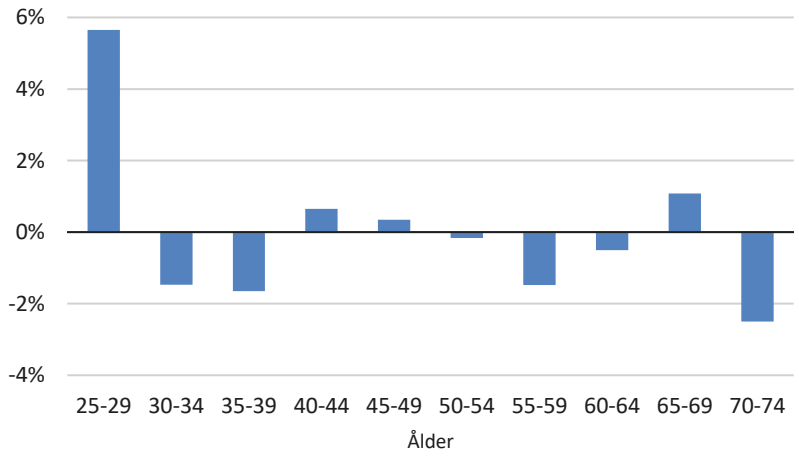
Som visades tidigare i detta kapitel har patientens ålder viss betydelse för hur ofta man besöker tandvården. Som ung vuxen har man i regel god tandhälsa och gör färre besök i tandvården. Som äldre är situationen den omvända. Med ökad ålder ökar besöksfrekvensen stadigt upp till 75–79 år, vilket är åldersgruppen som i störst utsträckning besöker tandvården. Efter denna ålder blir besöken i tandvården färre, ofta i takt med en ökad skörhet och ett ökat allmänt vård- och omsorgsbehov. Vad som är viktigt att poängtera är dock att besöksfrekvensen inte i sig visar om personer i olika åldersgrupper besöker tandvården mer eller mindre än vad som är nödvändigt och motiverat, givet deras tandhälsa.[85] Utredningen har därför i samarbete med TLV gjort studier av besöksfrekvenser justerade för skillnader i tandhälsa och ålder. På så sätt går det att studera vilka grupper i befolkningen som besöker tandvården oftare än vad som är förväntat rent statistiskt.

[85] Studien bygger på tandhälsomåtten kvarvarande och intakta tänder.

Figur 6.45 visar den procentuella avvikelsen mot befolkningens genomsnittliga antal undersökningsminuter för olika åldersgrupper, justerat för skillnader i tandhälsa.[86] Personer 25–29 år avviker kraftigt från det genomsnittliga antalet undersökningsminuter med ett värde på cirka 6 procent. Detta resultat kan tolkas som att personer i dessa åldrar i genomsnitt fått fler undersökningar än vad som var statistiskt förväntat givet deras tandhälsa.[87] Bland övriga åldersgrupper kan noteras att personer 70–74 år i genomsnitt har drygt 2 procent färre undersökningsminuter än vad som var förväntat givet deras tandhälsa, och att det även för personer mellan 30–39 år och 55–59 år finns liknande tendenser.

Figur 6.45 Vilka undersöks mer än förväntat? Fördelat efter ålder, år 2017

Procentuell avvikelse mot genomsnittligt antal undersökningsminuter i befolkningen, justerat för skillnader i tandhälsa



Källa: TLV:s beräkningar.

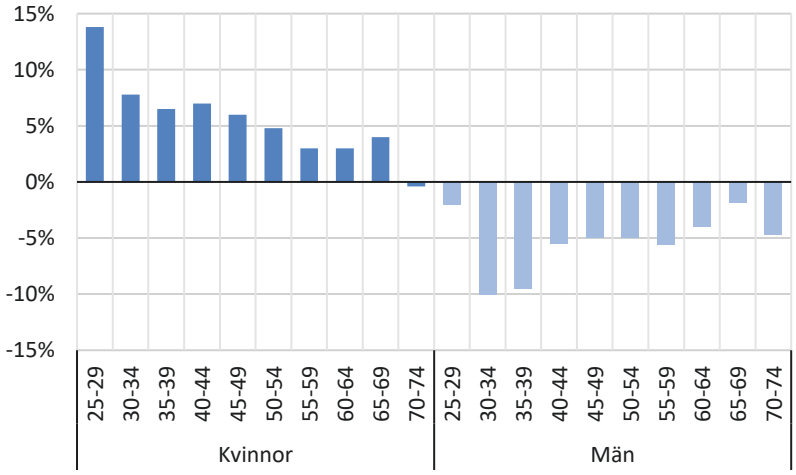
Statistiken över besök i tandvården visar genomgående att fler kvinnor än män besöker tandvården. Detta mönster är tydligt och gäller oavsett ålder. Därutöver har skillnaderna ökat över tid – den minskning som kan ses i besöksfrekvenserna i tandvården de senaste 10 åren

[86] Eftersom beräkningen mäter den procentuella avvikelsen mot befolkningen, summerar samtliga avvikelser till 0.
[87] Fler undersökningsminuter kan i praktiken innebära längre eller fler undersökningar, varav den senare förklaringen får anses vara mer trolig.

kan nästan uteslutande härledas till färre besök bland män. Att kvinnor besöker tandvården oftare än män behöver i sig inte vara ett problem om det är så att kvinnor i regel har ett större tandvårdsbehov. Emellertid finns en tydlig tendens till att unga kvinnor går på basundersökningar oftare än vad som var förväntat givet deras tandhälsa.[88] Figur 6.46 visar att detta mönster framför allt är tydligt för den yngsta åldersgruppen i jämförelsen, personer 25–29 år. Den avvikelse som presenterades i figur 6.45 ovan kan helt och hållet härledas till unga kvinnor. Detsamma gäller de negativa avvikelserna som syntes bland annat för personer 70–74 år samt 30–39 år. Inom dessa grupper väljer män att inte undersöka sig i den utsträckning som är förväntat statistiskt givet deras tandhälsa, medan det omvända förhållandet gäller för kvinnor i samma åldrar.

Figur 6.46 Vilka undersöks mer än förväntat? Fördelat efter ålder och kön, år 2017

Procentuell avvikelse mot genomsnittligt antal undersökningsminuter i befolkningen, justerat för skillnader i tandhälsa



Källa: TLV:s beräkningar.

Sammantaget kan således konstateras att kön är en bidragande faktor till att gå på en basundersökning. Kvinnor går på basundersökningar i högre utsträckning än vad som var förväntat givet deras tandhälsa

[88] Justerat för tandhälsomåtten kvarvarande och intakta tänder.

och detta mönster återkommer i nästan alla studerade åldersgrupper. För män var tillståndet det motsatta. Ålder har viss betydelse, och framför allt i sammanhanget att unga kvinnor går på en basundersökning i klart högre utsträckning än vad som var förväntat givet deras tandhälsa.

6.7.8 De som endast besöker tandvården vid akuta besvär

Utredningens kartläggning av Socialstyrelsens statistik över besök i det statliga tandvårdsstödet visar att majoriteten av den vuxna befolkningen har en regelbunden kontakt med tandvården. De senaste åren har dock besöksfrekvensen stadigt minskat och ungefär en fjärdedel av befolkningen hade inte besökt tandvården under treårsperioden 2017–2019. Tidigare studier av besöksmönster i det statliga tandvårdsstödet har visat att det finns en grupp personer vars tandvårdskontakt endast utgörs av besök vid akuta besvär.[89] Det kan finnas flera förklaringar till att man som patient inte har en har en regelbunden tandvårdskontakt. Oro för höga kostnader och rädsla för själva behandlingen är några förklaringar. Att man som patient inte upplever att det finns ett behov är en annan. Från tandvårdens perspektiv är en konsekvens av utebliven förebyggande vård att behandlaren inte har samma möjlighet att i ett tidigt skede diagnostisera eventuella sjukdomar eller skador i munhålan, något som riskerar att leda till omfattande och kostsam behandling för patienten i ett senare skede.

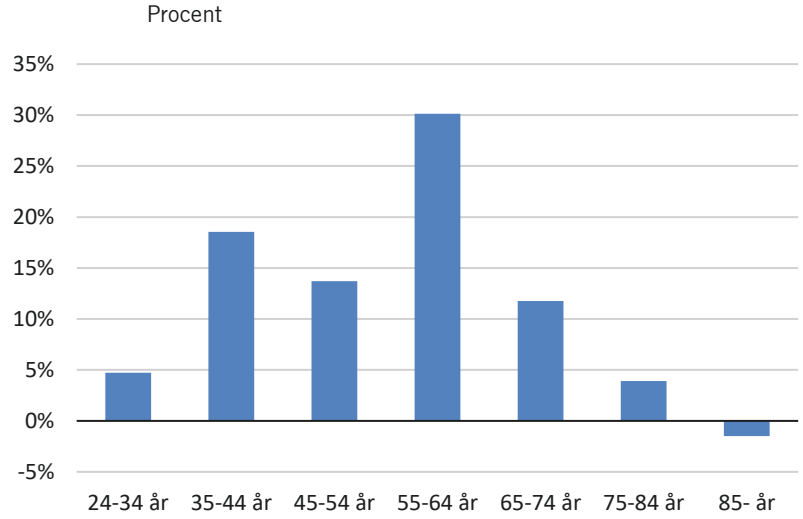
De akuta tandvårdsbesöken blir fler

Utredningen kan konstatera att det under de senaste 10 åren pågått en svag men stadig utveckling mot att fler patienter väljer att endast besöka tandvården vid akuta besvär. Mellan åren 2017 och 2019 var det totalt sett 7,2 procent av befolkningen i åldern 24 år och äldre som endast hade gjort ett akut besök i tandvården. Detta kan jämföras med en andel på 6,3 procent av befolkningen mellan åren 2009–2011. Andelen akuta besökare har ökat i samma utsträckning för män och kvinnor, men utvecklingen skiljer sig något mellan ålders-

[89] Försäkringskassan. 2012. *När tänderna får vänta* samt Riksrevisionen. 2012. *Tandvårdsreformen 2008 – når den alla?*

grupper. Det är främst personer i förvärvsarbetande ålder som gör fler akuta besök i tandvården i dag än för några sedan. Exempelvis har andelen akuta besökare i åldrarna 55–64 år ökat med drygt 30 procent sedan år 2011, se figur 6.47. Det är bara personer äldre än 85 år som i lägre utsträckning än tidigare besöker tandvården vid akuta besvär.

Figur 6.47 Förändring av andel personer som under en treårsperiod endast besöker tandvården akut 2011–2019, efter ålder



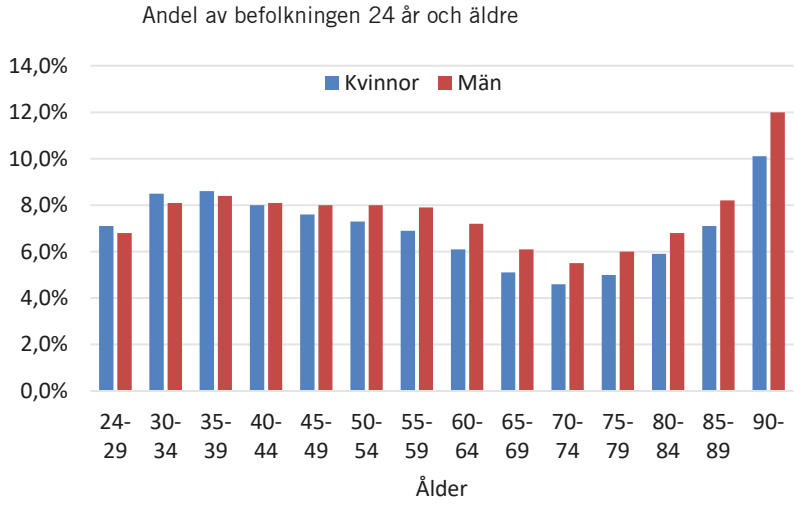
Källa: Socialstyrelsen.

Vanligare bland män att endast besöka tandvården akut

Män skiljer ut sig genom att vara mer frekventa besökare i den akuta tandvården än kvinnor – ett omvänt förhållande jämfört med övriga typer av tandvårdsbesök. Hur benägen man är att besöka tandvården för akuta besvär varierar även stort beroende på patientens ålder, se figur 6.48 nedan. Särskilt vanligt är det för patienter i åldrarna 30–54 år samt över 85 år. I dessa två åldersgrupper var det drygt 8 procent av befolkningen som enbart besökte tandvården vid akuta besvär under perioden 2017–2019. Det är endast bland personer under 40 år som det under den studerade perioden var vanligare bland kvinnor än bland män att endast besöka tandvården akut. Störst är skillnaden mellan könen bland de äldsta patienterna. Under perioden

2017–2019 var det 12 procent av alla män över 90 år som endast besökte tandvården akut, jämfört med 10 procent av kvinnorna i samma åldrar.

Figur 6.48 Personer som endast besökt tandvården akut efter ålder och kön, år 2017–2019



Källa: Socialstyrelsen.

Stora regionala skillnader i andelen akuta tandvårdsbesökare

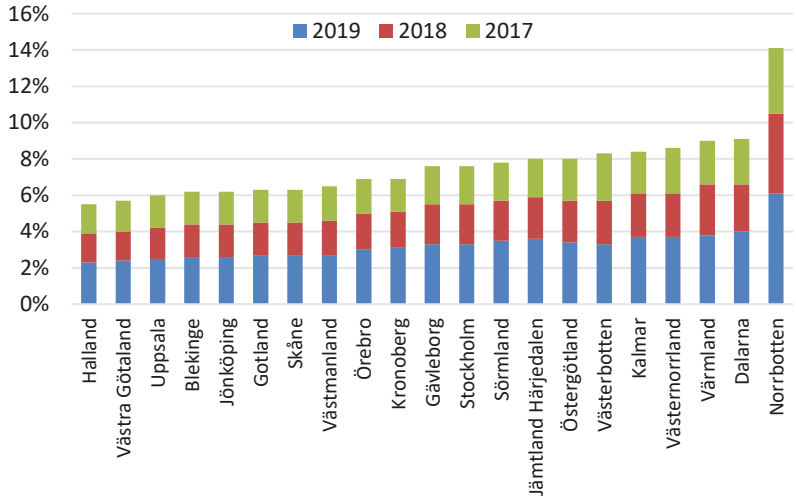
Andelen som endast besöker tandvården för akuta besvär varierar över landet, se figur 6.49 nedan. Med vissa få undantag är det vanligare att i mer glesbefolkade regioner endast besöka tandvården vid akuta besvär. Framför allt sticker Norrbotten ut som den region där klart flest, 14 procent av den vuxna befolkningen, endast besökte tandvården vid akuta besvär under treårsperioden 2017–2019. I Halland, Västra Götaland och Uppsala var andelen endast 6 procent.

En förklaring till resultaten är att det i statistiken över akuta tandvårdsbesök även finns revisionspatienter som av olika anledningar inte har gått på en undersökning under de tre studerade åren. Detta kan exempelvis bero på vårdköer, eller att vissa vårdgivare tillämpar långa intervall mellan revisionsundersökningar. Även avståndet till behandlaren spelar troligen en roll. Om patienten har långt att åka

till närmaste klinik är det sannolikt att man i högre utsträckning inväntar ett akut tandvårdsbehov innan man besöker tandvården.

Figur 6.49 Personer som endast besökt tandvården akut efter region och tidpunkt för senaste besöket, år 2017–2019

Åldersstandardiserade andelar



Källa: Socialstyrelsen.

De akuta besökarna har en svagare socioekonomisk ställning

Statistiken från Socialstyrelsen visar att utbildningsnivån har betydelse för vilken typ av tandvårdsbesök man gör som patient. 11 procent av befolkningen med högst en förgymnasial utbildning i åldrarna 35–79 år hade endast besökt tandvården akut under treårsperioden 2017–2019. Detta kan jämföras med 7 procent av de med en gymnasial utbildning, 6 procent av de med en kortare eftergymnasial utbildning och 5 procent av de med en längre eftergymnasial utbildning.[90] Resultaten är i linje med de tidigare studier som har gjorts kring vilka det är som i störst utsträckning endast besöker tandvården akut. Försäkringskassan konstaterar att de akuta besökarna i genomsnitt har en lägre utbildningsnivå och även en lägre löneinkomst än de

[90] Statistiken är åldersstandardiserad för att ta hänsyn till att det är vanligare med lägre utbildningsnivå bland äldre i befolkningen.

som har en mer regelbunden kontakt med tandvården.[91] En betydligt högre andel av de akuta besökarna var också utrikes födda. De akuta besökarna hade därtill i regel en lägre anknytning till arbetsmarknaden och mottog ekonomiskt bistånd i klart högre utsträckning. Sammantaget visar resultaten att de patientgrupper som endast besöker tandvården akut, är i stort sett desamma som har en sämre tandhälsa.

6.7.9 Patienternas behandlingspanorama förändras

Precis som för andra sektorer inom hälso- och sjukvård pågår en ständig förändring av hur tandvården bedrivs. Jämfört med bara 10 eller 20 år sedan, möter tandvården i dag andra utmaningar. Statliga reformer samt en snabb teknisk utveckling av utrustning och digitala hjälpmedel innebär att nya åtgärder kan tillämpas vid patientens behandling. En åldrande befolkning och en hög urbaniseringstakt medför omorganisationer inom tandvården, vilket har effekter på tillgängligheten. En bättre tandhälsa i befolkningen och allt fler äldre patienter som har fler kvarvarande tänder än tidigare ställer andra krav på kompetens och behandling än tidigare. Sammantaget innebär detta förändringar i patienternas behandlingspanorama.

Utredningen har tillsammans med TLV studerat vissa aspekter av olika patientgruppers tandvårdsbehandling och hur dessa eventuellt har förändrats under de tio åren med det statliga tandvårdsstödet. En viktig aspekt av studien är också att identifiera eventuella olikheter i behandlingsalternativ över landet samt om det finns skillnader mellan offentliga och privata vårdgivare. Underlaget för studien är patienter 23 år och äldre som gjort minst en basundersökning inom det statliga tandvårdsstödet.

Inom det statliga tandvårdsstödet finns flera åtgärder som kan användas för att behandla ett sjukdomstillstånd eller annan åkomma i munnen, och det kan i vissa fall vara svårt att särskilja vilken behandling en patient har fått för ett specifikt sjukdomstillstånd. Till studien av patienters behandlingspanorama har TLV därför valt behandlingar där de korresponderande åtgärderna som är renodlade just för att behandla några specifika tillstånd.

[91] Försäkringskassan. 2012. *När tänderna får vänta*.

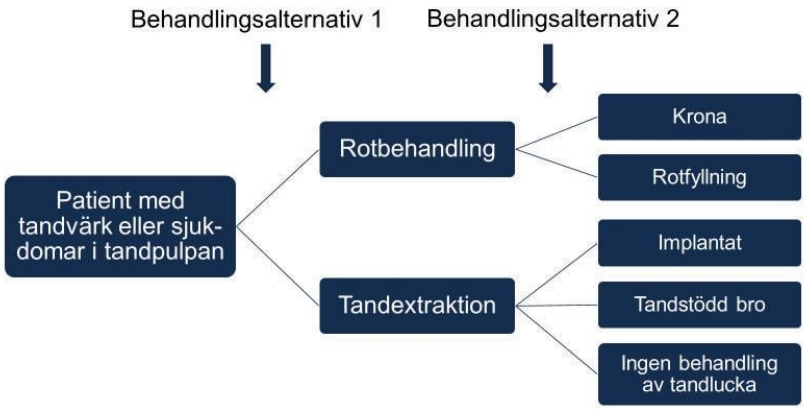
Dessa är:

– Rotfyllning eller tandborttagning vid tandvärk eller varbildning i tand 5.
– Avtagbar protes, tandstödd bro eller implantat vid en partiell tandlöshet som är mer omfattande än en entandslucka.

I den första delen av kartläggningen studeras de åtgärder som under perioden 2011–2016 har använts för att behandla tandvärk eller sjukdomar i tandpulpan (tillstånd 3051). Två behandlingar av tillstånd tandvärk eller sjukdomar i tandpulpan är rotfyllning eller tandextraktion, där rotfyllning är det mest kostsamma behandlingsalternativet.[92] Därefter har den behandlade tanden fortsatt observerats under ytterligare två år för att studera om påföljande behandling utförts exempelvis om tanden behandlades år 2016 har den observerats även åren 2017 och 2018. Om patienten initialt fått en rotbehandling, är en krona eller en fyllning två möjliga behandlingsalternativ där kostnaden för den förstnämnda åtgärden är högre.[93] Om tanden å andra sidan initialt extraherades, studeras om patienten därefter låtit utföra en behandling av tandluckan. I dessa fall är möjliga alternativ en tandstödd bro, implantat eller ingen behandling av tandluckan. Kostnaden för dessa tre behandlingsalternativ skiljer sig åt som en följd av komplexiteten i behandlingen, där implantat är den mest kostsamma behandlingen. En schematisk bild över de studerade behandlingsalternativen visas i figur 6.50.

[92] Rotfyllning (åtgärderna 501–504) och tandextraktion (åtgärderna 401 eller 402) är några av de behandlingar som ges vid dessa tillstånd. Vilken åtgärd som väljs för behandlingen kan band annat bero på om man besöker tandvården akut eller för ett planerat besök. Kostnaden för en rotbehandling kan enligt 2019 års åtgärdslista från TLV vara mellan 3 395–5 600 kronor. Detta kan relateras till en kostnad mellan 1 025–1 690 kronor för en tandextraktion.
[93] Referenspriset på en krona (åtgärd 800) är 5 775 kronor. Referenspriset på en fyllning är 605 kronor (åtgärd 701) respektive 775 kronor (åtgärd 704).

Figur 6.50 Studie av patientens behandlingsalternativ vid tandvärk eller sjukdomar i tandpulpan



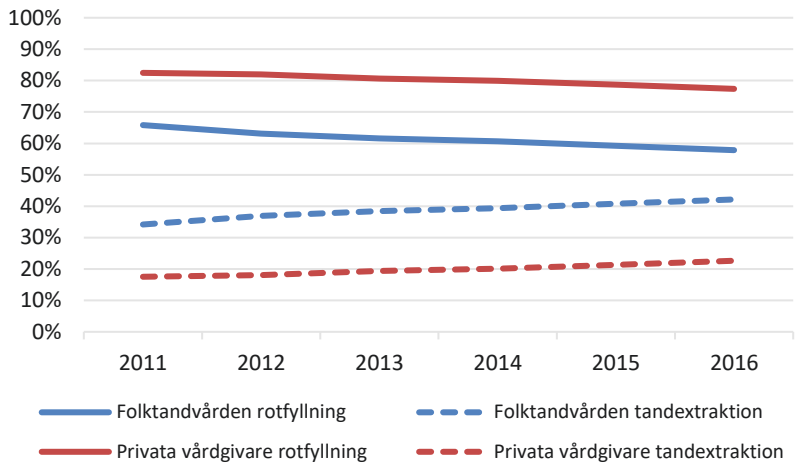
Rotfyllning vanligare än tandutdragning vid tandvärk eller sjukdomar i tandpulpan

TLV:s kartläggning av behandlingsalternativ visar att rotfyllning är den vanligaste behandlingen vid tandvärk eller sjukdom i tandpulpan i tand 5. Under år 2016 behandlades 70 procent av patienterna med en rotfyllning för detta tillstånd och i resterande 30 procent av fallen utfördes en tandextraktion på patienten. Andelen rotfyllningar hade därmed minskat sedan år 2011 och antalet tandextraktioner ökat. Vilket framgår av figur 6.51 nedan gällde denna utveckling både patienter som gick till folktandvården och patienter som gick till en privat vårdgivare.

Av figur 6.51 framgår också att fler tandextraktioner utfördes av folktandvården än privata vårdgivare. Förhållandet gäller oavsett ålder på patienten och i vilken region patienten bodde. Därutöver har skillnaderna i valet av behandling mellan folktandvården och privata vårdgivare ökat under perioden 2011–2016. Sannolikt är att flera orsaker bidrar till skillnaderna i valet av behandling. Bland annat kan aspekter som olika patientsammansättning och folktandvårdens ansvar för den akuta tandvården ha viss betydelse.

Figur 6.51 Val av behandling vid tandvärk efter vårdgivartyp, år 2011–2016

Andel av samtliga behandlingar



Källa: TLV:s beräkningar.

Vanligare att privata vårdgivares patienter behandlas med tandstödd krona

Studien visar vidare att tandlagningar med fyllningsmaterial generellt är en vanligare åtgärd än tandstödd krona efter en rotbehandling av tand 5. År 2016 utfördes en tandlagning med fyllningsmaterial på 53 procent av patienterna medan 34 procent behandlades med en tandstödd krona. I resterande 13 procent av fallen utfördes inga efterföljande åtgärder efter rotbehandlingen. En tandstödd krona är ett oftare använt behandlingsalternativ för patienter som går till en privat vårdgivare än för de som går till folktandvården. Inom den privata tandvården är andelen äldre patienter betydligt högre, vilket till viss del kan bidra till resultaten.

Det är vanligast att inte behandla en tandlucka

Efter att en tandextraktion har utförts, är det vanligast att patienten väljer att inte behandla tandluckan. Beroende på faktorer såsom ålder, vårdgivare och region är det endast 5–35 procent av patienterna som genomför en efterföljande behandling. Resultaten överensstämmer

bland annat med en äldre studie från Försäkringskassan.[94] Behandlingar av tandluckor utförs i större utsträckning på de patienter som går till en privat vårdgivare, jämfört med de som går till folktandvården. Även den regionala variationen är stor, och inom en och samma region kan det skilja sig mellan olika vårdgivare i hur stor andel av patienterna med tandlucka som behandlas.

Färre patienter behandlas för partiell tandlöshet

Färre patienter behandlas för partiell tandlöshet i dag än för 10 år sedan.[95] Denna utveckling kan ses i figur 6.52 nedan. Totalt var det 16 av 1 000 patienter som behandlades för detta tillstånd år 2018 jämfört med 20 av 1 000 patienter år 2009. Att behöva behandla partiell tandlöshet är ovanligt i ung ålder. Det var endast 3 av 1 000 patienter mellan 23–40 år som behandlades för detta tillstånd år 2018, vilket var ungefär lika många som år 2009. Med åldern ökar behovet av behandling. Bland personer 40–59 år behandlades 11 av 1 000 patienter för partiell tandlöshet år 2018, vilket var en minskning med 17 procent sedan år 2009. Trenden med allt färre patienter som behandlas för partiell tandlöshet beror till störst del på färre behandlingar i den äldsta åldersgruppen. 23 av 1 000 patienter 60 år eller äldre behandlades för partiell tandlöshet med något av de tre behandlingsalternativen år 2018, vilket var en minskning med 25 procent sedan år 2009.

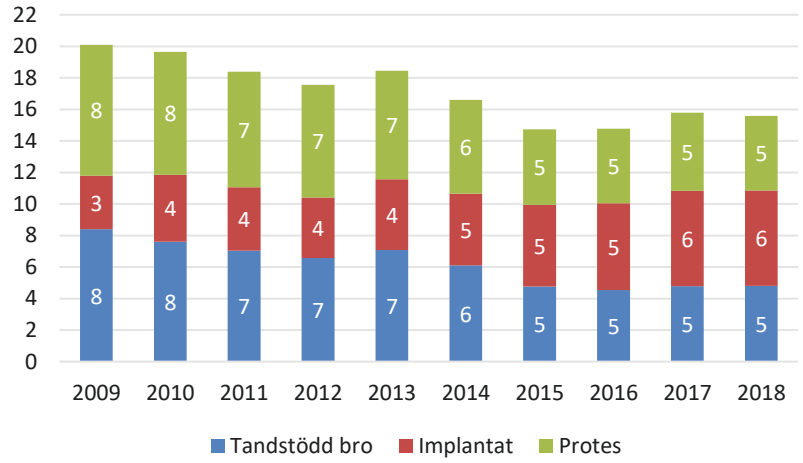
Implantat en allt vanligare behandling vid partiell tandlöshet

Under den studerade perioden har det även skett en förändring sett till vilken typ av behandling som ges vid partiell tandlöshet. Fler patienter genomgår en implantatbehandling samtidigt som färre patienter behandlas med avtagbar permanent partiell protes och tandstödd bro. Behandling med implantat var vanligast av de studerade behandlingsalternativen i jämförelsen år 2018.

[94] Försäkringskassan. 2011. *Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008 – analys ur ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv.*
[95] Tillstånden för partiell tandlöshet eller tandluckor är 5005, 5010–5016 samt 5033–5035.

Figur 6.52 Behandling vid partiell tandlöshet, år 2009–2018

Behandlade per 1 000 personer som gått på en basundersökning

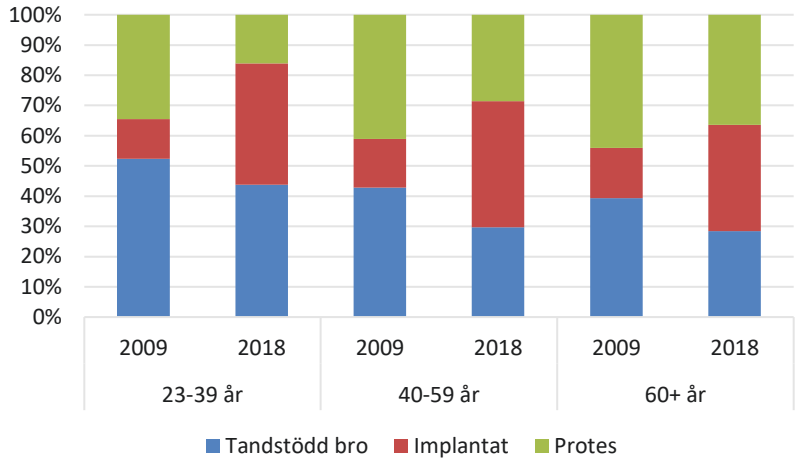


Källa: TLV.

Behandlingspanoramat har för alla de studerade patientgrupperna utvecklats i ungefär samma riktning. Implantat blir en allt vanligare behandlingsmetod, medan färre behandlingar med protes eller tandstödd bro utförs, se figur 6.53. I den yngsta patientgruppen var det år 2018 ungefär lika vanligt (drygt 40 procent) med tandstödd bro som med implantat, medan protes var mindre vanligt (drygt 15 procent). Bland personer 40–59 år var implantat den vanligaste behandlingen av de tre alternativen (40 procent), medan protes och tandstödd bro var ungefär lika vanliga (30 procent). Bland de äldsta patienterna var fördelningen mellan de tre behandlingsalternativen relativt jämn. Drygt 35 procent av patienterna behandlades med avtagbar permanent partiell protes, knappt 35 procent med implantat och knappt 30 procent med tandstödd bro.

Figur 6.53 Behandling vid partiell tandlöshet efter ålder, år 2009 och 2018

Procent av patienter med de studerade behandlingarna



Källa: TLV.

Fler patienter behandlas för tandslitage

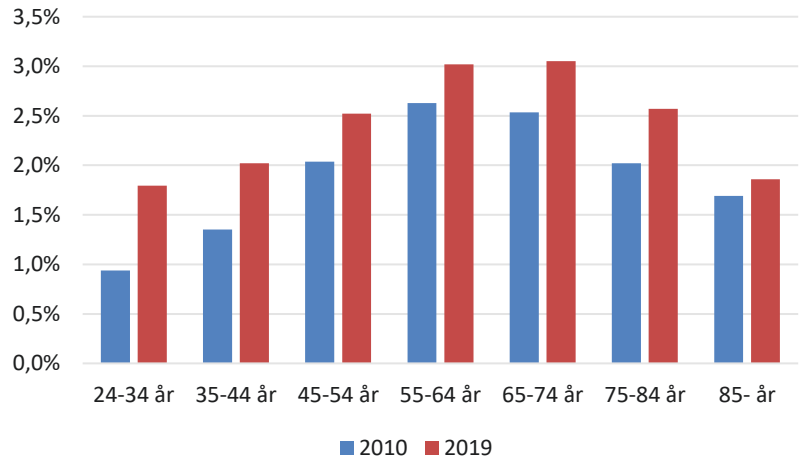
Tandslitage är ett samlingsnamn för förlust av substans på tandytan genom erosion, abrasion eller attrition. Erosion beror på en kemisk process som ger förlust av tandsubstans men som inte involverar bakterier. Vanliga orsaker är ett högt intag av sur mat och dryck, såsom frukt, juice, läsk, och dietdrycker. Abrasion och attrition är mekaniskt slitage av tänderna genom naturlig friktion och nötning av tänder vid tuggning, tandgnissling och yttre mekaniska faktorer som felaktig tandborstning.

Statistik från Socialstyrelsen visar att behandlingarna för tandslitage på grund av erosion, attrition eller abrasion är relativt få men blir allt vanligare. 2,5 procent av befolkningen 24 år och äldre behandlades för något av dessa tillstånd år 2019 jämfört med 2,0 procent år 2010. Det är något vanligare för män än för kvinnor att behandlas för tandslitage, men skillnaderna mellan könen är i regel små. Vilket framgår av figur 6.54, har det oavsett ålder på patienten blivit vanligare att få behandling för tandslitage. Fortfarande är tandslitage ett tillstånd som är vanligast förekommande hos patienter i åldrarna 55–74 år men behovet av behandling har de senaste åren ökat kraftigt för den unga vuxna befolkningen. 1,8 procent av befolkningen i åldrarna 24–34 år

behandlades för tandslitage år 2019, vilket var en dubbelt så hög andel som år 2010.

Figur 6.54 Personer behandlade för tandslitage efter ålder, år 2010 och 2019

Andel av befolkningen 24 år och äldre



Källa: Socialstyrelsen.

Patienter i storstadsregionerna behandlas oftare för tandslitage på grund av erosion, abrasion eller attrition.[96] I Uppsala, Stockholm och Västra Götaland var det cirka 3,5 procent av befolkningen som fick en behandling för något av dessa tillstånd år 2019. Detta kan jämföras med en andel omkring 1,5 procent av befolkningen i ett flertal regioner, däribland Gävleborg, Norrbotten och Örebro. Utvecklingen över tid att fler personer behandlas för tandslitage går att se i nästan hela landet, i 15 regioner kan en ökning konstateras, men särskilt stor har ökningen varit i storstadsregionerna.

Andelen som behandlas för kavitet på grund av karies minskar

År 2019 behandlades 23 procent av befolkningen 24 år och äldre för kavitet på grund av karies. Detta var en klart lägre andel jämfört med år 2010. Den positiva utvecklingen syns genomgående för patienter

[96] Statistiken i denna jämförelse är standardiserad för att ta hänsyn till åldersstrukturen hos befolkningen i respektive län.

i alla åldersgrupper och regioner. Störst minskning i andelen som behandlas för kavitet på grund av karies återfinns bland unga vuxna i åldrarna 23–34 år. Sedan år 2010 har det blivit mindre vanligt bland såväl kvinnor som män att behandlas för detta tillstånd, men det finns fortfarande skillnader mellan könen. År 2019 behandlades 21 procent av kvinnorna och 24 procent av männen för tillståndet.

Andelen som behandlades för kavitet på grund av karies varierade relativt stort mellan regioner år 2019. Framför allt var andelen hög i glest befolkade regioner som Västerbotten, Jämtland Härjedalen, Norrbotten och Västernorrland. Lägst var andelen behandlade i Halland, Örebro och Sörmland.

Fler behandlingar av parodontit men färre kirurgiska åtgärder

Socialstyrelsens statistik visar att 20 procent av befolkningen 24 år och äldre fick en behandling för parodontit år 2019. Detta var en ökning jämfört med år 2010 då andelen var 16 procent. Främst var det vanligare bland personer 65 år och äldre att behandlas för parodontit. Ökningen kan sannolikt förklaras av att en förbättrad tandhälsa och fler kvarvarande tänder bland äldre har medfört en ökad tandvårdskonsumtion, däribland behandlingar vid parodontit.

Samtidigt som fler behandlas för parodontit har det de senaste 10 åren blivit mindre vanligt med kirurgiska åtgärder på grund av parodontit, en typ av behandling som utförs då patienten har en mer allvarlig form av sjukdomen. Den positiva trenden gäller alla åldersgrupper, regioner och såväl män som kvinnor.

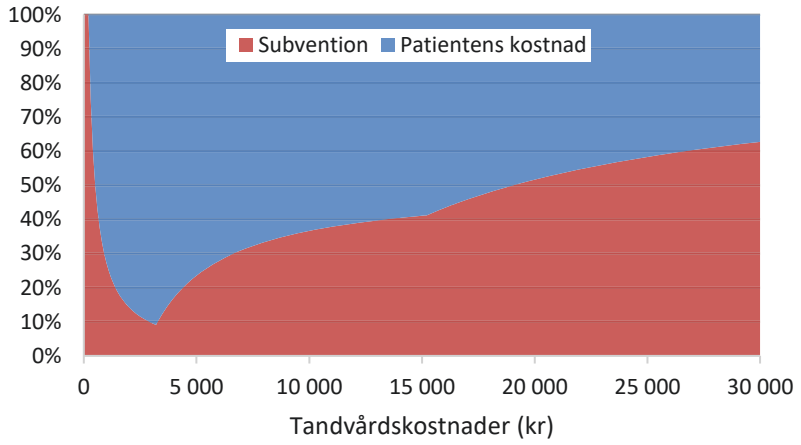
6.7.10 Tandvårdskostnaden skiljer sig stort mellan patienter

Det statliga tandvårdsstödet kan sägas bestå av två delar. En generell subvention (ATB) ges till alla patienter som besöker tandvården och får en ersättningsberättigande åtgärd utförd. Därutöver ger staten en subvention beroende på patientens ersättningsgrundande belopp under en tolvmånadersperiod (högkostnadsskyddet). Subventionen styrs därför till stor del av hur höga patientens tandvårdskostnader är. Eftersom patienter med stora tandvårdsbehov även i regel har höga tandvårdskostnader, riktas därigenom högre statlig subvention till dessa patienter.

Figur 6.55 nedan visar hur den totala tandvårdskostnaden fördelas mellan stat och patient, givet att vårdgivarnas priser är på samma nivå som referenspriserna. Utformningen av beloppsgränser och ersättningsnivåer i den statliga subventionen medför att subventionsgraden är som högst vid mycket låga och riktigt höga kostnadsnivåer. En patient med 300 kronor i ATB som betalar 865 kronor för en basundersökning får exempelvis 35 procent av den totala tandvårdskostnaden subventionerad av staten. Patienten bär sedan en allt större andel av kostnaderna nära högkostnadsskyddets första beloppsgräns på 3 000 kronor. Lägst är subventionsgraden, 10 procent, för en patient som har tandvårdskostnader på 3 300 kronor.[97] När patienten når den första respektive andra karensnivån i högkostnadsskyddet ökar graden av statlig subvention. Detta innebär att patienter med riktigt höga tandvårdskostnader får de högsta tandvårdssubventionerna mätt i kronor. Exempelvis är subventionsgraden 37 procent för en patient med tandvårdskostnader på 10 000 kronor. För en patient med tandvårdskostnader på 30 000 kronor är subventionsgraden 63 procent (18 900 kronor).

Figur 6.55 Subvention och patientens kostnad vid olika tandvårdskostnader

Procentuell andel av kostnader



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

[97] Patientens ATB berättigar inte till ersättning.

Män och äldre har högre tandvårdskostnader i genomsnitt

År 2019 var den genomsnittliga tandvårdskostnaden inklusive statlig subvention 4 750 kronor per patient i det statliga tandvårdsstödet. I genomsnitt stod patienterna själva för 65 procent av denna kostnad och resterande 35 procent var statlig subvention. Den genomsnittliga kostnaden var något högre för män än för kvinnor, 4 900 kronor jämfört med 4 600 kronor.[98]

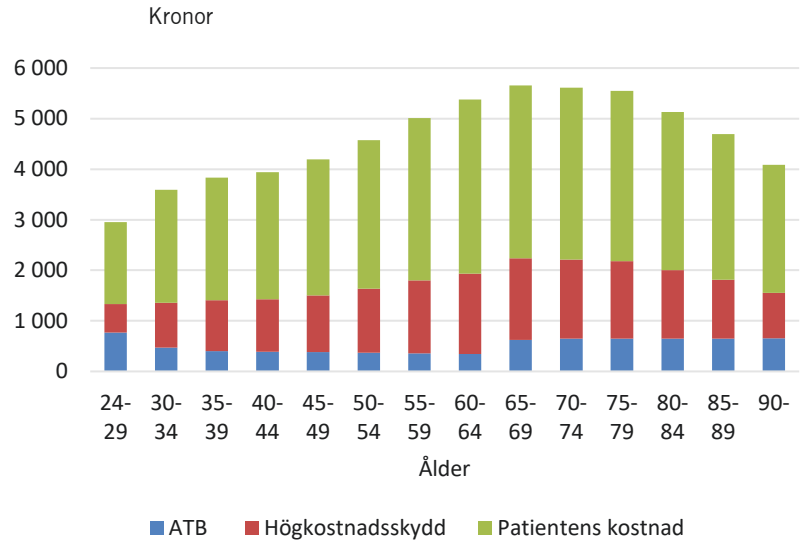
Den genomsnittliga subventionen för en patient med statligt tandvårdsstöd var 1 800 kronor år 2019, varav utbetalningar av ATB stod för 510 kronor och ersättning inom högkostnadsskyddet för 1 290 kronor. Män fick i genomsnitt 8 procent högre subvention än kvinnor som en följd av de något högre tandvårdskostnaderna.

En jämförelse mellan åldersgrupper i figur 6.56 visar att patienter yngre än 30 år har lägst genomsnittlig tandvårdskostnad vilket beror på det generellt lägre tandvårdsbehovet. Högst genomsnittlig tandvårdskostnad och subvention hade patienter 65–79 år, därefter avtar dessa delvis på grund av att det särskilda tandvårdsstödet tar vid.

Värt att betona är även att tandvårdskostnaden utgör en större andel av den disponibla inkomsten för äldre patienter. Utredningens kartläggningar visar att tandvårdskostnaden för patienter över 80 år med högst kostnader utgjorde ungefär 7 procent av den disponibla inkomsten år 2018. I övriga åldersgrupper stod tandvårdskostnaderna för 4–5 procent av årets disponibla inkomst.[99]

[98] Genomgående i detta avsnitt är kostnader för tandvård utanför det statliga tandvårdsstödet inte medräknade. Detta gäller bland annat kostnader för ej ersättningsberättigande tandvård (såsom estetisk tandvård) samt kostnader i det särskilda tandvårdsstödet.
[99] Källan för beräkningen är FASIT.

Figur 6.56 Genomsnittlig statlig subvention och patientkostnad för de som besökt tandvården efter ålder, 2019



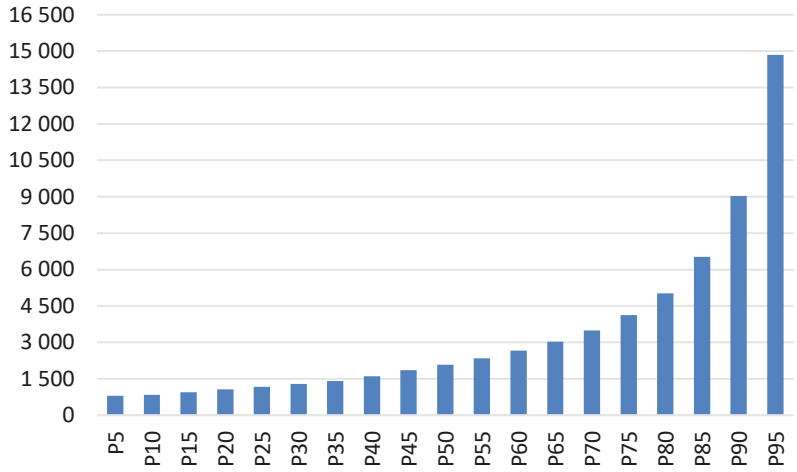
Källa: SCB.

En av tre patienter har tandvårdskostnader över 3 000 kronor

Eftersom det skiljer sig stort mellan patienter hur mycket tandvård som har utförts under ett år, finns en stor spridning i de totala tandvårdskostnaderna (se figur 6.57 nedan). Statlig subvention inräknad, hade medianpatienten i det statliga tandvårdsstödet kostnader för tandvård på 2 100 kronor år 2018. 17 procent av patienterna hade totala tandvårdskostnader under 1 000 kronor. För 47 procent var kostnaden mellan 1 000 och 3 000 kronor och för 31 procent mellan 3 000 kronor och 15 000 kronor. Endast för 5 procent av patienterna översteg de totala tandvårdskostnaderna 15 000 kronor år 2018.

Figur 6.57 Fördelning av totala tandvårdskostnader inklusive subvention, år 2018

Kronor vid olika percentiler



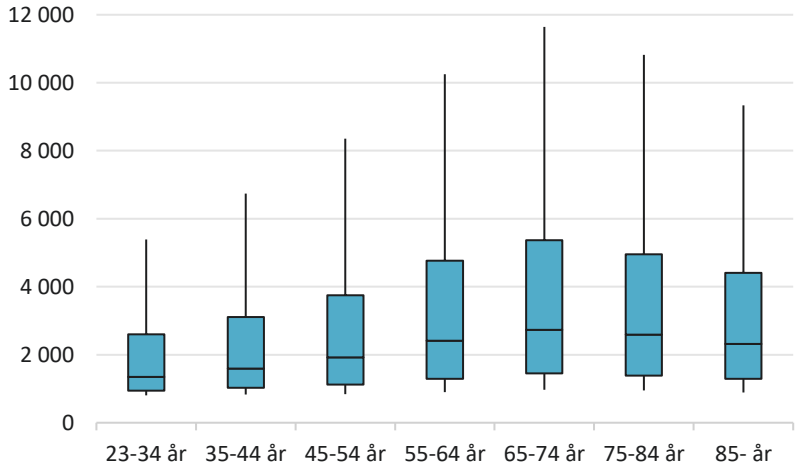
Källa: FASIT. Anmärkningar: Exempelvis motsvarar 10:e percentilen (P10) den tandvårdskostnad som delar upp patienterna så att 10 procent har en lägre kostnad och 90 procent en högre kostnad.

De totala tandvårdskostnaderna varierar mer för äldre patienter

Vidare visar statistiken att de totala tandvårdskostnaderna inklusive statlig subvention varierar mer för äldre än för yngre patienter. Dessa resultat illustreras i figur 6.58 nedan. Högst var mediankostnaden, 2 700 kronor, för patienter i åldrarna 65–74 år. Detta kan jämföras med en mediankostnad på 1 300 kronor för patienter 23–34 år respektive 1 600 kronor för patienter 35–44 år. Efter 75 års ålder sjunker kostnaderna gradvis, något som sannolikt beror på att det särskilda tandvårdsstödet tar vid. Det är vanligast bland äldre att ha riktigt höga tandvårdskostnader. 10 procent av patienterna i åldrarna 65–74 år hade år 2018 totala tandvårdskostnader över 11 600 kronor. Detta visar på högkostnadsskyddets betydelse för de äldre patienterna i det statliga tandvårdsstödet. En mer detaljerad beskrivning av vilka patienter som har de högsta tandvårdskostnaderna återfinns i avsnitt 6.7.11 nedan.

Figur 6.58 Fördelning av totala tandvårdskostnader inklusive subvention efter ålder, år 2018

Kronor vid percentilerna 10, 25, 50, 75 och 90



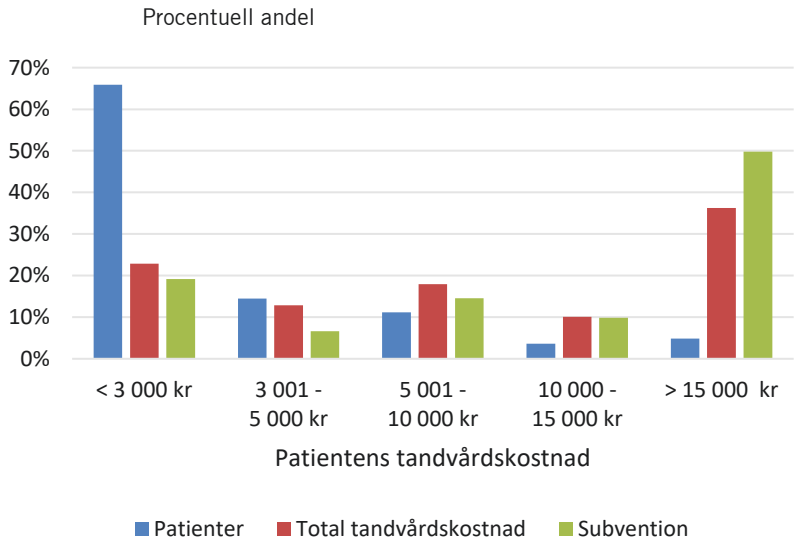
Källa: FASIT. Anmärkning: Exempelvis motsvarar 10:e percentilen (P10) den tandvårdskostnad som delar upp patienterna så att 10 procent har en lägre kostnad och 90 procent en högre kostnad.

Få patienter står för en stor del av omsättningen i det statliga tandvårdsstödet

Merparten av patienterna i det statliga tandvårdsstödet har låga tandvårdskostnader medan en liten andel av patienterna har höga eller mycket höga kostnader. Som ett resultat står tandvården till relativt få patienter för en relativt stor andel av den totala omsättningen i det statliga stödet. Eftersom den statliga subventionen mestadels står i proportion till tandvårdskostnaden riktas den i hög grad mot de patienter som har högst tandvårdskostnader. Figur 6.59 visar just på detta förhållande. År 2018 hade 5 procent av patienterna totala tandvårdskostnader som översteg 15 000 kronor. Omsättningen för tandvården till dessa patienter motsvarade däremot 36 procent av hela det statliga tandvårdsstödets omsättning. På samma sätt gick 50 procent av all subvention inom det statliga tandvårdsstödet till dessa patienter. Detta står i stark kontrast till att 66 procent av patienterna hade tandvårdskostnader som var lägre än 3 000 kronor under år 2018. Omsättningen för tandvården till dessa personer motsvarande 23 pro-

cent av det statliga stödets omsättning, och subventionen stod för 19 procent av all statlig tandvårdssubvention.

Figur 6.59 Fördelning av patienter, tandvårdskostnader och subvention beroende på patientens tandvårdskostnad år 2018



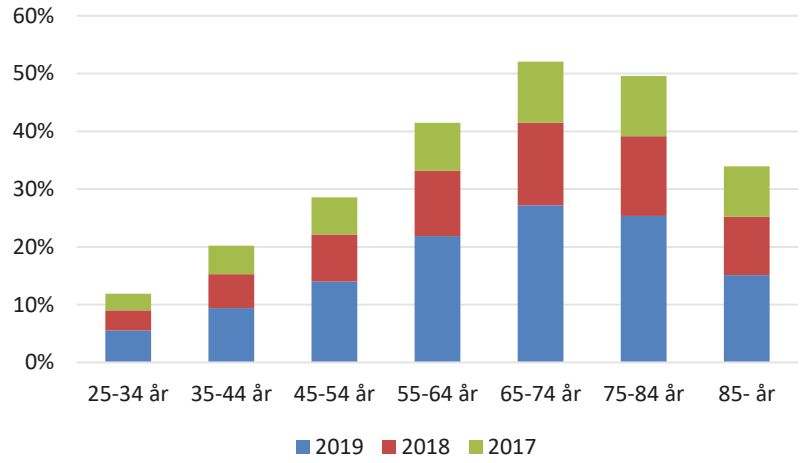
Källa: FASIT.

6.7.11 Vilka tar del av det statliga högkostnadsskyddet?

Andelen av den vuxna befolkningen som under ett år nyttjar högkostnadsskyddet har sedan införandet av det statliga tandvårdsstödet legat på en jämn nivå omkring 16 procent. Det är något vanligare att kvinnor nyttjar högkostnadsskydd, men nyttjandegraden i relation till antalet patienter är högre för män eftersom kvinnor besöker tandvården i högre utsträckning. Under perioden 2017–2019 var det nästan en tredjedel av befolkningen som någon gång tog del av högkostnadsskyddet. Framför allt är nyttjandet högt för äldre patienter, vilket framgår av figur 6.60 nedan. Drygt hälften av patienterna i åldrarna 65–74 år fick en utbetalning av högkostnadsskydd under perioden 2017–2019 jämfört med cirka 10 procent av patienterna 24–34 år. Efter 85 års ålder avtar mottagandet av högkostnadsskydd något, bland annat som en följd av att vissa patienter i dessa åldrar i stället tar del av särskilt tandvårdsstöd.

Figur 6.60 Personer som fått minst en utbetalning av högkostnadsskydd efter ålder och tidpunkt för senaste besöket, år 2017–2019

Andel av befolkningen 24 år och äldre



Källa: Försäkringskassan.

Färre i utsatta grupper har en tandvårdskontakt, men många av de med en kontakt nyttjar stöd

Nyttjandet av högkostnadsskydd i ekonomiskt och socioekonomiskt utsatta grupper är lågt. Exempelvis var andelen som mottog högkostnadsskydd omkring 35 procent under perioden 2017–2019 bland personer födda i Sverige och övriga Norden. Bland övriga utrikes födda personer var motsvarande andel 25 procent. Å andra sidan var det i gruppen utrikes födda en högre andel av de som besökte tandvården som fick en utbetalning av högkostnadsskydd. När det gäller utbildningsnivå framträder ett liknande mönster. Lågutbildade har en lägre besöksfrekvens än högutbildade, men de lågutbildade som besöker tandvården har oftare tandvårdskostnader som berättigar till högkostnadsskydd.[100] Detta förhållande indikerar att det finns trösklar för socioekonomiskt utsatta grupper att söka tandvård, men att befintliga subventionssystem nyttjas i hög grad av de som har en tandvårdskontakt.

[100] Undantaget personer med forskarutbildning som har ett nyttjande av högkostnadsskydd i nivå med personer med förgymnasial utbildning.

Hög subvention för ekonomiskt och socioekonomiskt svaga grupper

Utredningen kan baserat på statistik från SCB konstatera att nyttjandet av det statliga tandvårdsstödet är lågt bland personer med en ekonomiskt och socioekonomiskt utsatt ställning. Å andra sidan är den statliga subvention som betalas ut till de personer i gruppen som besöker tandvården i regel högre än för övriga patientgrupper. År 2019 var den genomsnittliga subventionen 2 400 kronor för patienterna med mycket låga inkomster jämfört med 1 600 kronor för patienterna med mycket höga inkomster.[101] Skillnaderna i genomsnittlig subvention var relativt små mellan utbildningsnivåer, däremot fick utrikes födda personer i genomsnitt en klart högre subvention än inrikes födda (2 800 kronor respektive 1 600 kronor). Andra exempel på grupper med hög genomsnittlig subvention var patienter med ekonomiskt bistånd (4 000 kronor i genomsnitt) och arbetsmarknadsstöd (2 700 kronor i genomsnitt).

4 procent når den övre karensgränsen i högkostnadsskyddet

Utredningen har särskilt studerat patienter vars ersättningsgrundande belopp översteg den övre karensgränsen i högkostnadsskyddet på 15 000 kronor, patienter som därmed tog del av den statliga subventionen enligt den högsta ersättningsnivån i högkostnadsskyddet på 85 procent. Resultaten från studien visar på att det är ovanligt att som patient ha riktigt höga tandvårdskostnader. Andelen i befolkningen 24 år och äldre vars ersättningsgrundande belopp översteg 15 000 kronor var 4 procent år 2019.[102] Det var något vanligare att män nådde den andra karensnivån, men skillnaderna mellan könen var på det stora hela små.

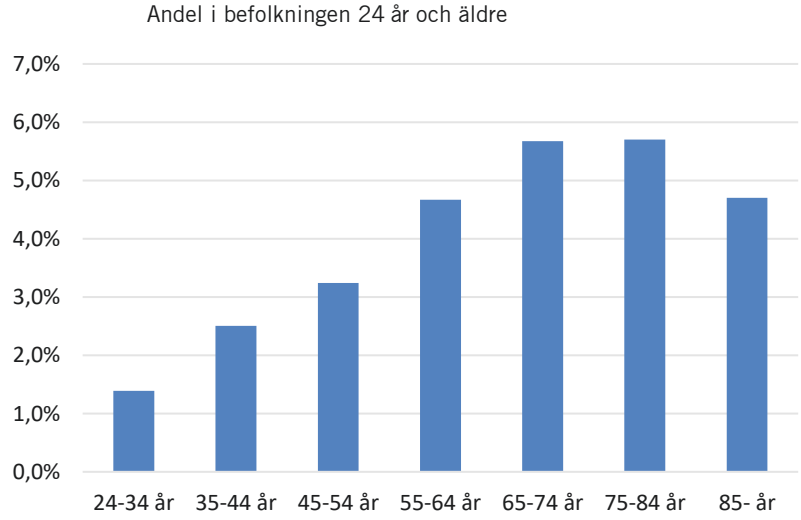
Det är vanligare bland de äldre, men inte de allra äldsta, patienterna att under ett år ha ett ersättningsgrundande belopp som överstiger den andra karensgränsen i högkostnadsskyddet. Detta mönster framgår tydligt av figur 6.61 nedan. År 2019 var det cirka 6 procent av patienterna i åldrarna mellan 65 och 84 år som hade ersättningsgrundande belopp över 15 000 kronor. Motsvarande andel av patienterna mellan 24 och 34 år var endast cirka 1 procent. Resultaten är inte förvånande

[101] Inkomstgrupperna avser den kvintil individen tillhör. Se avsnitt 6.7.2 för definition.
[102] Avser året då ersättningsperioden avslutades.

eftersom tidigare avsnitt visat på en gradvis ökande konsumtion för äldre patienter som en följd av det med åldern större tandvårdsbehovet.

Vidare framgår av utredningens studie att patienter i en socioekonomiskt utsatt position i högre utsträckning har ersättningsgrundande belopp som överstiger 15 000 kronor. Detta resultat är i linje med vad bland annat ISF fastställt och visar på att högkostnadsskyddets konstruktion har en omfördelande effekt.[103] Framför allt är skillnaderna mellan patientgrupper stora utifrån födelseland. Av de inrikes födda patienterna var det 3 procent som nådde den andra karensnivån i högkostnadsskyddet, vilket kan jämföras med 7 procent av de utrikes födda patienterna. Även utbildning har viss betydelse då det är vanligare för personer med låg utbildningsnivå att nå den andra karensnivån i högkostnadsskyddet.

Figur 6.61 Patienter med ersättningsgrundande belopp över 15 000 kronor efter ålder, år 2019



Källa: Försäkringskassan.

Privatekonomins betydelse för tandvårdskonsumtionen

I debatten om tandvården lyfts ofta privatekonomin fram som ett av de största hindren för personer att söka tandvård. Att man som patient betalar en stor del av sina vårdkostnader direkt till vårdgivaren gör

[103] ISF. 2016. *Omfördelning inom tandvårdsstödets högkostnadsskydd.*

tandvården till en unik sektor inom den svenska hälso- och sjukvården. En patient med statligt tandvårdsstöd betalade själv i genomsnitt 2 950 kronor för tandvård under år 2019 – en siffra som rensat för inflation har varit relativt konstant de senaste åren. Som framgår tidigare i detta avsnitt är dock fördelningen av tandvårdskostnader skev i och med att en stor del av patienterna har låga tandvårdskostnader och en liten del av patienterna har höga eller mycket höga kostnader.

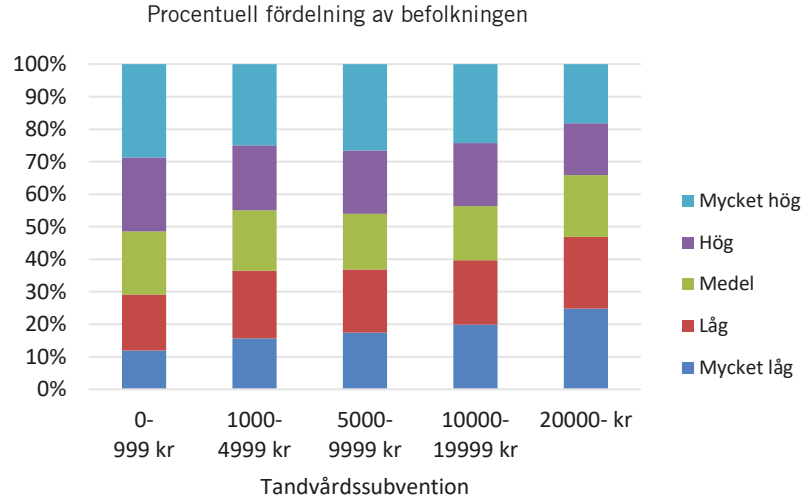
Eftersom personer med låg inkomst i högre utsträckning även har en sämre tandhälsa har högkostnadsskyddet en potentiellt omfördelande effekt, vilket bland annat har visats i en rapport av ISF.[104] I rapporten konstateras att högkostnadsskyddet på det stora hela bidrar till en progressiv omfördelning i bemärkelsen att patienter med låga inkomster i högre utsträckning nyttjar tandvårdssubventionen än patienter med höga inkomster. Resultaten är i linje med tidigare studier av TLV och Försäkringskassan.[105] En sammanställning som utredningen har gjort av aktuell statistik pekar i samma riktning. Patienter som har låga inkomster i relation till den totala patientstocken tar i högre uträckning del av den statliga subventionen inom högkostnadsskyddet. Därutöver är låginkomsttagare överrepresenterade bland de patienter som har de allra högsta subventionerna, vilket kan ses i figur 6.62 nedan. 13 procent av samtliga patienter hade under år 2018 mycket låga inkomster.[106] Bland personer med 20 000 kronor eller mer i tandvårdssubvention var andelen nära dubbelt så hög samma år, 25 procent.

Att patientens inkomst har betydelse för både individens tandhälsa och tandvårdskonsumtion är något som konstateras av bland annat ISF.[107] I studien fastställs att en ökning av disponibel inkomst i genomsnitt medför en ökning av tandvårdskonsumtionen, även om effekten är relativt liten. Då resultaten kontrolleras för tandhälsa ökar effekten. Detta indikerar att en person med högre inkomst i genomsnitt är mer benägen till att betala mer för sin tandvård än en person med lägre inkomst givet att de har samma tandhälsa. Med ökande ålder ökar skillnaden i tandhälsa och hur mycket tandvård

[104] ISF. 2016. *Omfördelning inom tandvårdsstödets högkostnadsskydd.*
[105] TLV. 2014. *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet.*
[106] Inkomstgrupperna avser den kvintil individen tillhör. Se avsnitt 1.7.3 för definition.
[107] ISF. 2016. *Inkomstens betydelse för tandvårdskonsumtion.* I rapporten studeras tandvårdskonsumtionen för personer 35–64 år som besökte tandvården mellan åren 2008–2011 justerat för individens tandhälsa, utbildningsnivå, sysselsättningsstatus och födelseland.

man konsumerar mellan de med de lägsta och högsta inkomsterna. Detta ger stöd för att den sociala hälsogradienten för tandvårdskonsumtion ökar över livscykeln och att den långsiktiga effekten av inkomst på tandhälsa är betydande. Värt att notera är att de flesta studier om tandvårdskonsumtion endast inkluderar de personer som besöker tandvården.

Figur 6.62 Tandvårdssubvention per inkomstgrupp, år 2018



Källa: FASIT.

6.7.12 Patienternas kännedom om ATB

Då ATB är en generell subvention, följer nyttjandet av stödet tandvårdsbesöken i stort. Drygt 90 procent av alla patienter som besökte tandvården år 2019 nyttjade ATB. Dock är det långt ifrån alla som vet om att de mottar tandvårdsstödet. Folkhälsomyndigheten genomförde i maj 2019 en undersökning om allmänhetens upplevelse om den egna tandhälsan och kännedomen om tandvårdssystemet.[108] 69 procent av undersökningsdelatagarna angav att de var medvetna om ATB. När det gällde högkostnadsskyddet var andelen lägre, 62 procent. Andelen som kände till de statliga tandvårdsstöden var

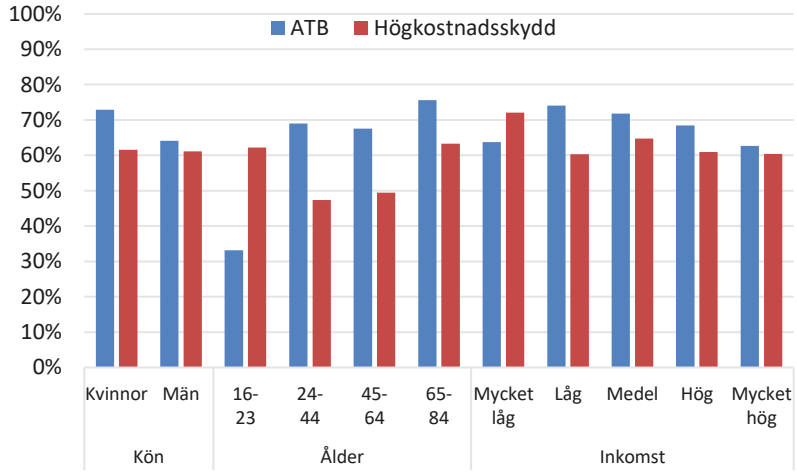
[108] Inbjudan att besvara Folkhälsomyndighetens Hälsorapport gick ut till 4 561 deltagare varav 73 procent svarade på enkäten.

ungefär lika hög bland personer oavsett hur de själva upplevde sin egen tandhälsa.

Kvinnor hade till skillnad från män större kännedom om ATB än högkostnadsskyddet. Lägst var kännedomen om högkostnadsskyddet bland patienter 24–44 år. Med åldern ökade kännedomen, något som sannolikt hör detta samman med ett ökat nyttjande. Patienterna med de lägsta inkomsterna hade en bättre kännedom om högkostnadsskyddet än övriga patienter. Detta kan troligen förklaras av att patientgruppen nyttjar stödet i förhållandevis hög utsträckning (detta visades i föregående avsnitt). Patienterna med de högsta inkomsterna hade lägst kännedom om högkostnadsskyddet. Resultaten av undersökningen visas i figur 6.63.

Figur 6.63 Allmänhetens kännedom om statligt tandvårdsstöd, år 2019

Andel av svarande i respektive grupp



Källa: Folkhälsomyndigheten.

Att allmänhetens kännedom om det statliga tandvårdsstödet är låg har även konstaterats vid tidigare tillfällen då detta undersökts. Riksrevisionen konstaterade i en rapport år 2012 att ATB fram till dess inte varit ett effektivt medel för att stimulera förebyggande tandvård genom hög besöksfrekvens.[109] Samtidigt fanns det en grupp som inte ansåg sig ha råd med tandvård och som eventuellt skulle kunna öka

[109] Riksrevisionen. 2012. *Tandvårdsreformen 2008 – når den alla?*

sin besöksfrekvens med hjälp av ATB. En stor andel i denna grupp kände dock inte till bidraget. En undersökning från Försäkringskassan år 2011 visade att endast hälften av befolkningen hade kännedom om ATB, och att endast 24 procent visste vilken tandvårdsersättning de hade rätt till.[110] Däremot hade betydligt fler personer, ungefär två tredjedelar, kännedom om att det fanns ett högkostnadsskydd för tandvård.

Höjt ATB har inte lett till fler besök i tandvården

Utredningen har med hjälp av månadsstatistik från SCB studerat om 2018 års reform om höjd nivå i ATB resulterade i en högre besöksfrekvens i tandvården, vilket var ett uttalat syfte med reformen.[111] I figur 6.64 nedan visas statistik över andelen tandvårdsbesökare i befolkningen per månad under perioden april 2016 till april 2019. Därmed kan besöksmönstret observeras för en tvåårsperiod innan höjningen av ATB samt en ettårsperiod efter höjningen.

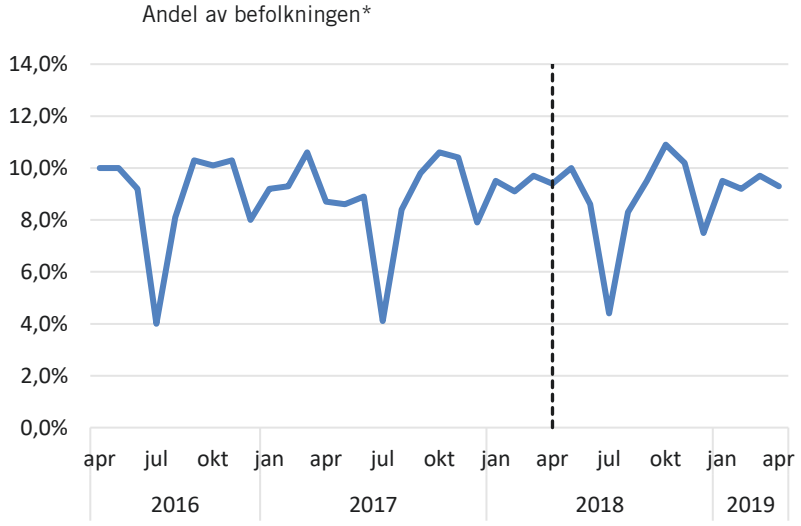
Andelen personer som besöker tandvården varje månad följer ett tydligt säsongsmönster med fler besök under höst och vår, och få besök framför allt under sommarmånaderna. När statistiken rensas för säsongseffekter framgår att besöken i maj 2018 var på en relativt hög nivå jämfört med samma månad året innan. Dock gällde inte detta årets påföljande månader. Som en helhet över årets samtliga månader var besöksfrekvensen under år 2018 lägre än vad den var år 2017, även då januari–mars 2018 exkluderas från jämförelsen. Inte heller när statistiken delas upp på delgrupper av befolkningen, såsom kön, ålder, inkomst, utbildningsnivå och anknytning till arbetsmarknaden, syns tydliga tecken på ett förändrat besöksmönster i befolkningen. Utredning kan därmed konstatera att det i besöksstatistiken inte finns några tydliga tecken på den höjda nivån i ATB har medfört fler tandvårdsbesök.

Att höjningen av ATB har haft en begränsad effekt på besöken i tandvården bekräftas av en rapport från TLV från år 2019.[112] Myndigheten konstaterar att reformen bara påverkade besöksfrekvensen

[110] Försäkringskassan. 2011. *Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008 – analys ur ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv.*
[111] Regeringens hemsida https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/09/fler-ska-harad-att-ga-till-tandlakaren, uttag 2020-09-28.
[112] TLV. 2019. *Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018.*

bland personer 75 år och äldre. Rapporten visar vidare att de patienter som besökte tandvården förvisso fick fler förebyggande åtgärder utförda vid sina tandvårdsbesök, men att storleken på ATB påverkade vilka åtgärder som utfördes vid undersökningsbesöket. Förhöjt ATB medför kan på så vis öka risken för icke odontologiskt motiverad konsumtion av förebyggande tandvård.[113]

Figur 6.64 Tandvårdsbesök per månad, april 2016–april 2019



Källa: SCB. Anmärkning: År 2016 är befolkningen personer 20 år och äldre, år 2017 personer 22 år och äldre, år 2018 personer 23 år och äldre och slutligen år 2019 personer 24 år och äldre.

Drygt 80 procent använder ATB i samband med undersökning

Utredningen har med stöd av TLV gjort en studie av de tillstånd som har rapporterats in av vårdgivaren vid det besök då patienten har använt sitt ATB. Studien visar att 83 procent av de patienter som under år 2018 nyttjade sitt ATB, gjorde detta i samband med en undersökning.[114] Den klart vanligaste situationen var att patienten nyttjade sitt ATB då besöket endast gällde en basundersökning (26 procent av samtliga besök). Det var även vanligt att ATB nyttjades vid ett besök då patienten utöver en basundersökning även fick behandling

[113] TLV. 2019. *Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018.*
[114] En undersökning definieras i studien som att patienten har haft ett tillstånd i 1000-serien (undersökningar och utredningar).

för tillstånden gingivit (13 procent), tandsten (6 procent) och parodontit (5 procent).

6.7.13 Patienternas nyttjande av STB

STB är ett bidrag för personer som riskerar att få försämrad tandhälsa på grund av vissa sjukdomar och funktionsnedsättningar. Stödet betalas ut halvårsvis och kan användas som en delbetalning vid förebyggande tandvårdsåtgärder eller abonnemangstandvård. För en mer detaljerad beskrivning av STB, se kapitel 4.

Försäkringskassans statistik visar att antalet personer med STB ökar stadigt varje år. År 2019 mottog 69 000 personer STB vilket kan jämföras med 22 000 personer år 2013 då stödet infördes. Även under perioden 2017–2019 har antalet mottagare ökat, detta trots att åldersgränsen för STB i steg har höjts som en följd av att personer 20–23 år successivt har kommit att omfattas av regionernas tandvård till barn och unga vuxna. Ungefär två tredjedelar av patienterna med STB är kvinnor, en andel som har varit konstant sedan år 2013. Totalt betalade Försäkringskassan ut 57 miljoner kronor i STB under år 2019. Det genomsnittliga bidraget under året var därmed 835 kronor per mottagare av stöd.

Nyttjandet av STB varierar över landet och mellan vårdgivare

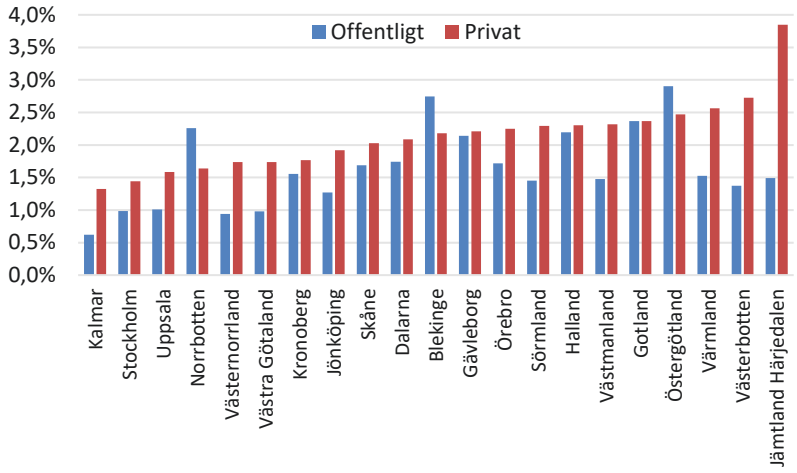
Nyttjandet av STB skiljer sig såväl mellan regioner som mellan privata och offentliga vårdgivare. Av de offentliga vårdgivarnas patienter fick 1,4 procent STB år 2019 vilket kan jämföras med en andel på 1,9 procent av de privata vårdgivarnas patienter samma år. Skillnaderna kan delvis förklaras av den högre medelåldern för privattandvårdens patienter.

Som framgår av figur 6.65 nedan var andelen patienter med STB var lägst, omkring 1 procent, i Kalmar, Stockholm och Uppsala. Relativt sett var det därmed nästan tre gånger vanligt att ha STB i Jämtland Härjedalen och Östergötland. En regional jämförelse mellan offentliga och privata vårdgivare visar att det fanns en stor spridning i hur mycket stödet nyttjades. Högst var andelen patienter med STB för privata vårdgivare i Jämtland Härjedalen (3,8 procent) och Norrbotten (2,7 procent), en andel som var dubbelt så hög som för

offentliga vårdgivare i dessa regioner. I andra regioner, såsom Gävleborg, Halland och Gotland, var emellertid andelen med STB lika hög bland offentliga och privata vårdgivare.

Figur 6.65 Mottagare av STB per region och vårdgivartyp, år 2019

Andel av samtliga patienter med statligt tandvårdsstöd



Källa: Försäkringskassan.

STB ges oftast för muntorrhet efter läkemedelsbehandling

Det är i dag 13 diagnoser som berättigar till STB (läs mer om dessa i kapitel 4). Statistik från Socialstyrelsen visar att muntorrhet på grund av läkemedelsbehandling var det vanligaste skälet till att få STB. År 2018 fick sammanlagt fick 24 100 personer STB på grund av detta skäl någon gång under året, vilket motsvarande drygt 40 procent av samtliga personer med stöd.[115] Även immunosuppression på grund av läkemedelsbehandling (8 100 personer) och Sjögrens syndrom (6 400 personer) var vanliga skäl till att få STB år 2018. Minst vanligt var det att få STB på grund av cystisk fibros (100 personer) och tarmsvikt (150 personer).

Även om nyttjandet av STB ökar varje år, är antalet mottagare långt ifrån de 285 600 personer som i förarbeten till reformen uppskattades kunna beröras av reformen när den trädde i kraft.[116] Antalet patienter med svårinställd diabetes, KOL, och frätskador upp-

[115] Statistik för år 2019 hade ännu inte publicerats vid slutförandet av betänkandet.
[116] Prop. 2011/12:7. *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar*.

gick år 2018 till endast omkring 5 procent av skattat antal. I den största gruppen, muntorrhet på grund av läkemedelsbehandling, uppgick var antalet patienter 16 procent av den skattade personkretsen. Två tillstånd sticker ut genom att kraftigt överstiga de skattningar som gjordes i dåvarande utredning; Sjögrens syndrom (183 procent fler patienter än uppskattat) samt muntorrhet på grund av strålbehandling (172 procent fler patienter än uppskattat).

Tabell 6.5 Personer med STB efter skäl för stöd, år 2018

Antal och andel av samtliga patienter med stödet

Skäl för stöd	Antal	Andel	Andel av skattad personkrets
Muntorrhet p.g.a. läkemedelsbehandling	24 096	40,8 %	16 %
Muntorrhet p.g.a. strålbehandling ÖNH	3 259	5,5 %	172 %
Sjögrens syndrom	6 388	10,8 %	183 %
KOL med syrgas eller näringsdryck	960	1,6 %	7 %
Cystisk fibros	103	0,2 %	34 %
Ulcerös kolit	5 725	9,7 %	81 %
Crohns sjukdom	5 311	9,0 %	54 %
Tarmsvikt	156	0,3 %	31 %
Frätskador p.g.a. ätstörning eller reflux	789	1,3 %	3 %
Svårinställd diabetes	1 497	2,5 %	4 %
Pågående dialysbehandling	598	1,0 %	50 %
Immunosuppression p.g.a. läkemedelsbehandl.	8 069	13,7 %	27 %
Genomgången organtransplantation	2 047	3,5 %	44 %
Totalt	**58 998**	**100,0 %**	**21 %**

Källa: Socialstyrelsen.

Det är en låg andel av de berättigade som nyttjar STB

Socialstyrelsen publicerar årligen statistik över nyttjandet av STB för patientgrupper som är berättigade till bidrag enbart på grund av sin diagnos. Statistiken visar att det är relativt få personer som är berättigade till STB enligt lagstiftningen som i praktiken nyttjar bidraget. Tabell 6.6 nedan visar en sammanställning av nyttjandet av STB hos personer med Sjögrens syndrom, Crohns sjukdom, cystisk fibros och ulcerös kolit. För alla sjukdomsgrupper är det färre än hälften av de personer som har en diagnos enligt Socialstyrelsens patientregister samt besökt tandvården under perioden 2013–2019 som någon

gång under denna tid nyttjat STB. I jämförelsen är andelen som nyttjat STB lägst för patienter med diagnosticerad Ulcerös kolit, 18 procent, och högst för patienter med Sjögrens syndrom, 42 procent. Inom alla fyra patientgrupper nyttjar kvinnor STB i högre utsträckning än män, vilket samstämmer med hur det ser ut för övriga grupper som är berättigade till bidraget. En bristande kännedom om stödet hos såväl patienter som vårdgivare har av Socialstyrelsen lyfts som en trolig förklaring till det låga nyttjandet.[117] Samtidigt har införandet av STB medfört att personer inom de fyra patientgrupperna besöker tandvården fler gånger än innan stödet infördes. Det var även fler personer som fick minst två förebyggande åtgärder.

Tabell 6.6 Patienter som fått utbetalning av STB, år 2013–2019

Andel av personer diagnostiserade med sjukdomen

	Sjögrens syndrom	Crohns sjukdom	Cystisk fibros	Ulcerös kolit
Män	27,0 %	19,9 %	18,0 %	15,9 %
Kvinnor	43,8 %	27,0 %	21,7 %	20,9 %
Totalt	**42,0 %**	**23,6 %**	**19,8 %**	**18,4 %**

Källa: Socialstyrelsen.

Ovanligt att vårdgivare ansöker om förhandsprövning

Om vårdgivaren inte kan bedöma huruvida patienten uppfyller villkoren för STB, eller om patienten själv vill pröva sitt berättigande, finns möjlighet att ansöka om förhandsprövning hos Försäkringskassan. År 2018 ansökte 1 009 patienter om förhandsprövning av STB. Av ansökningarna godkändes 39 procent, 45 procent avslogs och 16 procent avskrevs. Flest ansökningar inkom rörande muntorrhet på grund av läkemedelsbehandling. För detta tillstånd syns även den högsta andelen avslag (59 procent). Det var relativt ovanligt att vårdgivaren ansökte om förhandsprövning om STB, endast 109 vårdgivare gjorde detta år 2018. Av vårdgivarnas ansökningar godkändes 59 procent, 23 procent avslogs och 18 avskrevs. Även här inkom flest ansökningar till Försäkringskassan rörande muntorrhet på grund av läkemedelsbehandling.

[117] Socialstyrelsen. 2017. *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget – Delrapport.*

6.7.14 Felaktiga utbetalningar i det statliga tandvårdsstödet

Inom det statliga tandvårdsstödet är det inte patienten utan vårdgivaren som är ålagd att ansöka om ersättning från Försäkringskassan för de åtgärder som utförs på patienten. Detta förfarande sker digitalt och automatiserat via vårdgivarens journalsystem utifrån vårdgivarens ansökan om ersättning för patientens behandling.

Delegationen för korrekta utbetalningar i välfärdssystemen konstaterar i sin fjärde rapport från år 2019 att de felaktiga utbetalningarna från det statliga tandvårdsstödet motsvarar drygt 5 procent av samtliga utbetalningar.[118] Detta motsvarar ett belopp på ungefär 300 miljoner kronor i 2016 års prisnivå med en uppskattad felmarginal på 75 miljoner kronor, varav merparten uppstår inom högkostnadsskyddet.[119] I studien konstateras vidare att konstruktionen av det statliga tandvårdsstödet medför att det främst är i vårdgivarens process att ansöka om ersättning som risken för felaktigheter uppstår, detta då nästan alla ansökningar per automatik genererar en utbetalning utan att en handläggare undersöker ärendet. Försäkringskassan genomför dock ett stort antal automatiserade kontroller för att minska dessa felaktigheter.

Som framgår av tabell 6.7 nedan rör felaktigheterna framför allt patientens tillstånd och att utförda åtgärderna kopplade till tillståndet inte uppfyller villkoren för tandvårdsstödet. Exempel på sådana situationer är om vårdgivaren inte utför en åtgärd på korrekt sätt eller att ett annat tillstånd eller åtgärd borde har angetts än den som skickades till Försäkringskassan. Därtill konstateras fall där vårdgivaren i efterhandskontroller inte med korrekt dokumentation kunnat styrka patientens tillstånd eller den åtgärden som utfördes.

I de fall då en felaktig utbetalning har skett uppskattas att ungefär två tredjedelar av de konstaterade felaktigheterna beror på misstänkt avsiktliga fel av oseriösa aktörer och resterande tredjedel på oavsiktliga fel. Trots detta bedöms inte det statliga tandvårdsstödet vara ett ersättningssystem med väsentlig risk för felaktiga utbetalningar. Detta beror på att Försäkringskassan, i och med att systemet är nästan helt automatiserat, har goda möjligheter att följa upp de utbetalningar som sker via slumpmässiga efterhandskontroller. Att fel-

[118] Delegationen för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen. 2019. *Läckaget i välfärdssystemen, del 1.* Rapport 4, juni 2019.
[119] Uppskattningen grundas på en studie av eventuella felaktigheter som upptäcktes i efterhandskontroller av ett slumpmässigt urval av enstaka inrapporterade åtgärder under år 2016.

aktigheter uppstår oavsiktligt är även något som har lyfts fram under de verksamhetsbesök som utredningen har gjort. I dessa sammanhang lyfts särskilt svårigheten med en helt korrekt rapportering inom ett system där antalet och tillstånd och åtgärder uppgår till ett hundratal. Jämfört med övriga ersättningssystem bedöms de felaktiga utbetalningarna inom det statliga tandvårdsstödet vara något högre än inom föräldrapenning, studiestödet, arbetslöshetsförsäkringen men klart lägre än inom nystartsjobb, lönebidrag och tillfällig föräldrapenning.

Tabell 6.7 Felaktiga utbetalningar inom det statliga tandvårdsstödet efter anledning för avslag, år 2016

Procentuell fördelning

Avslagsanledning	Andel (%)
Åtgärden är inte slutförd vid rapporteringstillfället	0,1
Tillstånd eller åtgärd – villkor inte uppfyllda. Alternativ saknas	37,0
Tillstånd eller åtgärd – villkor inte uppfyllda. Alternativ finns	32,5
Begärd dokumentation har inte inkommit från vårdgivaren	20,5
Dokumentation som styrker tillstånd eller åtgärd saknas	6,8
Specialistpris är inte ersättningsberättigad	1,2
Övriga skäl	1,9

Källa: Försäkringskassan.

6.8 Patienter med abonnemangstandvård

Abonnemangstandvård skiljer sig från övriga delar i det svenska tandvårdssystemet eftersom patienten ingår ett avtal med vårdgivaren om tandvård till ett fast pris under en avtalsperiod mot en avgift som betalas månadsvis.[120] Eftersom abonnemangstandvård inte är ersättningsgrundande, är den nationell statistiken om den tandvård som utförs bristfällig. Dock finns uppgifter om de mottar abonnemangstandvård eftersom ATB och STB används som delbetalning av avgiften. Statistiken nedan avser den abonnemangstandvård som bedrivs av folktandvården.

[120] Abonnemangstandvården består i stor utsträckning av förebyggande vård och omfattar bland annat undersökningar och utredningar, hälsofrämjande åtgärder, sjukdomsförebyggande åtgärder m.m. För en mer utförlig beskrivning av avtalsvillkoren, se kapitel 4.

6.8.1 Abonnemangstandvården ökar i omfattning

Trots att abonnemangstandvården har funnits som en del i tandvårdssystemet sedan år 1999, var anslutningen initialt blygsam. Fram till och med införandet av det statliga tandvårdsstödet år 2008 hade 180 000 patienter någon gång tecknat ett abonnemangsavtal.[121] Sedan år 2008 har antalet personer med abonnemangstandvård ökat kraftigt. I slutet av år 2008 hade cirka 30 000 personer ett avtal, vilket motsvarade 0,4 procent av befolkningen 20 år och äldre. I slutet av år 2019 hade så många som 787 000 personer ett abonnemangsavtal, vilket motsvarade en andel på 10,5 procent av befolkningen 24 år och äldre. Jämfört med år 2018 ökade antalet mottagare med 8 000 personer, vilket procentuellt sätt var en något lägre ökning än de senaste 10 åren.

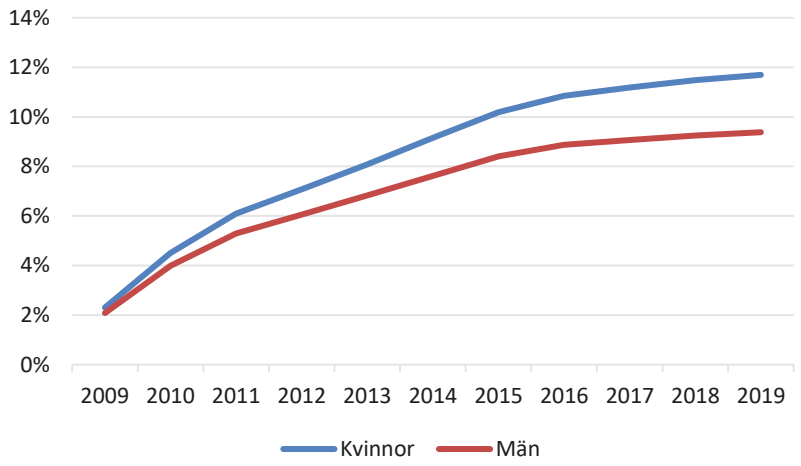
6.8.2 Unga kvinnor är mest benägna att ingå avtal om abonnemangstandvård

Under hela den studerade perioden 2009–2019 har det varit vanligare bland kvinnor än bland män att ingå avtal om abonnemangstandvård. Skillnaderna mellan könen sett till andelen med abonnemangstandvård har också ökat de senaste 10 åren. Denna utveckling syns tydligt i figur 6.66 nedan. År 2019 hade 12 procent av alla kvinnor 24 år och äldre abonnemangstandvård. Motsvarande andel för män var 9 procent. I relation till antalet patienter med statligt tandvårdsstöd var andelen med abonnemangstandvård 20 procent för kvinnor och 18 procent för män.

[121] Försäkringskassan. 2012. *Abonnemangstandvård. En beskrivning av abonnemangstandvården och de patienter som tecknar avtal.* Data för de första åren efter abonnemangstandvårdens införande är dock inte helt tillförlitliga.

Figur 6.66 Kvinnor och män med abonnemangstandvård, år 2009–2019

Andel av befolkningen 24 år och äldre den 31/12 respektive år

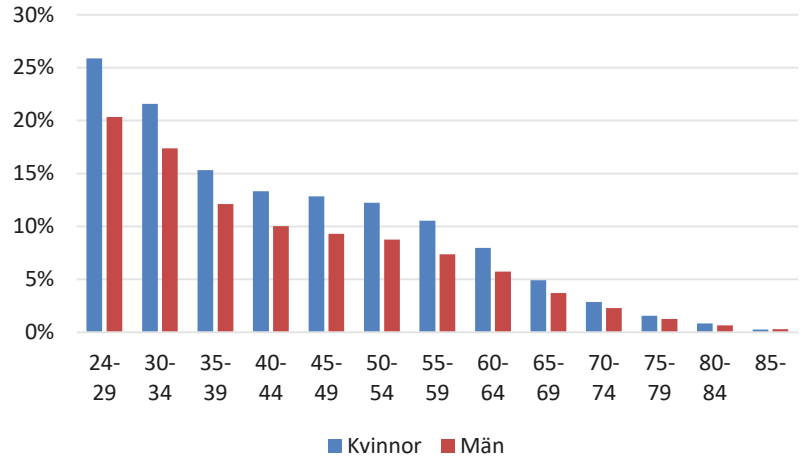


Källa: Försäkringskassan.

Abonnemangstandvård är framför allt vanligt bland unga vuxna patienter. Detta kan sannolikt till stor del förklaras av att många väljer att ingå ett abonnemangsavtal med folktandvården när man inte längre omfattas av tandvården till barn och unga. Det är också sannolikt att man som ung känner ett större behov att försäkra sig mot oförutsedda tandvårdskostnader. År 2019 var det nästan var fjärde person mellan 24–29 år som hade abonnemangstandvård. Ju äldre patienten är, desto mindre vanligt är det med abonnemangstandvård. År 2019 hade 5 procent av personer äldre än 65 år och 0,3 procent av personer äldre än 85 år abonnemang. I nästan samtliga åldersgrupper har kvinnor abonnemangstandvård i högre utsträckning än män. Särskilt vanligt är det att yngre kvinnor har abonnemangstandvård, vilket framgår av figur 6.67 nedan. I åldersgruppen 24–29 år var andelen med abonnemangstandvård bland kvinnor 26 procent jämfört med 20 procent bland män.

Figur 6.67 Kvinnor och män med abonnemangstandvård efter ålder, år 2019

Andel av befolkningen 24 år och äldre den 31/12



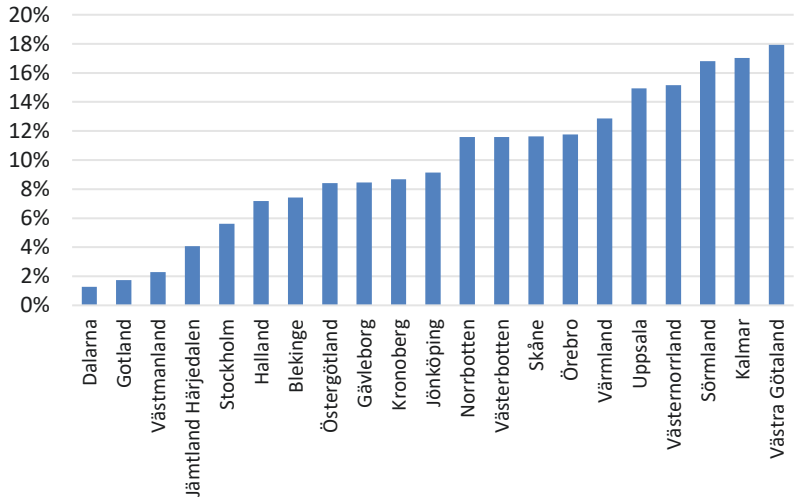
Källa: Försäkringskassan.

6.8.3 Regionerna tillämpar modellen i varierande grad

Hur vanlig modellen med abonnemangstandvård är skiljer sig mellan regioner. Detta framgår av figur 6.68 nedan. I Västra Götaland, Sörmland och Kalmar var det drygt 17 procent av befolkningen som hade abonnemangstandvård i slutet av år 2019 jämfört med ungefär 2 procent i Dalarna, Gotland och Västmanland. Generellt sett verkar inte abonnemangstandvård vara ett renodlat storstads- eller landsbygdsfenomen, utan snarare en tandvårdsmodell som vissa regioner av olika skäl väljer att tillämpa. Exempelvis skiljer sig andelen med abonnemangstandvård relativt stort mellan de tre befolkningsmässigt största regionerna Västra Götaland (17 procent), Skåne (11 procent) och Stockholm (6 procent).

Figur 6.68 Personer med abonnemangstandvård per region, år 2019

Andel av befolkningen 24 år och äldre den 31/12



Källa: Försäkringskassan.

6.8.4 Abonnemangstandvård är mindre vanligt i socioekonomiskt utsatta grupper

Baserat på statistik från SCB har utredningen genomfört en studie över hur vanligt det var för olika grupper i befolkningen att ingå avtal om abonnemangstandvård under treårsperioden 2017–2019.[122] Resultaten från studien visar att såväl disponibel inkomst som andra socioekonomiska faktorer som utbildning, födelseland och anknytning till arbetsmarknaden har betydelse för i vilken utsträckning man som patient tecknar ett avtal om abonnemangstandvård.

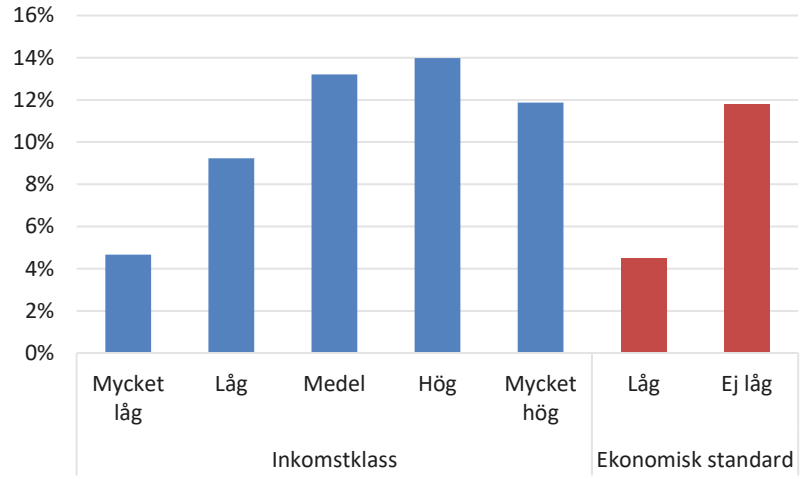
Inkomst är en faktor som spelar en stor roll för benägenheten att teckna ett abonnemangsavtal. Detta framgår av figur 6.69 nedan. Under perioden 2017 och 2019 var det mindre än hälften så vanligt att personer med en låg ekonomisk standard tecknade ett abonnemangsavtal jämfört med övriga befolkningen.[123] En jämförelse mel-

[122] Statistiken i detta avsnitt bygger på uppgifter från tabellpaketet Tandvårdsindikatorerna som tas fram av SCB. I indikatorpaketet representeras den aktiva patientstocken med abonnemang av antalet personer som under perioden 2017–2019 har tecknat ett abonnemang.
[123] Personer med en låg ekonomisk standard lever i ett hushåll som har en disponibel inkomst per konsumtionsenhet som understiger 60 procent av medianinkomsten i befolkningen. År 2016 var cirka 14 procent av befolkningen i denna ekonomiskt utsatta situation. Referensgruppen är personer med en inkomst på 60% av medianinkomsten eller högre.

lan olika inkomstgrupper visar att det var minst vanligt bland de med mycket låga inkomster att teckna abonnemangsavtal.[124] I denna grupp var det endast 5 procent hade abonnemangstandvård under perioden 2017–2019. Ju högre inkomst, desto vanligare var det med abonnemangstandvård med undantaget att andelen med abonnemang var något lägre i den allra högsta inkomstgruppen. Trots att abonnemangstandvårdens betalningsmodell med en månatlig avgift syftar till att sänka tröskeln för att ingå avtal, finns ändå klara indikationer på att priset upplevs som ett hinder av många med låg inkomst.

Figur 6.69 Abonnemangstandvård efter inkomst, år 2017–2019

Andel av befolkningen 24 år och äldre den 31/12 i respektive grupp



Källa: SCB.

Även utbildningsnivån spelar en roll för nyttjandet av abonnemangstandvård. Under perioden 2017–2019 var andelen med abonnemang, drygt 14 procent, bland personer med eftergymnasial utbildning. Detta kan jämföras med en andel på knappt 5 procent av de med förgymnasial utbildning. En bakomliggande faktor till resultaten kan vara att såväl utbildningsnivån som nyttjandet av abonnemangstandvård generellt är lägre bland äldre.

Vidare framgår av studien att det är mer än dubbelt så vanligt att teckna ett abonnemang mellan åren 2017–2019 om man hade svensk

[124] Inkomstgrupperna avser den kvintil individen tillhör, se, se avsnitt 6.7.2 för beskrivning.

bakgrund jämfört med om man hade utländsk bakgrund.[125] Personer med en svag anknytning till arbetsmarknaden var en annan grupp där få hade abonnemangstandvård. I gruppen sjuk- eller aktivitetsersättning var andelen med abonnemang under den studerade perioden 4 procent och i gruppen ekonomiskt bistånd 1 procent.

6.8.5 Låg sjukdomsrisk bland patienter med abonnemang

Patienten betalar en avgift varje månad för den tandvård som omfattas av abonnemanget. Abonnemangsavgiften fastställs utifrån patientens risk för sjukdom i tio nivåer, där en större sjukdomsrisk innebär en högre avgift. Som framgår av tabell 6.8 nedan är det vanligast att som abonnemangspatient ha en låg sjukdomsrisk och därmed betala en låg avgift. Ungefär två tredjedelar av patienterna med avtal ingick i avgiftsklasserna 1 till 3 och betalade därmed relativt låga avgifter. Vilket även framgår av tabellen, är det sett över hela landet ovanligt med abonnemangsavtal om man som patient har en hög sjukdomsrisk. År 2018 var det 10 procent av patienterna som ingick i avgiftsklasserna 6 eller högre. Endast 2 000 personer ingick i de två högsta avgiftsklasserna 9 och 10.

Nivån för avgiftsklasserna beslutas av varje region och varierar därför något över landet. I tabell 6.8 har utredningen sammanställt nivån för de 10 avgiftsklasserna i tre folktandvårdsorganisationer – Stockholm, Kalmar och Kronoberg. Sammanställningen visar att det finns vissa skillnader mellan regionerna när det gäller den avgift som patienten betalar per månad för ett abonnemangsavtal. Stockholm har något högre avgifter för de patienter som ingår i de högsta avgiftsklasserna 6–10. Kalmar har å andra sidan något högre avgifter för patienter som ingår i avgiftsklass 4 och 5 medan avgiften är något högre i Kronoberg för de friskaste patienterna.

[125] Se avsnitt 6.7.2 för definition av begreppet utländsk bakgrund.

Tabell 6.8 Kostnad per avgiftsklass i Folktandvården Stockholm, Kalmar och Kronoberg samt andel patienter totalt, år 2018

Avgiftsklass	Andel av patienter (Riket)	Avgift för abonnemangstandvård, kr/månad		
		FTV Stockholm	FTV Kalmar	FTV Kronoberg
1	16 %	54	50	63
2	25 %	80	72	79
3	22 %	117	114	114
4	18 %	163	168	155
5	10 %	224	237	212
6	6 %	293	287	268
7	2 %	384	363	342
8	1 %	462	450	422
9	0,1 %	572	540	504
10	0,1 %	703	687	583

Källa: Försäkringskassan, Region Stockholm, Region Kalmar och Region Kronoberg.

6.9 Patienter inom särskilt tandvårdsstöd

Det regionala särskilda tandvårdsstödet har till syfte att möta behovet hos vissa grupper av vuxna med sjukdom, funktionshinder eller omfattande omsorgsbehov. Eftersom tandvårdsbehovet kan vara stort för dessa patienter är det inte relevant att studera besöksfrekvenser utan snarare hur stort behovet i befolkningen kan bedömas vara (utifrån kriterierna som berättigar till stöd) och i den mån det kan finnas en regional spridning. Som bland annat har lyfts fram av Socialstyrelsen, skiljer sig bedömningen åt mellan regionerna kring vilka patienter och vilken tandvård som ska omfattas av stöden.

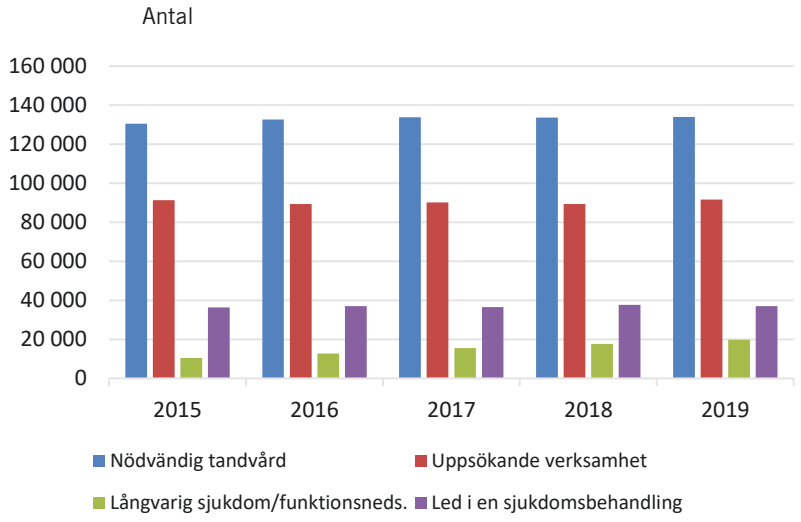
Statistiken i detta avsnitt avser genomgående tandvården för de personer som omfattas av 3, 4–7 §§ tandvårdsförordningen samt 8 a § första stycket tandvårdslagen. Personer till och med 23 års ålder med särskilda behov omfattas av regionens tandvård till barn och unga vuxna och ingår därför inte i sammanställningen. I de fall statistiken hämtas från SKR finns uppgifter för år 2019 tillgängliga. Statistiken från tandhälsoregistret avser år 2018 eftersom datakvaliteten för de särskilda stöden var för låg år 2019.

Statistiken för de särskilda stöden är strukturerad så att antalet mottagare är uppdelade per typ av stöd. En patient kan ha ingått i flera särskilda stöd under ett år, och det finns därför ingen bra skattning på exakt hur många unika individer som har särskilt stöd under

ett år. Personer som ingått i den uppsökande verksamhet tillhör personkretsen för nödvändig tandvård, och har därför i många fall fått insatser inom båda dessa stöd. Det är potentiellt möjligt att en patient kan ha bytt stöd mellan två år, men det är enligt bedömare som utredningen talat med en ovanlig situation.

Sammanlagt hade ungefär 220 000 personer något av de särskilda tandvårdsstöden år 2019.[126] Andelen med stöd i befolkningen 24 år och äldre var 3,0 procent, vilket var ett oförändrat värde jämfört med år 2018. Sett över de senaste 5 åren har andelen mottagare av särskilt tandvårdsstöd i befolkningen ökat något, detta trots att åldersgränsen för då man kan få stödet har höjts från 20 till 24 år. Stödet för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning infördes år 2013, och det är framför allt inom detta stöd som antalet mottagare har ökat de senaste åren, se figur 6.70.

Figur 6.70 Personer inom särskilt tandvårdsstöd, år 2015–2019



Källa: SKR. Anmärkningar: En patient kan ingå i flera stöd under ett år. Tandvård som led i en sjukdomsbehandling omfattar i figuren även tandvård för extremt tandvårdsrädda och utbyte av fyllningar. Oralkirurgiska åtgärder är inte inkluderade i sammanställningen.

[126] Hänsyn tas till att en patient ofta har både nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet under året. I övrigt kan viss dubbelräkning av patienter som hade två olika stöd förekomma.

6.9.1 Patienter inom oralkirurgiska åtgärder

Socialstyrelsens tandhälsoregister innehåller till viss del uppgifter om tandvård som utförs till hälso- och sjukvårdsavgift. Dock saknas uppgifter om tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och oralkirurgisk tandvård som kräver sjukhusets resurser. SKR publicerar årligen uppgifter om antal patienter och kostnader för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling men inte för oralkirurgin. Informationen om den oralkirurgi som utförs i landet är därför mycket bristfällig. I viss mån kan oralkirurgisk tandvård ingå i SKR:s sammanställningar av kostnader för regionernas specialisttandvård, dock kan kostnaderna inte särredovisas. Kostnaden kan även bokföras mot hälso- och sjukvården som en sjukhuskostnad.

Med anledning av den bristande informationen, har utredningen kontaktat regionerna direkt för uppgifter om den oralkirurgi som utförs i enlighet med 2 § tandvårdsförordningen. På denna förfrågan har utredningen fått in uppgifter från 7 regioner.[127] Baserat på dessa underlag uppskattas antalet patienter med oralkirurgisk tandvård till drygt 30 000 personer. Detta är något fler patienter jämfört med en tidigare uppskattning på 20 000 personer som regeringen gjorde år 2011.[128] Det ska också extra noteras att uppskattningen är osäker med tanke på att samtliga svarande regioner bedömde de utlämnade uppgifterna som ofullständiga. Regionerna gör också olika bedömningar av vilken tandvård som omfattas av begreppet oralkirurgi och risk finns att uppgifterna till del omfattar oralkirurgi som hänförs till det statliga tandvårdsstödet.

6.9.2 Patienter inom nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet

Om en person har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser, eller som omfattas av LSS, har man möjlighet till ett erbjudande om avgiftsfri uppsökande munhälsobedömning och även nödvändig tandvård.

[127] En majoritet av regionerna har uppgett att de inte har några uppgifter om den oralkirurgiska tandvården. De regioner som hade tillgång till vissa uppgifter om oralkirurgi var Jämtland-Härjedalen, Dalarna, Västra Götaland, Värmland, Västerbotten, Blekinge och Stockholm.
[128] Prop. 2011/12:7. *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar.*

Statistik från SKR visar att ungefär 170 000 personer ingick i personkretsen för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård år 2019.[129] De flesta personer som nåddes av den uppsökande verksamheten hade även nödvändig tandvård, men det förekommer att man under ett år endast tar del av den uppsökande verksamheten. Totalt fick 134 000 personer nödvändig tandvård år 2019. Om de med insatser inom den uppsökande verksamheten medräknas, fick 163 000 personer stöd under året vilket motsvarande 2,2 procent av befolkningen 24 år och äldre. Jämfört med år 2018 var det ungefär lika många personer som fick nödvändig tandvård, men sett över de senaste 10 åren har antalet mottagare ökat med 30 procent.

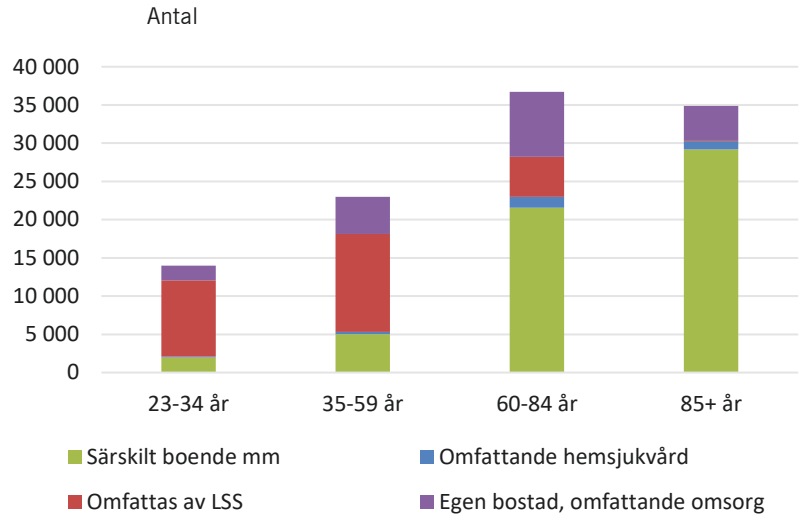
Vanligast för äldre patienter att ha nödvändig tandvård

I figur 6.71 nedan visas statistik från Socialstyrelsen om ålder och tillstånd för de personer som mottog nödvändig tandvård under år 2018. Mottagarna av nödvändig tandvård är företrädelsevis äldre personer från 60 år och uppåt, ett resultat som beror på att ett skäl till att få stöd är ett ökat omvårdnadsbehov.

Personer i åldrarna 23–34 år motsvarade 13 procent av samtliga mottagare av stöd år 2018, och inom denna åldersgrupp var drygt 70 procent LSS-patienter. Inom åldersspannet 35–59 år återfanns 21 procent av de med stöd och även här var patienter med LSS-insats i majoritet. 34 procent av samtliga med stöd var 60–84 år gamla och majoriteten av dessa personer hade särskilt boende som orsak till stödet. Även personer 85 år och äldre nyttjar nödvändig tandvård i stor utsträckning. Totalt sett var 32 procent av samtliga mottagare i dessa åldrar. Bland de äldre var särskilt boende den klart största orsaken till att man fick stödet, följt av omfattande omsorgsbehov i hemmet. Att få nödvändig tandvård för omfattande hemsjukvård var ovanligt.

[129] SKR. 2020. *Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2019.*

Figur 6.71 Personer med nödvändig tandvård efter ålder och tillstånd, år 2018



Källa: Socialstyrelsen.

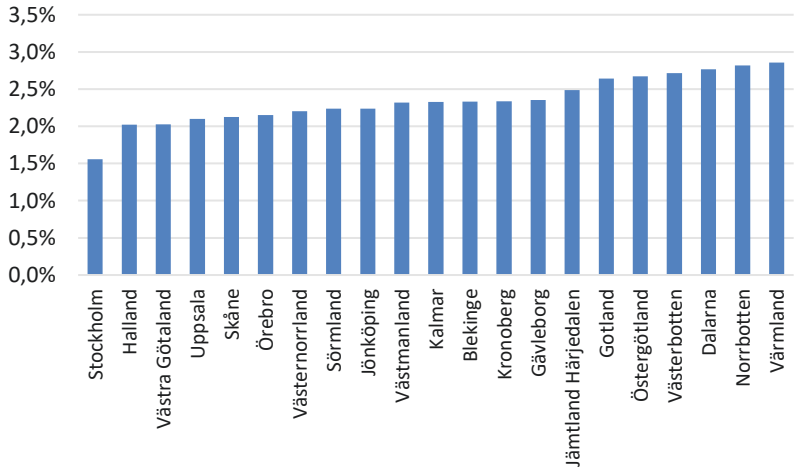
Andelen patienter med nödvändig tandvård varierar över landet

Hur vanligt det är att få nödvändig tandvård varierar stort över landet, se figur 6.72 nedan. Detta lyfts också fram i Socialstyrelsens utvärdering av regionernas särskilda tandvårdsstöd från år 2018.[130] De senaste 5 åren hade i genomsnitt nära 3 procent av den vuxna befolkningen i Värmland, Norrbotten och Dalarna nödvändig tandvård eller en insats från den uppsökande verksamheten.[131] I Stockholm var årsgenomsnittet 1,6 procent av den vuxna befolkningen under samma period. Skillnaderna i stödets omfattning kvarstår även när statistiken justeras för att åldersfördelningen ser olika ut i olika regioner.

[130] Socialstyrelsen. 2018. *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget.*
[131] Beräkningen tar hänsyn till att åldersgränsen för särskilt stöd har höjts under perioden.

Figur 6.72 Personer med nödvändig tandvård eller munhälsobedömning, år 2015–2019

Genomsnittlig andel av den vuxna befolkningen



Källa: SKR.

6.9.3 Patienter med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

SKR:s uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd visar att 19 900 personer fick tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning år 2019.[132] Detta motsvarade 27 mottagare per 10 000 invånare 24 år och äldre. Jämfört med år 2018 var det 2 100 fler personer som mottog stödet. Tandvårdsstödet infördes år 2013 och det har tagit viss tid för regionerna att implementera. Sedan dess har antalet personer med stöd ökat stadigt varje år. SKR:s uppföljning visar vidare att det är ungefär en fjärdedel av de personer som har tillhörighet till tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning som inte har fått tandvård under året. Denna andel har ökat över tid.

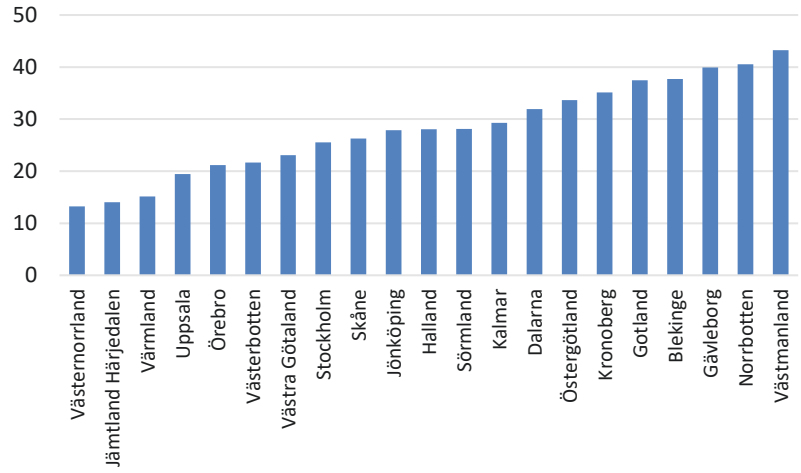
Antalet mottagare av tandvårdsstöd för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning skiljer sig stort mellan regioner vilket kan ses i figur 6.73 nedan. Flest mottagare av stöd i landet, drygt 40 per 10 000 invånare, fanns i Västmanland och Norrbotten. I dessa regioner var det 3 gånger så vanligt att få stödet än i Västernorrland,

[132] SKR. 2020. *Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2019.*

Jämtland Härjedalen (14 mottagare per 10 000 invånare). Hur man organiserar verksamheten, vilka resurser som avsatts för genomförandet samt samarbetet med hälso- och sjukvården bedöms av SKR vara faktorer bakom den stora regionala spridningen i antalet mottagare.[133]

Figur 6.73 Personer med tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning efter region, år 2019

Antal per 10 000 invånare 24 år och äldre



Källa: SKR.

Svår psykisk funktionsnedsättning är det vanligaste tillståndet

Det finns sammanlagt 11 tillstånd som ligger till grund för att få tandvårdsstöd för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (se kapitel 4). Antalet patienter med de olika tillstånden varierar kraftigt vilket framgår av tabell 6.9. Patienter med svår psykisk funktionsnedsättning utgör den enskilt största gruppen (37 procent av samtliga mottagare år 2019) följt av patienter med Parkinsons sjukdom (16 procent) och reumatoid artrit (11 procent). Mindre vanligt är att få stöd på grund av cerebral pares, amytrofisk lateralskleros, sklerodemi samt systemisk lupus erythematosus (mindre än 2 procent av samtliga mottagare).

[133] SKR. 2020. *Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2019.*

Tabell 6.9 Personer med tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning efter tillstånd, år 2019

Antal och andel patienter samt stödets omfattning i relation till tidigare uppskattad personkrets

Tillstånd	Antal	Andel	Andel av skattad personkrets
Svår psykisk funktionsnedsättning	7 290	36,7 %	36 %
Parkinsons sjukdom	3 099	15,6 %	103 %
Multipel skleros	966	4,9 %	74 %
Cerebral pares	318	1,6 %	53 %
Reumatoid artrit	2 098	10,6 %	105 %
Systemisk lupus erythematosus	338	1,7 %	17 %
Sklerodemi	285	1,4 %	57 %
Amytrofisk lateralskleros	277	1,4 %	55 %
Orofacial funktionsnedsättning	1 822	9,2 %	91 %
Stroke med kvarvarande symtom	1 900	9,6 %	11 %
Sällsynt diagnos	1 469	7,4 %	29 %
Totalt	**19 862**	**100,0 %**	**36 %**

Källa: SKR och Ds 2010:42.

Nyttjandet av stödet är fortfarande på en relativt låg nivå

Hur många personer som skulle kunna vara aktuella för att ta del av tandvårdsstödet för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning uppskattades i de underlagsarbeten som skrevs inför reformen år 2010.[134] Tabell 6.9 ovan visar hur väl uppskattningen överensstämmer med antalet patienter inom varje tillstånd som fick stödet år 2019. Sammanlagt bedömdes att 55 000 personer hade de tillstånd som skulle komma att beröras av det nya tandvårdsstödet. År 2019 var antalet mottagare av stödet fortfarande klart lägre än denna uppskattning. För tillstånden reumatoid artrit, Parkinsons sjukdom och orofacial funktionsnedsättning stämmer den uppskattade personkretsen väl överens med antalet patienter som i dag får stöd. Andra tillstånd nås mindre väl alternativt att personkretsens storlek överskattades i underlagsarbetena till reformen. Ett exempel är kvarvarande symtom efter stroke där personkretsen uppskattades vara ungefär 9 gånger större än antalet patienter som i dag har stöd på denna grund. Även nyttjandet bland personer med systemisk lupus

[134] Ds 2010:42 *Friskare tänder till rimliga kostnader – Även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning*, s. 173.

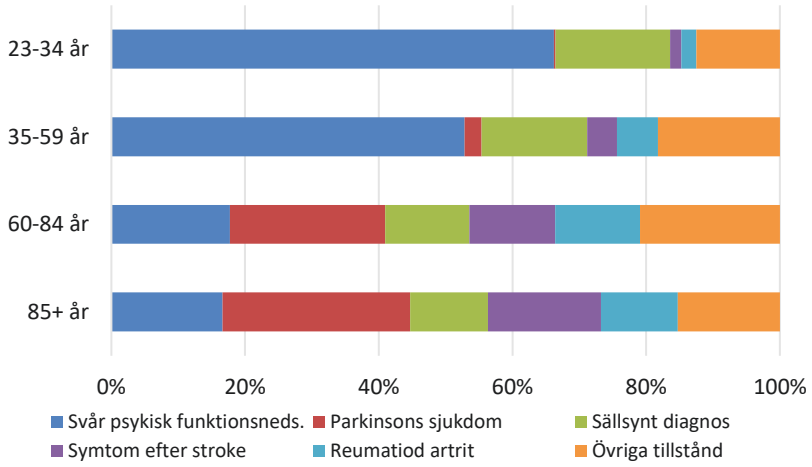
erythematosus, sällsynt diagnos och svår psykisk funktionsnedsättning är klart lägre av vad som initialt uppskattades. Vissa patientgrupper kan emellertid i stället omfattas av nödvändig tandvård och får då stöd därigenom.

Mer än varannan mottagare av stödet är mellan 60 och 84 år

Data från tandhälsoregistret visar att det är vanligast att i åldrarna 60–84 år få tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Mer än varannan mottagare av stöd var i dessa åldrar år 2018. Det skiljer sig mellan yngre och äldre patienter vilket tillstånd som ligger till grund för tandvårdsstödet vilket framgår av figur 6.74. Svår psykisk funktionsnedsättning var det klart vanligaste tillståndet bland patienter 23–59 år medan Parkinsons sjukdom var det vanligaste tillståndet bland patienter äldre än 60 år. Det är även vanligare att som äldre patient få tandvårdsstödet på grund av en sällsynt diagnos, reumatoid artrit, kvarstående symtom efter stroke och orofacial funktionsnedsättning.

Figur 6.74 Personer med tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning efter ålder och tillstånd, år 2018

Andel av personer med stöd



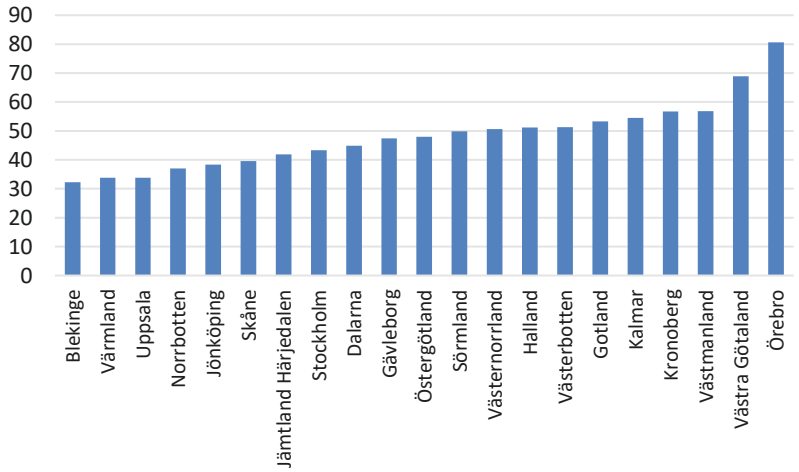
Källa: Socialstyrelsen.

6.9.4 Patienter med tandvård som led i sjukdomsbehandling

Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling skiljer sig från övriga särskilda stöd genom att den årliga statistiken till stor del omfattar olika individer från år till år. Eftersom exempelvis en infektionssanering inför ett sjukvårdsingrepp av medicinsk eller kirurgisk natur vanligen är övergående blir detta naturligt. Detsamma gäller en behandling av missbildning. Dock kan vissa patientgrupper återkomma med visst intervall, såsom behandling av skada vid epileptiskt anfall. På riksnivå brukar dessa variationer ta ut varandra, vilket framgår av statistik från SKR. År 2019 fick totalt 37 000 personer stöd för tandvård som ett led i sin sjukdomsbehandling. Antalet mottagare var något färre än år 2018, men i stort sett detsamma som för 5 år sedan. Inom en region finns emellertid betydande avvikelser mellan enstaka år. I figur 6.75 visas därför ett genomsnitt av antalet mottagare per 10 000 vuxna invånare mellan åren 2015 och 2019.[135] Blekinge, Värmland och Uppsala hade i genomsnitt per år cirka 35 mottagare per 10 000 vuxna invånare. I Örebro (81 mottagare) och Västra Götaland (69 mottagare) var mottagandet av stöd mer än dubbelt så högt i förhållande till befolkningen.

Figur 6.75 Personer med tandvård som led i en sjukdomsbehandling efter region, år 2015–2019

Genomsnittligt antal per 10 000 vuxna invånare



Källa: SKR.

[135] I beräkningen tas hänsyn till att åldersgränsen för särskilt stöd har höjts under perioden.

Vanligast att få stöd för behandling vid allvarlig sömnapné

Tandvårdsförordningen beskriver övergripande när patienten kan få tillhörighet till stöd för tandvård som en led i sjukdomsbehandling. Det är inte all tandvård till patienten som bekostas av regionen, utan endast den som hänförs till det specifika tillståndet. Tandvård som är ett led i sjukdomsbehandling avser totalt 10 behandlingsgrupper (se kapitel 4). Hur patienterna fördelas efter dessa behandlingsgrupper, visas i tabell 6.10 nedan. År 2019 var det vanligast är att få tandvårdsstöd för behandling vid allvarlig sömnapné (34 procent av samtliga patienter inom stödet) följt av infektionsbehandling inför kirurgiskt eller medicinskt ingrepp (30 procent). Att få särskilt stöd för tandvårdsbehandlingar av skada vid epileptiskt anfall respektive erosionsskador vid ätstörningssjukdom eller reflux var å andra sidan ovanligt. Färre än 100 patienter med denna sjukdomsbild mottog stöd under år 2019.

Tabell 6.10 Personer med tandvård som led i en sjukdomsbehandling per behandlingsgrupp, år 2019

Antal och andel patienter med stödet

Behandlingsgrupp	Antal	Andel
Behandling vid missbildning	1 255	3,4 %
Behandling vid defekt på grund av sjukdom	944	2,5 %
Behandling av skada vid epileptiskt anfall	68	0,2 %
Infektionsbehandling inför kirurgi eller medicinsk behandl.	11 226	30,3 %
Munslemhinneförändringar p.g.a. sjukdom m.m.	4 189	11,3 %
Utredning om odontologiskt samband med sjukdom	2 312	6,2 %
Behandling vid strålbehandling	2 242	6,1 %
Behandling vid orofaciala smärtsyndrom	1 431	3,9 %
Behandling vid allvarlig sömnapné	12 444	33,6 %
Behandling av erosionsskador vid ätstörning el. reflux	97	0,3 %
Totalt	**37 026**	**100,0 %**

Källa: SKR.

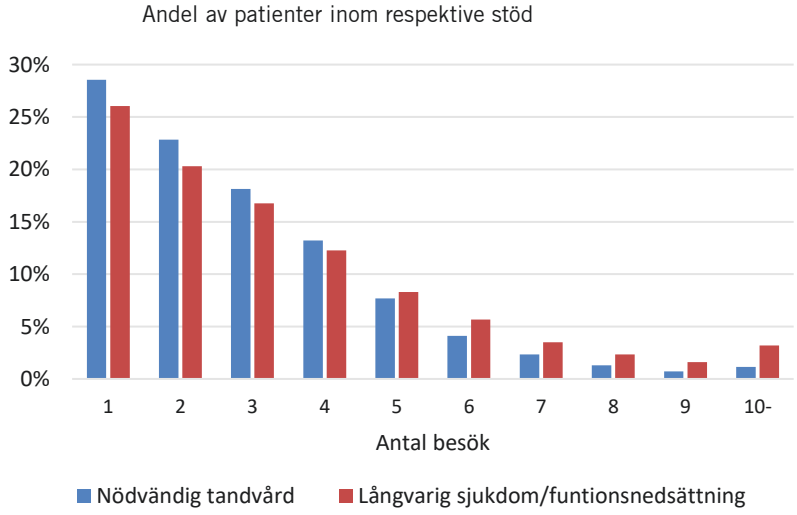
6.9.5 Personer med särskilt stöd besöker tandvården oftare

Patienter i det särskilda tandvårdsstödet har i regel ett större behov av tandvård än patienter i det statliga tandvårdsstödet. Detta innebär både fler tandvårdsbesök och att mer omfattande behandling vid

besöket vilket framgår av statistik från tandhälsoregistret. En patient med nödvändig besökte tandvården i genomsnitt drygt 3 gånger under år 2018. Personer med tandvård på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning besökte tandvården något oftare, i genomsnitt nästan 4 gånger per patient.

Besöksfördelningen för de båda patientgrupperna kan ses i figur 6.76. 51 procent av patienterna med nödvändig tandvård besökte tandvården en eller två gånger under år 2018. För patienter med tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning var andelen 46 procent. Som jämförelse besökte 70 procent av patienterna med statligt tandvårdsstöd tandvården en eller två gånger samma år (se avsnitt 6.7.4). 10 procent av de med nödvändig tandvård och 16 procent av de med tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning gjorde fler än 5 besök år 2018. För patienter med statligt tandvårdsstöd var andelen 5 procent. Framför allt inom stödet för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning finns patienter som frekvent behöver besöka tandvården. År 2018 gjorde 3 procent av patienterna 10 eller fler besök.

Figur 6.76 Antal tandvårdsbesök för personer med särskilt stöd, år 2018



Källa: Socialstyrelsen.

6.9.6 Tandvård för extremt tandvårdsrädda personer och utbyte av tandfyllningar

Utöver de ovan beskrivna särskilda stöden, svarar regionerna enligt tandvårdsförordningen även för behandling av personer med extrem tandvårdsrädsla och utbyte av tandfyllningar på grund av avvikande reaktioner mot dentala material. Sett i relation till de övriga särskilda stöden, är omfattningen av tandvården till dessa patientgrupper liten. Enligt statistik från SKR fick 674 personer stöd för behandling av tandvårdsrädsla, 135 personer stöd för utbyte av fyllningar vid avvikande reaktion samt 9 personer stöd för utbyte av fyllningar vid långvarigt sjukdomstillstånd år 2019.[136] Inom alla tre grupper var antalet mottagare av tandvårdsstöd därmed lägre än föregående år och klart lägre än för 5 år sedan. En förklaring till att få personer får stöd för sin tandvårdsrädsla är just att patientgruppen ofta undviker kontakt med tandvården.[137] Vad gäller utbyte av fyllningar kan färre amalgamfyllningar vara en orsak.

Tabell 6.11 Mottagare av tandvård för extremt tandvårdsrädda och utbyte av tandfyllningar, år 2015–2019

Antal personer

Stöd	2015	2016	2017	2018	2019
Behandling vid tandvårdsrädsla	846	893	912	733	674
Utbyte av fyllningar vid avvikande reaktion	206	191	163	135	135
Utbyte av fyllningar vid långvarig sjukdom	25	20	21	13	9

Källa: SKR.

6.9.7 Behandlingspanoramat för patienter med mer långvarigt särskilt stöd

I avsnitt 6.7 visades att en patient i det statliga tandvårdsstödet i genomsnitt besöker tandvården två gånger och får fyra åtgärder per år. Patienter med särskilt stöd har i regel ett stora svårigheter att sköta sin dagliga munhygien vilket kräver att mer omfattande tandvård utförs. Den samlade kunskapen om aspekter som besöksmönster och de åtgärder som utförs är emellertid knapphändig. Socialstyrelsen har därför på uppdrag av utredningen sammanställt

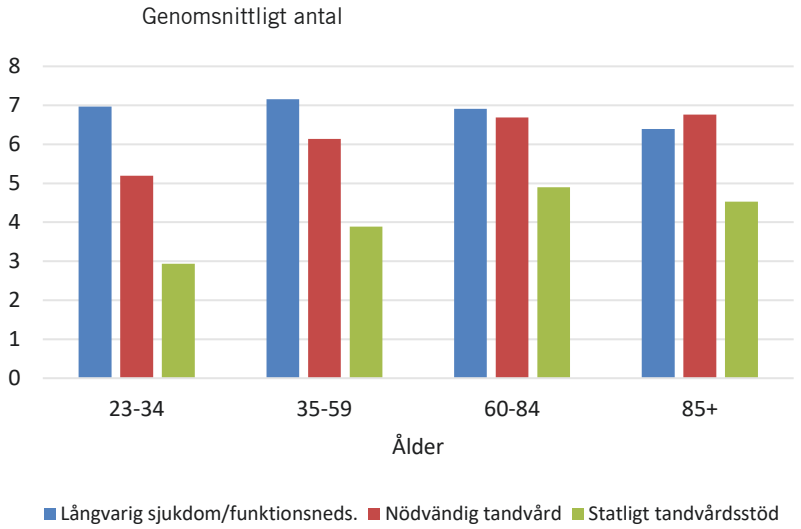
[136] SKR. 2020. *Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2019.*
[137] Socialstyrelsen. 2018. *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget.*

statistik över de åtgärder som under åren 2017 och 2018 utfördes inom nödvändig tandvård och tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Patienter inom det särskilda stödet får fler åtgärder

Vilket framgår av figur 6.77 utförs fler åtgärder i genomsnitt på en patient med särskilt tandvårdsstöd än på en patient med statligt tandvårdsstöd. Under perioden 2017–2018 utfördes i genomsnitt drygt 6 åtgärder per år på patient med nödvändig tandvård. Ännu fler åtgärder, i genomsnitt 7 stycken per år, utfördes på patienter med tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Patientens ålder har viss betydelse för antalet åtgärder som utförs. Inom nödvändig tandvård utförs i genomsnitt fler åtgärder på äldre patienter än på yngre patienter, vilket är ett liknande mönster som i det statliga tandvårdsstödet. Inom tandvårdsstödet för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning utförs å andra sidan fler åtgärder på de yngre patienterna, vilket beror på att svårigheter att sköna munhygienen är ett krav för att få tillgång till stödet.

Figur 6.77 Åtgärder per patient och år efter ålder och typ av tandvårdsstöd, år 2017–2018



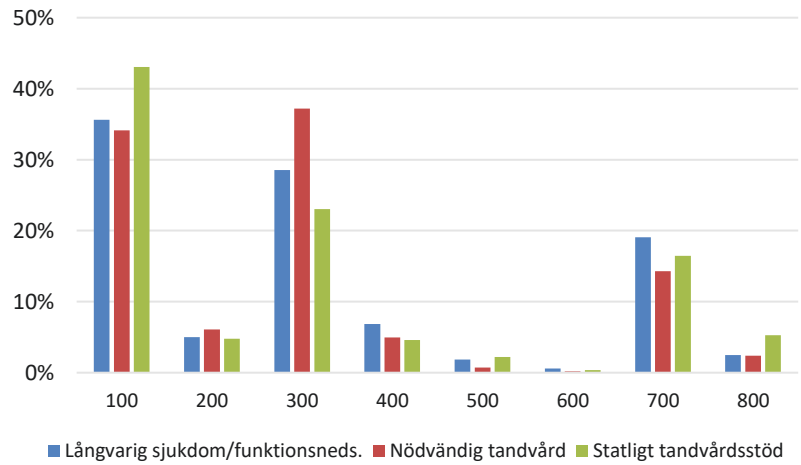
Källa: Socialstyrelsen.

Färre undersökningar men fler sjukdomsbehandlande åtgärder för patienter med särskilt stöd

Statistiken i figur 6.78 visar vidare att det skiljer sig något mellan stöden i hur ofta olika åtgärder utförs. Inom de särskilda stöden utförs färre basundersökningar, riskbedömningar och hälsofrämjande åtgärder (100-serien) än i det statliga tandvårdsstödet. Inom nödvändig tandvård är det ovanligt att som patient få en protetisk åtgärd (800-serien) och inom tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning är fastsittande protetik inte ersättningsberättigande behandling. Endast 2 procent av de utförda åtgärderna inom de särskilda stöden var protetiska åtgärder jämfört med 5 procent av åtgärderna i det statliga tandvårdsstödet. Även rotbehandlingar (500-serien) utförs i något lägre utsträckning än inom det statliga tandvårdsstödet. Som patient med nödvändig tandvård är det jämförelsevis vanligare att få en sjukdomsförebyggande eller sjukdomsbehandlande åtgärd (200- och 300-serien) medan patienter med tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning oftare än i de andra stöden får en reparativ eller kirurgisk åtgärd (400- och 700-serien).

Figur 6.78 Åtgärder per åtgärdsserie och typ av tandvårdsstöd, år 2017–2018

Procentuell andel av åtgärder inom respektive stöd



Källa: Socialstyrelsen. Anmärkning: Tandreglerings- och utbytesåtgärderna är för få för att ingå i sammanställningen.

Om de utförda åtgärderna studeras närmare framgår att det är vanligare att som patient med särskilt stöd bli undersökt av en tandhygienist än inom det statliga tandvårdsstödet (åtgärd 113 och 114). Personer inom särskilt stöd får även mer information och instruktion vid munhälsorelaterade sjukdomar eller problem (åtgärd 311), mer icke-operativ behandling av kariessjukdom (åtgärd 321) och mer behandling av parodontal sjukdom eller periimplantit (åtgärder 341–343). Personer med tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning får betydligt fler tandextraktioner (åtgärder 401–403) än befolkningen i övrigt. Även patienter med nödvändig tandvård får fler extraktioner, men inte i samma omfattning. Personer med särskilt stöd får även fler fyllningar (åtgärder 701–706) som reparationsåtgärder än befolkningen i övrigt. Inom protetiska åtgärder syns en tonvikt mot fastsittande protetik inom statligt tandvårdsstöd och avtagbar protetik inom de särskilda stöden.

6.9.8 Kostnad per patient inom det särskilda tandvårdsstödet

Om kostnaderna för regionernas särskilda tandvårdsstöd fördelas per patient med stöd, framgår att den genomsnittliga kostnaden för tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling är något högre än för nödvändig tandvård. SKR:s uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd visar att det genomsnittliga stödet år 2019 var 7 100 kronor per patient med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, 6 800 kronor för patienter med tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och slutligen 6 000 kronor för patienter med nödvändig tandvård.[138]

I avsnitt 6.3 ovan konstaterades att regionernas kostnader per patient och år för de olika särskilda stöden varierar över landet, något som enligt SKR skulle kunna förklaras av olika förutsättningar mellan regionerna bland annat vad gäller tillgång på tandvårdspersonal, vårdriktlinjer samt nivåerna på tandvårdstaxorna. Det genomsnittliga stödet per patient är i stora drag något lägre för de norra regionerna i förhållande till övriga regioner. Jönköping och Västra Götaland är två andra exempel på regioner med låga kostnader per patient inom de särskilda stöden. Genomgående är kostnaderna per

[138] SKR. 2020. *Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2019.*

patient inom de särskilda stöden högst i Stockholm och Uppsala, till stor del som en följd av en jämförelsevis låg andel personer med stöd i befolkningen i dessa regioner. Som ett exempel var Stockholms kostnader för nödvändig tandvård 9 800 kronor per patient år 2019, medan motsvarande kostnad var mindre än hälften så låg i Värmland (4 000 kronor).

Tabell 6.12 Kostnad per patient med särskilt tandvårdsstöd efter region och typ av stöd, år 2019

Kronor

Region	Nödvändig tandvård	Led i en sjukdoms-behandling	Långvarig sjukdom/ funktionsnedsättning
Stockholm	9 800	8 086	8 826
Uppsala	7 250	9 040	7 906
Sörmland	5 485	7 839	7 188
Östergötland	5 102	8 573	5 969
Jönköping	4 283	5 035	5 122
Kronoberg	6 237	6 137	6 486
Kalmar	5 011	6 710	7 201
Gotland	4 129	7 273	8 488
Blekinge	4 993	5 923	7 318
Skåne	5 624	6 961	7 063
Halland	5 443	7 155	6 545
Västra Götaland	4 760	5 875	6 077
Värmland	3 971	5 054	6 389
Örebro	4 911	4 878	7 238
Västmanland	5 079	6 578	6 921
Dalarna	4 008	8 185	6 170
Gävleborg	4 626	6 021	7 079
Västernorrland	4 194	5 671	5 658
Jämtland Härjedalen	4 398	6 200	6 793
Västerbotten	4 699	5 963	6 195
Norrbotten	5 401	7 408	5 993
Riket medelvärde	**5 996**	**6 753**	**7 069**

Källa: SKR.

6.10 Patienter som erbjuds sådan tandvård som inte kan anstå

Regionerna ska erbjuda asylsökande samt papperslösa barn och ungdomar upp till 18 år tandvård i samma omfattning som övriga barn. Vuxna asylsökande, utlänningar i förvar och papperslösa personer som är äldre än 18 år har, vid behov, rätt till tandvård som inte kan anstå från regionerna. Det finns i dag ingen heltäckande bild på nationell nivå kring omfattningen av tandvård som inte kan anstå. Detta beror dels på att det är svårt att uppskatta personkretsens storlek, dels på att ingen enhetlig statistik förs över utförd tandvård och tandvårdsbehov. I dagsläget är tandvården till asylsökande inte en del av tandhälsoregistret och uppgifterna rapporteras in av vårdgivarna till respektive region.

Antalet papperslösa som vistas i Sverige är svårt att uppskatta. Äldre uppskattningar har visat på mellan 10 000–35 000 papperslösa personer totalt i landet, och mellan 2 000–3 000 barn till papperslösa.[139] Enligt Migrationsverket bedöms antalet före detta asylsökande överlämnade till polis och avvikna efter avslag på asylansökan uppgå till 12 100 personer år 2018.

År 2018 kom drygt 20 000 asylsökande till Sverige. Antalet asylsökande som vistas i landet är något högre eftersom den genomsnittliga handläggningstiden i asylärenden är 16,5 månader. En mer utförlig beskrivning av dessa personers tandvård återfinns nedan.

Tandvård till asylsökande

En asylsökande kan få vänta relativt länge på slutligt beslut i sitt asylärende. Därutöver har ett antal personer tillstånd att vistas i Sverige i väntan på avvisning, vilket innebär att det är fler personer som omfattas av regelverket för hälso- och sjukvård till asylsökande, än som söker asyl under året.

SKR har sedan 1997 följt upp omfattning och kostnader för hälso- och sjukvård och tandvård som ges till personer som söker asyl i Sverige. Uppföljningarna ligger bland annat till grund för diskussioner om och statliga ersättningen till regionerna för asylsjukvården.[140] I uppföljningen från år 2019 redovisas resultat från en enkätunder-

[139] Socialstyrelsen. 2016. *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända*.
[140] SKR. 2019. *Hälso- och sjukvård åt asylsökande under år 2018*.

sökning där regionerna tillfrågats om omfattningen på den hälso- och sjukvård samt tandvård som erbjöds till asylsökande i Sverige under år 2017.

Sammantaget rapporterade regionerna in att personer som sökte asyl i Sverige gjorde totalt 61 000 tandvårdsbesök under år 2018 vilket var färre besök jämfört med åren 2016 och 2017. I förhållande till en uppskattning av medelantalet asylsökande under året, motsvarade detta 1,0 besök per person. Därmed minskade antalet tandvårdsbesök per asylsökande vilket delvis skulle kunna bero på att asylsökande som väntat länge på sina beslut sannolikt redan har fått sina akuta tandvårdsbehov tillgodosedda tidigare år.

Knappt hälften av 2018 års tandvårdsbesök, 22 000 besök, gjordes av asylsökande som var 18 år eller yngre. Det var också i denna åldersgrupp som behovet av tandvård var störst. I genomsnitt gjorde asylsökande barn 1,3 besök i tandvården jämfört med 0,9 besök i genomsnitt för vuxna asylsökande.

Tabell 6.13 Omfattning för tandvård till asylsökande, år 2013–2018

Genomsnittligt antal (inklusive specialisttandvård)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Avslutade behandlingsomgångar	0,9	0,8	0,8			
Tandvårdsbesök under året*				1,6	1,2	1,0
Asylsökande*	44 000	65 000	112 000	148 000	89 000	59 000

Källa: SKR. Anmärkningar: Tandvårdsbesök inkluderar besök inom specialisttandvård. Antal asylsökande beräknas som ett genomsnitt av antal registrerade vid slutet av varje kvartal.

Regionalt finns stora skillnader mellan länen vad gäller antal asylsökande och deras tandvårdsbesök. Detta har flera förklaringar, såsom att själva migrationsmottagandet är ojämnt fördelat över landet och mellan landets kommuner, regionala skillnader i ålders- och könsstruktur för de asylsökande och tillämpning av regelverken. I vissa regioner, exempelvis Norrbotten och Västernorrland, var kostnaderna för asyltandvården förhållandevis hög till följd av att många asylsökande besökt tandvården. I andra regioner, exempelvis Västerbotten, Jönköping och Örebro, var kostnaderna i stället höga till följd av många besök per asylsökande. Stockholm och Skåne och Uppsala sticker ut som regioner där asylsökande gör relativt få tandvårdsbesök.

Barn och unga som inte fyllt 18 år ska erbjudas regelbunden avgiftsfri tandvård. Övriga asylsökande över 18 år betalar 50 kronor för tandvård som inte kan anstå. Behandlingen utförs av folktandvården eller en vårdgivare som regionen slutit avtal med. I nuläget finns ingen direkt uppskattning av hur höga regionernas kostnader är för tandvård som inte kan anstå. Givet antagandet att tandvårdens andel av kostnaderna för all vård som inte kan anstå är densamma som inom övrig hälso- och sjukvård, uppskattas 2018 års kostnader för tandvård som inte kan anstå till omkring 90 miljoner kronor. Uppräknat utefter antal besök som gjordes av asylsökande äldre än 18 år, är en grov uppskattning att patienterna själva betalade avgifter på sammanlagt 1,5 miljoner kronor år 2018.

6.11 De som inte besöker tandvården

En svårighet med att studera och analysera befolkningens tandhälsa och tandvårdsbesök är att många personer inte regelbundet besöker tandvården eller har en etablerad tandvårdskontakt. Att man inte har en regelbunden kontakt med tandvården behöver inte vara ett problem i sig, och en orsak kan vara att det inte finns ett behov av vård. Undersökningar visar dock att det är många personer som inte söker tandvård trots att det finns ett behov. Försäkringskassan har tidigare uppskattat att det är ungefär 20 procent av befolkningen som under en treårsperiod inte söker tandvård trots behov.[141] Individens ekonomiska och socioekonomiska situation spelar här en stor roll, vilket även framgår av den jämförelse som utredningen gör nedan av gruppsammansättningen för de personer som under år 2018 besökte respektive inte besökte tandvården.

6.11.1 En av tio vuxna har inte besökt tandvården på tio år

Att som patient regelbundet besöka tandvården har i många studier visats vara en viktig faktor för att upprätthålla en god tandhälsa. Inte minst är detta en viktig aspekt i den sjukdomsförebyggande tandvården. I dag bedrivs tandvård generellt på detta sätt genom att varje patient får ett individuellt revisionsintervall för undersökningar.

[141] Försäkringskassans. 2012. *När tänderna får vänta.*

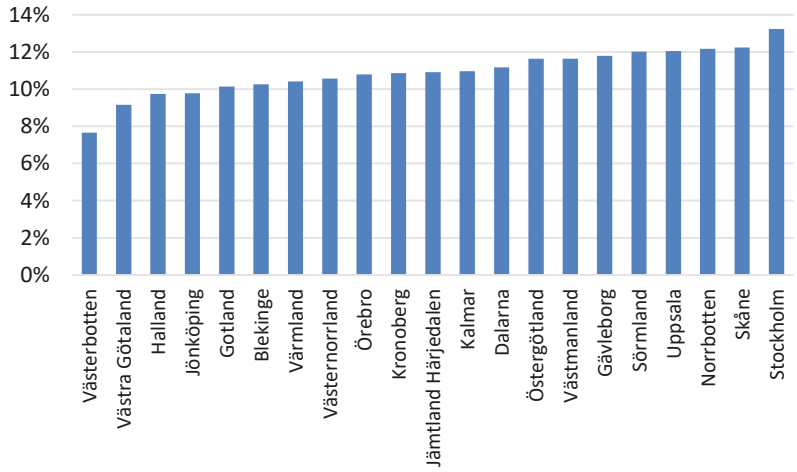
Även om majoriteten av den vuxna befolkningen besöker tandvården på regelbunden basis, finns dock en relativt stor grupp som inte har besökt tandvården alls på många år. För att identifiera dessa personer, har utredningen kartlagt samtliga inrapporterade besök i tandhälsoregistret från det att det statliga tandvårdsstödet infördes den 1 juli 2008 till den 31 december 2018.[142] Resultaten från kartläggningen visar att det var ungefär 11 procent av befolkningen 23 år och äldre som mellan dessa år inte hade nyttjat tandvårdsstöd någon gång. Andelen män som inte hade besökt tandvården någon gång mellan åren 2008 och 2018 var 14 procent. Samma andel var endast 9 procent för kvinnor. Hur stor andel som helt uteblir från tandvården varierar även stort mellan åldersgrupper. Av de patienter som i slutet av år 2018 var 85 år eller äldre hade 17 procent inte besökt tandvården sedan år 2008. I åldersgrupperna 35–59 år och 60–84 år och var motsvarande andel 11 respektive 7 procent. Eftersom besök inom nödvändig tandvård och tandvård för långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning inkluderas i statistiken, är det andra faktorer som avgör varför så pass stor andel av de äldsta patienterna helt uteblir från tandvården.

Även mellan olika delar av landet finns stora skillnader vilket framgår av figur 6.79 nedan. Andelen av den vuxna befolkningen som inte hade besökt tandvården under 10 års tid var högst i Stockholm (13 procent), Skåne och Norrbotten (12 procent). I Stockholm och Skåne var det framför allt män som inte besökte tandvården medan det i Norrbotten var främst de äldsta invånarna som uteblev. Lägst var andelen i Västerbotten (8 procent) och Västra Götaland (9 procent).

[142] Studien av tandvårdsbesökarna åren 2008 till 2018 har rensats för de personer som har avlidit under perioden. Från och med 1 januari 2013 omfattar statistiken patienter med nödvändig tandvård och tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Figur 6.79 Personer som inte besökte tandvården 1 juli år 2008–31 december år 2018 efter region

Andel av befolkningen 23 år och äldre



Källa: Socialstyrelsen.

6.11.2 Grupper med sämre tandhälsa är överrepresenterade bland de som inte nyttjar tandvårdsstödet

Den grupp personer som regelbundet nyttjar det statliga tandvårdsstödet skiljer sig väsentligt från de som inte regelbundet nyttjar tandvårdsstödet. I en norsk studie av det statliga tandvårdsstödet från år 2016 jämförs sammansättningen av dessa två grupper.[143] Den del av befolkningen som under treårsperioden 2013–2015 inte nyttjade stödet var i regel yngre än de som hade nyttjat stödet, och i samtliga åldersgrupper var det vanligare bland kvinnor än bland män att nyttja stödet. Det finns också tydliga skillnader i inkomstfördelning och utbildningsnivå bland de som nyttjar respektive inte nyttjar det statliga stödet regelbundet. Andelen låginkomsttagare var klart högre bland de som inte nyttjade stödet regelbundet. Kön var här en bidragande faktor, på så sätt att kvinnor var överrepresenterade bland de låginkomsttagare som inte nyttjade det statliga stödet regelbundet. Andelen som inte nyttjar statligt stöd är högre bland personer med grundskoleutbildning och låg inkomst.

[143] Statistisk sentralbyrå. 2016. *Tannhelse blant vaksne i Sverige og Noreg. Ein sosioøkonomisk analyse.* Källor för studien var Socialstyrelsens tandhälsoregister och SCB:s databas LISA.

Utredningen har även gjort en egen kartläggning, baserad på data från FASIT, av den del av befolkningen som inte hade ett inrapporterat besök inom det statliga tandvårdsstödet år 2018.[144] Även om studien endast baseras på besök under ett år, framgår att sammansättningen av den grupp som inte besökte tandvården under året var väsentligt skild från de som hade gjort minst ett besök. I tabell 6.14, som visar beskrivande statistik för de två grupperna, framgår att medelåldern var 41 år bland de inte hade besökt tandvården och 46 år bland de som hade gjort minst ett besök. De som under år 2018 inte besökte tandvården hade en lägre medelinkomst än de som hade gjort ett besök, 256 000 kronor jämfört med 345 000 kronor. Medelinkomsten var därmed 25 procent lägre bland de som inte besökte tandvården under året och en mer detaljerad studie visar därtill att en stor andel även hade inkomster under gränsen för en låg ekonomisk standard. Statistiken har dock inte justerats för att grupperna har olika åldersstruktur och att besöksmönster i tandvården beror på patientens ålder.

Av de som inte besökte tandvården under år 2018 var 44 procent kvinnor och 56 procent män. Bland de som besökte tandvården var könsfördelningen 53 procent kvinnor och 47 procent män. Kvinnor var därmed överrepresenterade bland tandvårdsbesökarna. Utrikes födda var å andra sidan klart överrepresenterade bland de som inte besökte tandvården under året, och främst gällde detta personer födda i ett land utanför Norden/EU. Andelen med eftergymnasial utbildning var lägre bland de som inte besökte tandvården (37 procent) än bland årets besökare (46 procent). De som inte hade besökt tandvården hade även en sämre situationen på arbetsmarknaden samt hade långvarig sjukdom i högre utsträckning. Sammantaget kan konstateras att de befolkningsgrupper som är underrepresenterade i besöksstatistiken är samma grupper som igenomsnitt har en sämre tandhälsa. Dessa resultat bekräftas bland annat i en rapport från Försäkringskassan, där förhållandet kvarstår också när hänsyn tas till inkomstskillnader mellan grupperna.[145]

[144] Populationen som studerats är personer i åldrarna 25–64 år som ingår i det s.k. STAR-urvalet i FASIT. Detta urval motsvarar ungefär 15 procent av befolkningen.
[145] Försäkringskassan. 2012. *När tänderna får vänta*.

Tabell 6.14 Beskrivande statistik för personer som besökte respektive ej besökte tandvården år 2018

Personer 25–64 år i respektive grupp

Grupp	Besökt tandvården	Ej besökt tandvården
Medelinkomst, kronor	345 tkr	256 tkr
Medelålder	46 år	41 år
Andel kvinnor	53 %	44 %
Andel utrikes födda	17 %	36 %
Andel med eftergymnasial utbildning	46 %	37 %
Andel förvärvsarbetande	90 %	75 %
Andel med ekonomiskt bistånd	2 %	4 %
Andel med låg ekonomisk standard	8 %	21 %
Andel med sjuk/aktivitetsersättning	4 %	6 %

Källa: FASIT.

6.11.3 Personer som uppger att de inte besöker tandvården trots behov

Undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) har på uppdrag av Sveriges riksdag genomförts årligen sedan år 1975.[146] Undersökningen syftar till att följa befolkningens levnadsförhållanden i olika avseenden såsom boende, ekonomi, hälsa och fritid. Personer som omfattas av undersökningen är 16 år och äldre och folkbokförda i Sverige. I undersökningen finns även frågor kopplade till tandhälsa och tandvårdsbesök.

Baserat på uppgifter från svarande i 2018 och 2019 års ULF, gör SCB uppskattningen att det skulle kunna vara 260 000 personer 16 år och äldre som under de senaste 12 månaderna inte har besökt tandvården trots att det fanns ett behov. Som en andel av befolkningen motsvarar detta 3,1 procent. Jämfört med 2017 års mätning var andelen med ett ej uppfyllt tandvårdsbehov något högre men inte statistiskt säkerställd. Det var inga skillnader mellan kvinnor och män sett till hur stor andel som hade ett ej uppfyllt tandvårdsbehov. Ålder och utbildningsnivå hade viss, dock relativt liten, betydelse för hur vanligt det är ha ett ej uppfyllt tandvårdsbehov. Knappt 4 procent av personer i åldrarna 30–49 år angav att de hade ett ej uppfyllt tandvårdsbehov jämfört med drygt 2 procent av personer yngre än

[146] Sedan år 2004 genomför SCB även den EU-gemensamma undersökningen SILC. År 2008 slogs undersökningarna ULF och SILC ihop till undersökningen ULF/SILC.

30 år eller över 65 år. Förklaringar till resultatet kan vara att regionsfinansierad tandvård är vanligt bland äldre och att tandvårdsbehovet generellt är lägre bland yngre. Det finns en tendens till att personer med en högre utbildningsnivå i lägre utsträckning har ett ouppfyllt tandvårdsbehov, men skillnaderna mellan grupperna är relativt så.

Undersökningsresultaten visar vidare att inkomst och födelseland är faktorer som har stor betydelse för hur vanligt det är att man inte besöker tandvården trots att det finns ett behov. Vad gäller inkomst, var det vanligare att ha ett ej uppfyllt tandvårdsbehov ju lägre inkomsten är. Bland låginkomsttagare var andelen 7,2 procent jämfört med endast 1,0 procent bland höginkomsttagare. Resultaten indikerar att patienternas privatekonomi har en betydelse för besöksfrekvensen i tandvården, och att det förekommer att man avstår tandvården trots behov på grund av ekonomiska skäl. Då resultaten delas upp på födelseland, framgår att 2,1 procent av de inrikes födda upplevde ett ouppfyllt tandvårdsbehov jämfört med 6,7 procent av de utrikes födda. Inom gruppen utrikes födda fanns stora skillnader. Det var tre gånger så vanligt för utomeuropeiskt födda att ha ett ej uppfyllt tandvårdsbehov jämfört med personer födda i Norden. Dessa resultat överensstämmer till stor del med tandhälsoregistrets statistik som visar att utomeuropeiskt födda besöker tandvården mer sällan, men oftare vid akuta besvär, än inrikes födda.

6.12 Prisutveckling på tandvårdsmarkanden

I detta avsnitt studeras olika aspekter av vårdgivarnas prissättning på dagens tandvårdsmarknad och hur priserna har utvecklats över tid. Främst ligger fokus på prissättningen i det statliga tandvårdsstödet och den ersättning som vårdgivare får för att utföra tandvård till barn och unga vuxna. I vissa fall möter patienten kostnader som inte är ersättningsgrundande. Dessa situationer diskuteras i avsnitt 6.12.4.

6.12.1 Ersättning till vårdgivare för tandvård till barn och unga vuxna

I kapitel 4 beskriver utredningen de olika ersättningssystem som finns i dagens tandvårdssystem. Till skillnad från det statliga tandvårdsstödet ersätts de vårdgivare som bedriver tandvård till barn och

unga vuxna enligt en kapiteringsmodell. Detta innebär att vårdgivaren får en ersättning per listad patient och år, ofta kallad barnpeng, oavsett den behandling som utförs på patienten.

Utredningen har kartlagt hur nivån och sammansättningen av regionernas ersättning till vårdgivare ser ut inom tandvården till barn och unga vuxna. Kartläggningen, som sammanställs i tabell 6.15 nedan, visar att såväl ersättningsnivån som ersättningsmodellens uppbyggnad varierar över landet. År 2019 var medianersättningen till vårdgivarna per listad patient 1 338 kronor. Skillnaden mellan de regioner som hade högst respektive lägst ersättning per listad patient var drygt 500 kronor. Jämfört med år 2018 höjdes ersättningsnivåerna något i ett fåtal regioner, men vanligast var att lämna ersättningen per listad patient oförändrad.

Såväl tidigare studier som utredningens egen kartläggning visar att en majoritet av regionerna tillämpar någon form av anpassning av ersättningen alternativt en delvis rörlig ersättning.[147] År 2019 var det 16 regioner som hade en eller flera anpassningar av ersättningen och 5 regioner som tillämpade en modell med enbart en fast ersättning per listad patient utan anpassning eller rörlig del.

Utredningens kartläggning visar vidare att 7 regioner tillämpade en omfördelning av en andel av barnpengen efter skillnader i vårdtyngd år 2019. Vanligast var att ett sammanvägt värde på CNI för patienter i vårdgivarens upptagningsområde utgjorde grunden för den rörliga ersättningen. Ofta stod den rörliga delen i dessa fall för 20 procent av den totala ersättningen.

Totalt tre regioner tillämpade en riskpott där de privata vårdgivarna bidrog med en mindre andel av sin ersättning per barn och ung vuxen till en gemensam pott för särskilt vårdtunga patienter. Därmed var antalet regioner som använde sig av riskpott färre än för några år sedan.[148]

I 15 regioner fanns en möjlighet för vårdgivare att få extra ersättning av regionen för vissa specifika behandlingar. I 13 regioner gavs viss ersättning utöver barnpengen. Vanligaste tillägget var en ersättning för barn i behov av ortodonti. Några regioner gav extra ersättning för protetik och viss bettfysiologi. Två regioner hade egna högkostnadsskydd vid sidan av barnpengen och andra möjligheter till ersättning.

[147] Mattias Lundbäck, Privattandläkarna. 2017. *Framtidens tandvård för barn och unga.*
[148] Ibid.

Utöver dessa modeller tillämpade ett fåtal regioner olika nivåer i den fasta ersättningen beroende på patientens ålder. Tre regioner gav en lägre ersättning till vårdgivaren per listad ung vuxen 20–23 år än per listat barn 3–19 år.

Tabell 6.15 Regionernas ersättning år 2019 till vårdgivare för tandvård till barn och unga vuxna 3–23 år

Region	Barnpeng (kronor)	Justering vårdtyngd	Risk-pott	Ålders-indelning	Ersättning utöver barnpeng
Blekinge	1 190	Nej	Nej	Nej	Högkostnadsskydd, ortodonti, akut tandvård ej listade
Dalarna	1 400	Nej	Nej	Nej	Ortodonti
Gotland	1 144	Nej	Nej	Nej	Underbehandlade barn
Gävleborg	1 200	Nej	Nej	Nej	Nej
Halland	1 588	Ja	Nej	Nej	Nej
Jämtland Härjedalen	1 356	Nej	Nej	Nej	Ortodonti, protetik
Jönköping	1 338	Ja	Nej	Nej	Högkostnadsskydd över 15 tkr exkl. ortodonti/protetik
Kalmar	692 –1 614	Ja	Nej	Nej	Ortodonti, bettskena, viss protetik, HVB-placerade
Kronoberg	1 441	Ja	Ja	Nej	Tandteknik
Norrbotten	1 385	Nej	Nej	Ja	Nej
Skåne	1 372	Ja	Nej	Nej	Ortodonti
Stockholm	944 –1 575	Ja	Ja	Nej	Ortodonti
Sörmland	1 212 –1 454	Nej	Nej	Nej	Ortodonti, viss protetik
Uppsala	1 332	Nej	Nej	Nej	Ortodonti
Värmland	1 005	Nej	Nej	Nej	Nej
Västerbotten	1 292	Nej	Nej	Ja	Nej
Västernorrland	1 361	Nej	Nej	Nej	Ortodonti, pedodonti
Västmanland	1 367	Nej	Nej	Nej	Protetik, bettskena
Västra Götaland	1 126 –1 397	Ja	Ja	Ja	Traumafond
Örebro	1 458	Nej	Nej	Nej	Ortodonti
Östergötland	1 416	Nej	Nej	Nej	Nej

Källa: Egen sammanställning. Anmärkningar: I Stockholm anpassas ersättningen till patientens vård-behovsområde. I Kalmar anpassas ersättningen efter den socioekonomiska strukturen för befolkningen på församlingsnivå.

6.12.2 Utvecklingen av vårdgivarpriserna i det statliga tandvårdsstödet

De priser patienten möter i tandvården styrs av flera faktorer. Då det råder fri prissättning inom det statliga tandvårdsstödet har vårdgivaren rätt att själv bestämma sitt pris på den vård som utförs. För varje åtgärd som berättigar till ersättning inom det statliga tandvårdsstödet finns ett referenspris som årligen beslutas av TLV. Utgångspunkten är att referenspriset ska visa vad en normalkostnad för en behandling kan vara då den är utförd på ett kostnadseffektivt sätt med hänsyn till material, arbete, m.m. (se vidare kapitel 4). Den ersättningen som patienten får inom högkostnadsskyddet beräknas utifrån summan av referenspriserna för de åtgärder som utfördes av vårdgivaren.

Prisavvikelser som mått för att studera prisutvecklingen

Att vårdgivaren kontinuerligt höjer sina priser är naturligt, då en anpassning måste ske efter den rådande prisnivån på det material som köps in, löner för anställda osv. Även referenspriset justeras årligen av TLV för att ta hänsyn till den generella löneutvecklingen och övriga kostnadsutveckling med hjälp av olika index. Vårdgivarpriset och referenspriset utvecklas därför till stor del i samma riktning över tid, en utveckling som förstärks av att vårdgivarna i många fall prissätter sina åtgärder utifrån rådande referenspriser.

Den fria prissättningen innebär att patienten möter ett pris på tandvård som ofta överstiger, men som även kan understiga, de satta referenspriserna. Ifall vårdgivarens pris överstiger referenspriset på tandvården bär patienten hela kostnaden för det överskjutande beloppet, och detta belopp är inte grund för ersättning inom högkostnadsskyddet.

Genomgående studeras prisutvecklingen i detta avsnitt i termer av avvikelsen mellan vårdgivarnas pris och motsvarande referenspris på de tandvårdsåtgärder som utförts under en viss period.[149] Måttet definieras som den genomsnittliga avvikelsen mellan vårdgivarens

[149] Statistiken om prisavvikelser har arbetats fram av SCB och Regeringskansliet och syftar till att ge regeringen underlag för att följa utvecklingen av priserna på marknaden sedan 2008 års tandvårdsreform.

pris och referenspriset på de åtgärder som berättigar till ersättning.[150] Exempelvis kan en prisavvikelse på 15 procent förklaras som att patienterna i genomsnitt betalade ett pris för tandvården som var 15 procent högre än referenspriserna. Dock ska betonas att en studie av enbart prisavvikelser inte tar hänsyn till förändringar i vårdinnehållet över tid. Det utförs exempelvis fler tandstödda protetiska och implantatåtgärder i dag än för några år sedan, vilket kan vara en delförklaring till observerade mönster.

Prisutveckling sedan införandet av det statliga tandvårdsstödet

I en studie från år 2015 fann TLV att det genomsnittliga vårdgivarpriset steg med 11 procent vid införandet av det statliga tandvårdsstödet och systemet med referenspriser år 2008. Sedan dess har vårdgivarnas priser på det stora hela varit på en stabil nivå. Såväl offentliga som privata vårdgivare har under hela perioden 2009–2019 igenomsnitt haft högre priser än referenspriserna, men de privata vårdgivarnas priser har konstant legat omkring 5 procentenheter över de offentliga vårdgivarnas. Åren 2011 och 2012 avvek vårdgivarnas priser något mer från referenspriserna. År 2013 minskade avvikelsen mellan vårdgivarpriser och referenspriser återigen, möjligen som följd av att referenspriser för specialisttandvård infördes.

Störst prisavvikelse på omfattande åtgärder

Statistik från SCB visar att vårdgivarnas priser i genomsnitt var 12 procent högre än referenspriserna på åtgärder som utfördes under år 2019. Statistiken visar vidare att vårdgivarens pris ofta avviker stort gentemot referenspriset för relativt omfattande åtgärder. År 2019 var den totala prisavvikelsen störst på tandregleringsåtgärder (901–908) med ett värde på 41 procent. Även på protetiska åtgärder (800–889) var den genomsnittliga prisavvikelsen hög, 23 procent. Minst påslag på referenspriset gjorde vårdgivarna på sjukdomsbehandlande åtgärder (301–362). Även på undersökningar och hälsofrämjande åtgärder (101–164) var vårdgivarnas priser nära referensprisnivån.

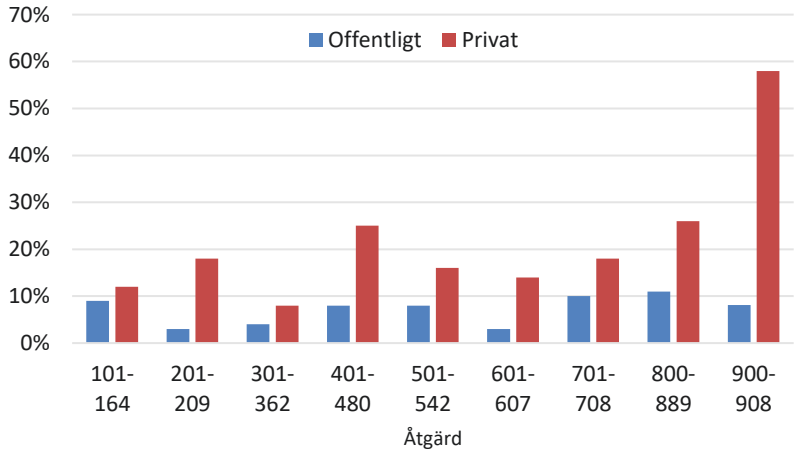
[150] Prisavvikelsen för en viss grupp definieras på samma sätt som medelvärdet av alla åtgärders prisavvikelser inom gruppen. Exempelvis beräknas 2019 års prisavvikelse för åtgärder inom 100-serien i Västra Götaland som medelvärdet av prisavvikelsen för alla enstaka åtgärder i 100-serien som utfördes på patienter i detta län under året.

Privata vårdgivare avviker mer från referenspriset

Offentliga vårdgivare hade i genomsnitt 8 procent högre priser än referenspriset, vilket var lägre än för de privata vårdgivarna som i genomsnitt låg 14 procent över referenspriserna. Den genomsnittliga prisavvikelsen för olika serier av åtgärder varierar även stort mellan offentliga och privata vårdgivare, se figur 6.80. På alla typer av åtgärder är de privata vårdgivarnas priser i genomsnitt högre än de offentliga vårdgivarnas. På tandregleringsåtgärderna är prisskillnaden störst – för offentliga vårdgivarna var prisavvikelsen 8 procent och för privata vårdgivare hela 58 procent. Prisskillnaderna är också stora på sjukdomsförebyggande åtgärder (201–209), kirurgiska åtgärder (401–480) samt protetiska åtgärder (800–889). På undersökningar, riskbedömningar och hälsofrämjande åtgärder (101–164) avvek såväl offentliga (9 procent) som privata (12 procent) vårdgivarna relativt lite från referenspriserna. Även på sjukdomsbehandlande åtgärder var de olika vårdgivartypernas prissättning snarlik.

Figur 6.80 Prisavvikelse per åtgärdsserie och vårdgivartyp, år 2019

Genomsnittlig procentuell avvikelse mellan vårdgivarpriser och referenspriser på utförda åtgärder



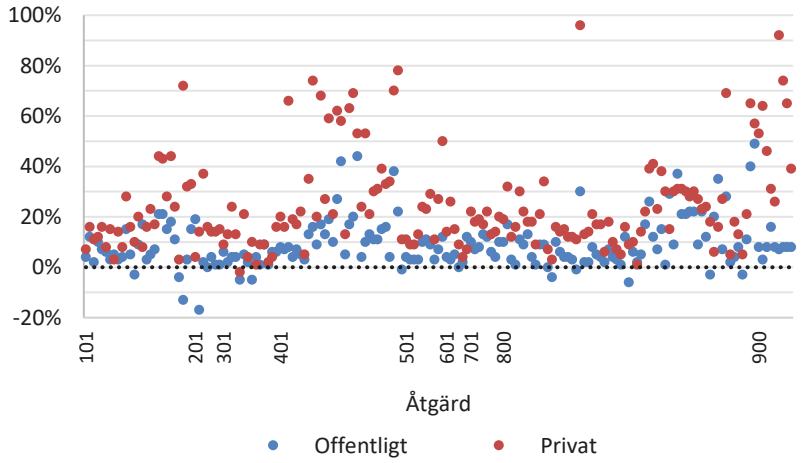
Källa: SCB.

Prisavvikelser på enstaka åtgärder

Sett till enstaka åtgärder i det statliga tandvårdsstödet, är de privata vårdgivarnas priser i genomsnitt högre än de offentligas i 94 procent av fallen.[151] Detta mönster syns tydligt i figur 6.81. Störst är prisskillnaden på vissa kirurgiska och protetiska åtgärder samt på tandregleringsåtgärderna. Lägst är prisskillnaden generellt på sjukdomsbehandlande åtgärder, bettfysiologiska åtgärder (601–607) samt merparten av åtgärderna för undersökning, riskbedömning och det hälsofrämjande arbetet. Bland de åtgärder där de offentliga vårdgivarna hade högre prisavvikelse än de privata syns bland annat vissa enstaka protetiska åtgärder och informationsåtgärder.

Figur 6.81 Prisavvikelse per enskild åtgärd efter vårdgivartyp, år 2019

Genomsnittlig procentuell avvikelse mellan vårdgivarpriser och referenspriser på utförda åtgärder



Källa: SCB. Tandvårdsindikatorerna. Anmärkningar: Ett negativt värde indikerar ett genomsnittligt vårdgivarpris som är lägre än referenspriset på åtgärden. Prisavvikelser på utbytesåtgärder är exkluderade i jämförelsen.

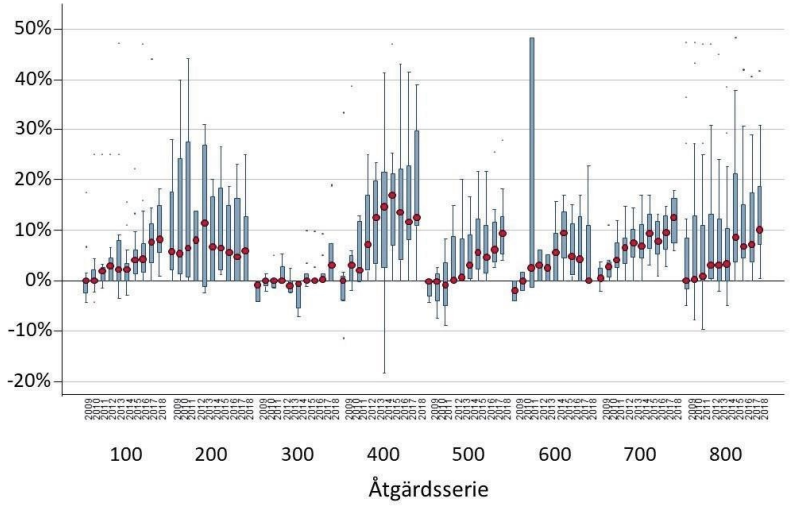
Över tid visar statistiken på en uppåtgående trend för prisavvikelsen per åtgärd, särskild inom den privata sektorn. I figur 6.82 nedan visas fördelningen av medianprisavvikelsen från referenspriset inom varje serie. För de flesta åtgärdsserierna syns en tydlig uppåtgående trend

[151] Undantag är åtgärderna 114, 125, 201, 321, 343, 607, 847, 857, 859, 875 och 876. Prisavvikelser på utbytesåtgärder är exkluderade i jämförelsen.

över tid. Det är emellertid svårt att empiriskt förklara vad som gör att prisavvikelsen ökar över tiden. Vissa år har TLV ändrat referenspriserna i högre takt än inflationen, vissa år i lägre takt. Vidare studier behövs därför för att förklara orsaken bakom det observerade mönstret.

Figur 6.82 Utveckling av medianprisavvikelsen för privata vårdgivare efter åtgärdsserie, år 2009–2018

Procentuell medianprisavvikelse från referenspriset



Källa: TLV;s beräkningar. Anmärkningar: Endast åtgärder som utfördes mer än 1 000 gånger är inkluderade i jämförelsen. Åtgärder inom 900 serien är exkluderade.

Vårdgivarnas prissättning varierar över landet

Överlag finns en tendens till att vårdgivarnas priser följs åt. I regioner där de offentliga vårdgivarna har höga priser i förhållande till referenspriserna gäller detsamma för de privata vårdgivarna. Korrelationen mellan de offentliga och privata vårdgivarnas priser var 0,5 år 2019, ett prissamband som därmed var relativt starkt och även signifikant positivt.[152] Den positiva korrelationen visar att i de län där offentliga vårdgivare avviker mycket i genomsnitt från TLV:s referenspriser, avviker i regel de privata vårdgivarna också från referenspriser på ett liknande sätt. Korrelationsanalysen säger inget om

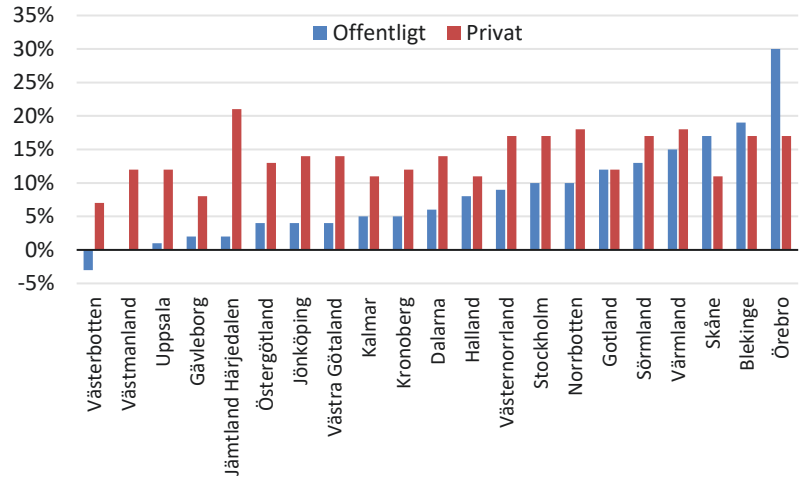
[152] Korrelationen mäter det linjära sambandet mellan 2 variabler. För att fastställa om korrelationen var positiv på alpha = 5 % signifikansnivå gjordes ett hypotestest.

orsakssambandet mellan de olika sektorernas prissättning, men då priserna för folktandvården styrs av politiska beslut inom respektive region är det inte otroligt att de privata vårdgivarna tar dessa priser i beaktning vid sin egen prissättning. Samhörigheten till de privata vårdgivarnas prissättning är även något som tidigare utredningar pekat på, och även betonat vikten av att politiken tar ansvar för prislistan för tandvårdsåtgärderna inom respektive region.

Under år 2019 var prisavvikelsen högst för vårdgivare i Örebro (i genomsnitt 22 procent över referenspris), följt av Blekinge och Värmland (17 procent). Se figur 6.83. De regioner där vårdgivarnas genomsnittliga priser var lägst i förhållande till referenspriserna var Västerbotten (3 procent) och Gävleborg (5 procent). Uppdelat på vårdgivarkategori framgår att de privata vårdgivarna med vissa undantag har högre priser än de offentliga vårdgivarna, undantaget Skåne, Blekinge och Örebro. Störst var skillnaden mellan de olika vårdgivarna i Jämtland-Härjedalen där de privata vårdgivarna i genomsnitt hade 20 procent högre åtgärdspriser än de offentliga vårdgivarna år 2019. Örebro särskiljer sig som den region där de offentliga vårdgivarna har högst priser, i genomsnitt 30 procent över referenspris. För regionens privata vårdgivare var snittet 17 procent.

Figur 6.83 Prisavvikelse per region och vårdgivartyp, år 2019

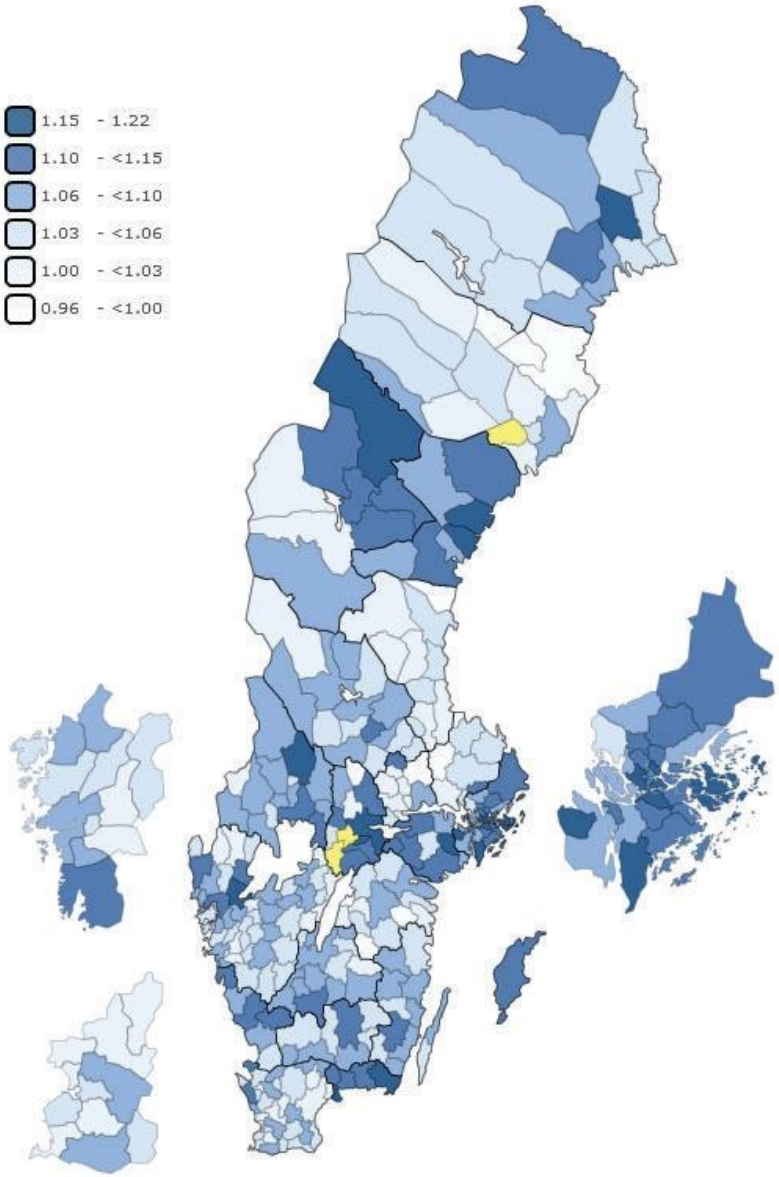
Genomsnittlig procentuell avvikelse mellan vårdgivarpriser och referenspriser på utförda åtgärder



Källa: SCB.

Figur 6.84 Prisavvikelse per kommun, år 2019

Genomsnittlig procentuell avvikelse mellan vårdgivarpriser och referenspriser på utförda åtgärder



Källa: Försäkringskassans beräkningar. Anmärkningar: Värde saknas för gulmarkerade kommuner.

2019 års prisstatistik studeras uppdelat per kommun i figur 6.84 ovan. En mörkare blå färg på kartan visar de kommuner där de verksamma vårdgivarna i genomsnitt prissätter tandvården betydligt högre än referenspris. En ljusare blå färg indikerar å andra sidan att de verksamma vårdgivarna i kommunen i genomsnitt prissätter tandvården nära eller under referenspris. Av kartan framgår att vårdgivarnas genomsnittliga prisavvikelse skiljer sig förhållandevis mycket över landet utan att ett tydligt geografiskt mönster framträder. I vissa tätortskommuner såsom Stockholm och Örebro är prisavvikelsen hög. I regel är den genomsnittliga prisavvikelsen låg för glest befolkade kommuner, men även vårdgivare i en storstadskommun som Malmö ligger i snitt nära referenspriserna.

Vårdgivarprisernas förhållande till referenspriserna

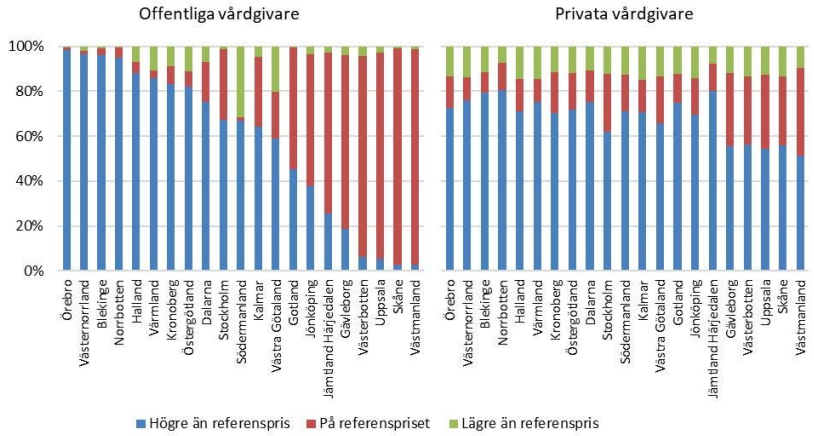
Sammantaget kan konstateras att det finns regionala skillnader i hur de offentliga vårdgivarna väljer att prissätta åtgärder inom det statliga tandvårdsstödet. Det är även vanligt förekommande att patienten under ett besök hos folktandvården får betala mer än referenspris för den tandvård som utförs, se figur 6.85 nedan. I 13 regioner är det mer än hälften av alla besök som resulterar i ett vårdgivarpris som är över referenspriset på de utförda åtgärderna. Det finns även flertalet regioner där de offentliga vårdgivarna konsekvent prissätter de åtgärder som utförs över referenspriset. Framför allt gäller detta Örebro, Västernorrland och Blekinge och Norrbotten. I mer än 95 procent av alla besök som patienterna gjort i tandvården i dessa regioner, har det totala priset för den utförda vården varit högre än summan av referenspriserna. Det finns vissa regioner som sticker ut i den mening att deras prissättning följer referenspriserna väl. Detta gäller framför allt Västmanland, Skåne, Uppsala och Västerbotten där det är mindre än 5 procent av alla besök som innebär en kostnad som är högre än de samlade referenspriserna på den vård som utfördes.

De privata vårdgivarnas prissättning är på det hela taget mer likformig över landet än vad som är fallet för offentliga vårdgivare. Det är dock betydligt vanligare att privata vårdgivare prissätter den tandvård som utförs över TLV:s referenspriser jämfört med de offentliga vårdgivarna. Norrbotten och Jämtland Härjedalen är de regioner där högst andel, 80 procent, av besöken hos privata vårdgivare resulterar

i en kostnad för patienten som är över referenspriserna. Lägst är andelen i Västmanland och Uppsala, knappt 55 procent. Utredningen kan även konstatera att det är fler besök hos privata vårdgivare, jämfört med offentliga vårdgivare, som resulterar i en kostnad för patientens besök som är lägre än referenspriserna på de utförda åtgärderna. En förklaring till detta är att privata vårdgivare troligen använder sig mer av sin prissättning för att konkurrera om patienter, och då framför allt med låga priser på undersökningsåtgärder.

Figur 6.85 Vårdgivarprisernas förhållande till referenspriserna vid besök i tandvården per län och vårdgivartyp, år 2018

Procentuell fördelning av samtliga åtgärder



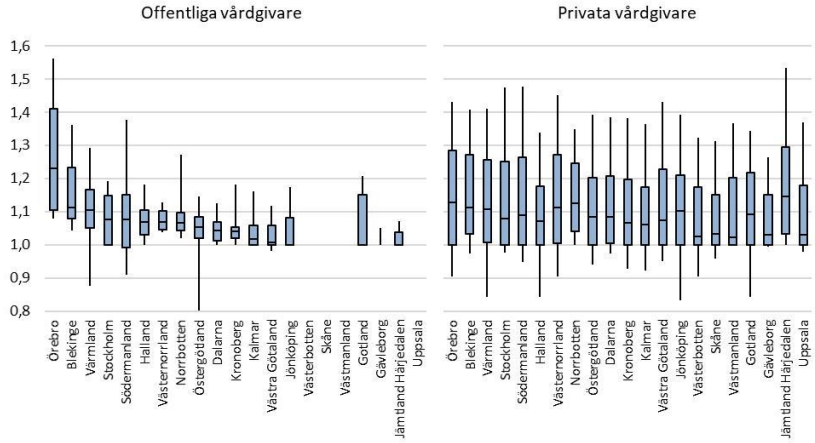
Källa: SCB och egna beräkningar.

Utredningen har vidare studerat hur den procentuella fördelningen för priskvoterna varierar mellan regioner och vårdgivare. Resultaten från studien visar att det är mycket vanligt att patienten betalar mer än referenspriset då man besöker tandvården, se figur 6.86 nedan. Exempelvis är det knappt något besök i Örebro som resulterar i ett pris för patienten som ligger på referenspris medan fler än hälften av alla besök i Skåne, oavsett vårdgivare, resulterar i ett pris för patienten som är i nivå med referenspriset för de utförda åtgärderna. Detta är en indikation på att det även är olika över landet sett till hur mycket av sin egen tandvård som patienten själv måste betala, eftersom det statliga högkostnadsskyddet beräknas utifrån referenspriser (eller vårdgivarens pris om detta är lägre). En patient som under ett

besök har en priskvot på exempelvis 1,3 (en kostnad som ligger 30 procent över referenspriserna) betalar i grova drag det överskjutande beloppet själv. Studien visar även på referenspriserna funktion som ett prisgolv. I alla regioner är det vanligt med stora positiva prisavvikelser, det vill säga vårdgivarpriser över referenspris, medan negativa prisavvikelser (vårdgivarpris lägre än referenspris) förekommer men är mindre vanliga.

Figur 6.86 Fördelning av priskvoter vid besök i tandvården per län och vårdgivartyp, år 2018

Percentiler 10, 25, 50, 75 och 90



Källa: SCB och egna beräkningar.

6.12.3 Höjt ATB minskade patienternas kostnadsandel

I april 2018 höjdes ATB till det dubbla beloppet för samtliga patienter med statligt tandvårdsstöd, vilket medförde att patienterna betalade en lägre andel av tandvårdskostnaden. Inom det statliga tandvårdsstödet stod patienterna själva för 65 procent av den totala tandvårdskostnaden år 2019 att jämföra med 75 procent år 2017. För de yngre patienterna hade den höjda subventionen störst påverkan på tandvårdskostnaderna. År 2019 betalade man som patient upp till 29 år i genomsnitt 20 procent mindre för sin tandvård än två år innan. För befolkningen 30–64 år innebar den höjda nivån i ATB att man i genomsnitt hade något lägre tandvårdskostnader år 2019 än år 2017, men effekten var relativt liten då gruppen endast fick

150 kronor mer per år i ATB. För personer över 65 år sjönk den genomsnittliga tandvårdskostnaden med 15 procent som en följd av reformen. År 2019 betalade patienter i dessa åldrar 63 procent av den totala tandvårdskostnaden.

Inom det statliga tandvårdsstödet har patienterna historiskt sett stått för omkring två tredjedelar av de totala tandvårdskostnaderna varje år. Under perioden 2010–2019 har denna andel minskat något från 67 procent till 65 procent, vilket med största säkerhet kan härledas till politiska reformer som syftat till att höja den statliga subventionen för vissa patientgrupper.[153] Det betyder dock inte att varje patients andel är på denna nivå. Exempelvis har unga patienter under 30 år i genomsnitt klart lägre tandvårdskostnader under ett år än äldre patienter över 65 år. Patienter i en socioekonomiskt utsatt situation betalar i genomsnitt en lägre andel av tandvårdskostnaden, trots detta har dessa patienter högre genomsnittliga kostnader än övriga grupper i jämförelsen. Med ökad inkomst betalar man en högre andel av sina tandvårdskostnader. Detta kan dels bero på att man som patient i lägre grad tar del av högkostnadsskyddet (till följd av en generellt bättre tandhälsa), dels att man har en ökad förutsättning att välja en mer kostsam behandling.

6.12.4 Kostnader enligt statistiken och de kostnader som inte syns

Vårdgivaren ska rapportera in sitt pris för varje utförd åtgärd inom det statliga tandvårdsstödet på patientnivå till Försäkringskassan. Vårdgivarens pris ska även finnas med på patientens kvitto. Med vårdgivarens pris åsyftas det totala priset för åtgärden, det vill säga alla ingående delar för att utföra en viss åtgärd.

Ett exempel på hur prissättningen kan fungera är följande. En hård bettskena registreras som åtgärd 601. Referenspriset för bettskenan är 3 530 kronor.[154] Referenspriset ska för patienten även fungera som ett jämförelsepris samt är grunden för beräkningen av högkostnadsskyddet. Om vårdgivaren har ett pris på 3 500 kronor på åtgärd 601 och dessutom lägger till en materialåtgärd på 450 kronor som ett tillägg på kvittot förfelas jämförelsen mot referenspriset för bettskena som redan inkluderar materialkostnaden. Den material-

[153] Bland annat införandet av STB år 2013 och höjt ATB år 2018.
[154] HSLF-FS 2018:23, åtgärd 601, referenspris fr.o.m. 2019-01-15.

åtgärd som patienten debiteras utanför åtgärd 601 har inget referenspris, eftersom materialet för bettskenan redan finns med i referenspriset för åtgärd 601. Materialåtgärden är enligt detta exempel ett tillägg som vårdgivaren själv skapat i sitt journalsystem. Om vårdgivaren har egna tillägg utanför åtgärdsnumret, sker ingen rapportering av tilläggsåtgärden till Försäkringskassan och det är patienten som själv står för hela kostnaden.

Tillägg används av såväl privata vårdgivare som folktandvården. Lagstiftningen har tydliggjorts under år 2019 för att motverka att priset för en åtgärd delas upp på detta sätt, genom att vårdgivaren ska rapportera in det totala priset för den utförda åtgärden för den aktuella patienten.[155] Vårdgivaren kan i stället ha flera varianter av samma åtgärd med olika pris beroende på materialet i sin prislista, exempelvis krona i guld, krona i titan, krona i porslin. Som patient kan man identifiera dessa tillägg på kvittot genom att de inte har ett referenspris. Bruket av tillägg påverkar även uppgifter i Tandpriskollen, TLV:s digitala prisjämförelsetjänst för tandvård, eftersom jämförelsen bygger på de priser som rapporteras in till Försäkringskassan. Priserna visas i dessa fall för vårdgivaren till lägre kostnad i prisjämförelsetjänsten än det faktiska pris som patienten därefter möter vid sitt besök hos behandlaren.

Tillägg ska skiljas från åtgärder som vårdgivaren vid behov behöver skapa och hantera i sin verksamhet. Det rör sådan tandvård som utförs utanför det statliga tandvårdsstödet och som av detta skäl inte har något referenspris. Exempel är tandblekning som är en estetisk behandling utanför tandvårdsstöden eller antiapnéskena som är en behandling inom tandvård som ett led i sjukdomsbehandling inom regionernas särskilda tandvårdsstöd. Det ska även noteras att det finns tilläggsåtgärder inom det statliga tandvårdsstödet, som inte ska sammanblandas med ovanstående tillägg.[156]

Sedan år 1999 råder fri prissättning inom tandvården. Detta medför att en åtgärd kan ha ett pris hos en vårdgivare och ett annat pris hos en annan vårdgivare. En försvårande omständighet för att jämföra patienters tandvårdskostnader är att två patienter som har samma tandvårdsbehov kan utföra samma behandling hos två olika vårdgivare, men de debiteras inte bara olika priser för viss åtgärd utan

[155] SFS 2019:116. *Förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.*
[156] En sådan åtgärd kan vara kontroll av koagulation (åtgärd 480) för de patienter som äter blodförtunnande medicin och som användas som tillägg vid vissa behandlingsåtgärder. Dessa åtgärder har egna referenspriser och ingår i högkostnadsskyddet.

även olika åtgärder. En tandläkare som behandlar en patient kan till exempel välja att bjuda på den tillkommande tandstensskrapningen som pågick utöver de fem minuter som ingår i basundersökningens del av förebyggande åtgärder.[157] En annan tandläkare väljer att debitera patienten en åtgärd för tandstensborttagning. Ingen av metoderna är fel enligt systemet, men för patienterna kan den totala kostnaden skilja sig åt. Patientens pris för ett tandvårdsbesök är således inte bara åtgärdspriset även utan vilka åtgärder som patienten debiteras. I prisjämförelser är detta svårt att fånga och beskriva.

6.13 Svensk tandvård i ett internationellt perspektiv

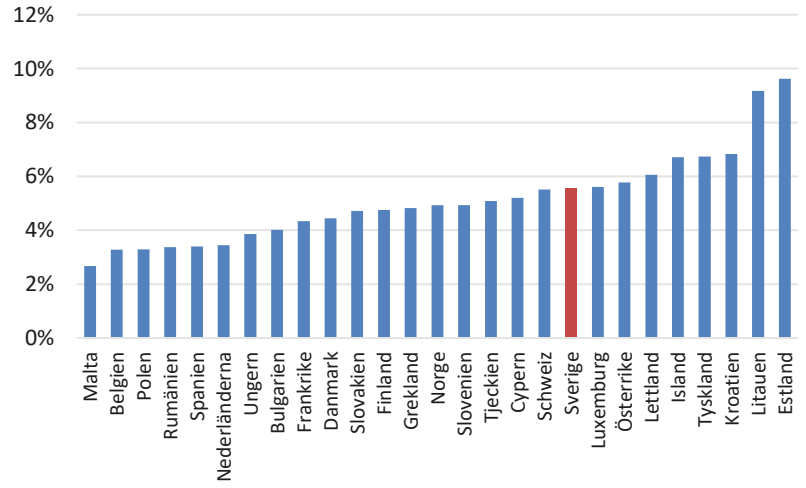
I detta avsnitt presenteras övergripande hur väl den svenska tandvården står sig i olika internationella jämförelser. OECD och Eurostat samlar kontinuerligt in uppgifter om olika aspekter av sina medlemsländers utgifter inom hälso- och sjukvård inom ramen för det internationellt jämförbara klassifikationssystemet System of Health Accounts (SHA). Tandvård är en del av detta system, vilket därmed möjliggör studier och internationella jämförelser av tandvården över tid.[158] Svårigheterna med internationella jämförelser är dels en varierande kvalitet i statistiken för vissa länder, dels att tandvårdens finansiering ser så pass olika ut.

Sett i såväl ett europeiskt som ett nordiskt perspektiv är utgifterna för tandvård, mätt som en andel av samtliga utgifter inom hälso- och sjukvård, relativt höga i Sverige. Detta framgår av figur 6.87 nedan. Förklaringarna kan vara flera. En är att den svenska tandvården till stor del finansierad av offentliga medel i stället för genom privata försäkringar. En annan förklaring är att vissa tandvårdsdiscipliner såsom kirurgi finansieras inom tandvårdssystemet i Sverige men inom det generella och hälso- och sjukvårdssystemet i andra länder.

[157] HSLF-FS 2018:23, åtgärd 101.
[158] System of Health Accounts (SHA) är en klassifikationsstandard som följer flödet av utgifter inom ett lands hälso- och sjukvårdssystem. Rapporteringen enligt SHA tar hänsyn till skillnader i de ingående ländernas olika sätt att organisera hälso- och sjukvården.

Figur 6.87 Utgifter för öppen tandvård i EU/EES-länder, år 2018

Andel av samtliga utgifter för hälso- och sjukvård



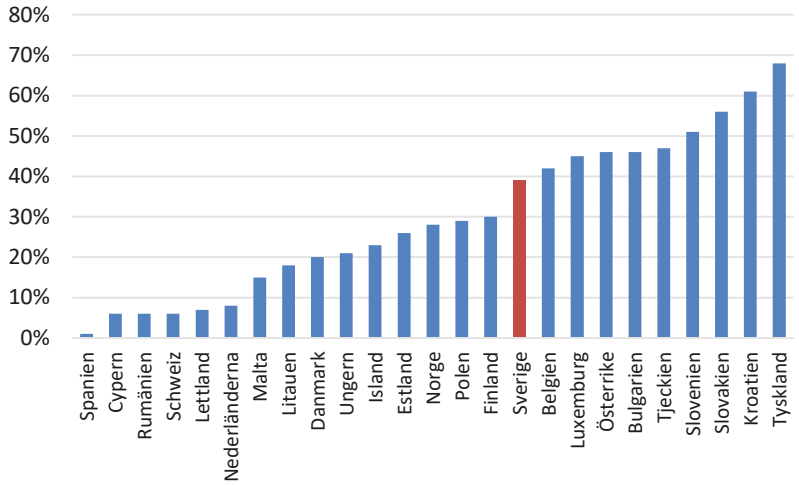
Källa: Eurostat.

I en rapport från OECD framgår att graden och modell för tandvårdens finansiering skiljer sig kraftigt mellan de europeiska länderna.[159] I vissa länder såsom Kroatien och Tyskland bekostar det offentliga mer än hälften av tandvårdskostnaderna, medan det i länder som Italien och Storbritannien knappt finns någon tandvårdssubvention för vuxna patienter. De svenska patienterna betalar i genomsnitt en relativt låg andel av de egna tandvårdskostnaderna jämfört med andra europeiska länder. Sett över hela EU betalade patienterna själva ungefär 70 procent av de totala tandvårdskostnaderna jämfört med drygt 60 procent i Sverige.[160] Även i förhållande till de övriga nordiska länderna, där subventionsgraden låg mellan 20 och 30 procent, var den offentliga tandvårdssubventionen hög i Sverige, se figur 6.88 nedan.[161] Vad gäller de förebyggande tandvård är å andra sidan subventionen högre i exempelvis Danmark. Även hur tandvården till långvarigt sjuka och personer med funktionsnedsättning finansieras varierar.

[159] OECD och Europeiska kommissionen. 2018. *Health at a glance: Europe.*
[160] Statistiken från OECD definieras något annorlunda än den svenska statistiken, vilket förklarar att hushållens andel av tandvårdskostnaderna är något högre i den internationella jämförelsen.
[161] OECD och Europeiska kommissionen. 2016. *Health at a Glance: Europe 2016*.

Figur 6.88 Offentlig subvention av tandvård i EU/EES-länder, år 2016

Andel av totala utgifter för tandvård



Källa: OECD.

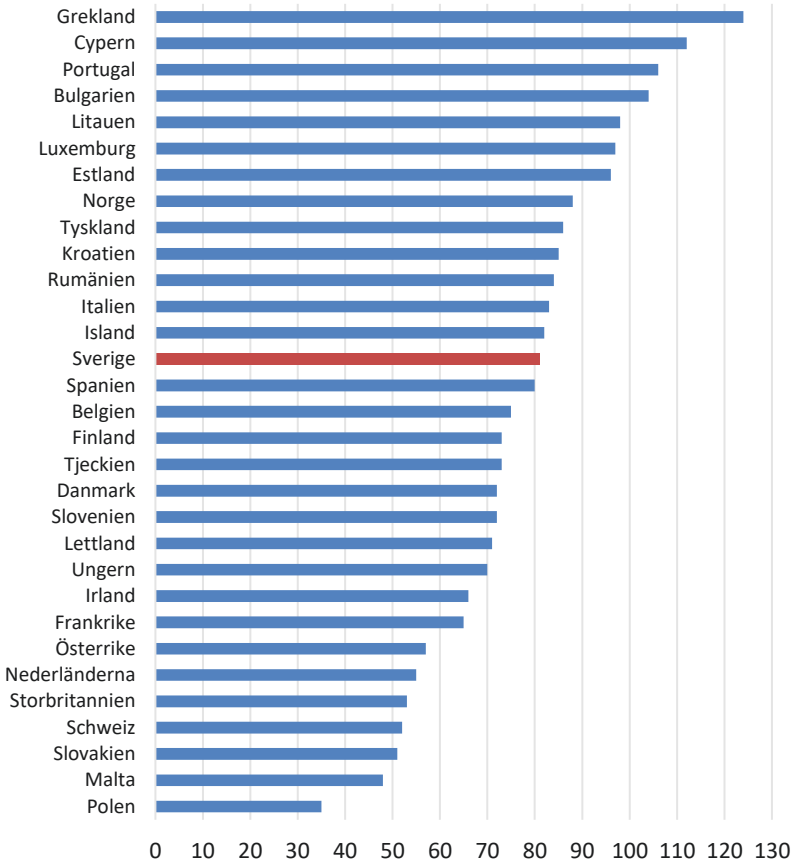
En jämförelse av antalet tandläkare per capita mellan EU och EES-länder visas i figur 6.89 nedan. År 2018 fanns ungefär 80 yrkesaktiva tandläkare per 100 000 invånare i Sverige.[162] Detta var något fler än genomsnittet för EU som samma år var drygt 70 yrkesaktiva tandläkare per 100 000 invånare. Spridningen i tandläkarkoncentration mellan de europeiska länderna är dock stor och statistiken osäker för vissa länder.

Jämfört med de övriga nordiska länderna var koncentrationen av yrkesaktiva tandläkare i Sverige något lägre än i Norge och Island, men något högre än i Finland och Danmark.

[162] Översättning av Eurostats definition ”practising dentists”.

Figur 6.89 Tandläkarkoncentration i EU/EES-länder, år 2018

Antal aktiva tandläkare per 100 000 invånare



Källa: Eurostat. Anmärkning: Data för Finland avser år 2016.

7 Förutsättningar för vårdgivare, medarbetare och patienter i tandvården

I det här kapitlet redovisar utredningen analys, bedömningar och förslag avseende förutsättningar för vårdgivare, medarbetare och patienter i svensk tandvård. I kapitlet diskuteras tandvårdens förutsättningar ur fyra perspektiv. Det första handlar om tandvårdens lagreglerade uppdrag och ansvar samt vilka principer som styr verksamheten. Det andra perspektivet diskuterar tandvårdsmarknadens villkor, däribland vårdgivarprisernas och prissättningens betydelse ur ett jämlikhetsperspektiv. Ett tredje perspektiv i utredningens analys är tandvårdens medarbetare och förutsättningarna för personal- och kompetensförsörjning. Sist i analysdelen lyfts frågor om förutsättningar för kvalitetsutveckling och kunskapsstyrning. Gemensamt för samtliga analyser är att de syftar till att tydliggöra förutsättningarna för att skapa ett mer jämlikt, resurseffektivt och förutsägbart tandvårdssystem som kan bidra till en mer jämlik tandhälsa.

Utredningen har inte bedömt det vara i enlighet med utredningsdirektivet att genomföra en systematisk översyn och lämna förslag till en ny tandvårdslag. Däremot har utredningen analyserat tandvårdslagen utifrån sitt uppdrag att skapa ett mer jämlikt, resurseffektivt och förutsägbart tandvårdssystem, vilket föranlett utredningen att lämna vissa författningsförslag som också skulle innebära en ökad överensstämmelse med den nuvarande hälso- och sjukvårdslagen. Det gäller främst vissa övergripande och styrande principer för tandvården.

7.1 Tandvårdens uppdrag och ansvar

7.1.1 En god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen

Det finns två övergripande mål för tandvården som gäller hela befolkningen; en god tandhälsa och att vården ska ges på lika villkor.[1] Målet om en god hälsa i befolkningen återfinns även i såväl patientlagen som i HSL. I förarbeten till den gamla HSL uttrycktes att begreppet hälsa är ett relativt begrepp beroende av ekonomiska resurser, vetenskapens nivå och utveckling, olika förhållanden i miljön med mera.[2] Världshälsoorganisationens (WHO) definition av hälsa är ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte endast frånvaro av sjukdom.

Vad som kan anses vara målbilden för *en god tandhälsa* är inte definierat i förarbetena till tandvårdslagen och är i viss mån individuellt, men målet ser till befolkningen som helhet. I en god tandhälsa kan, enligt utredningen, inrymmas en frånvaro av smärta, sjukdomar och besvär i tänder och dess bettfunktion, käkar och munnens slemhinna, med en sammantagen god funktion för att äta, tugga och tala. Att ha en fullt synlig tandlucka påverkar sällan förmågan att tugga, men kan vara socialt stigmatiserande. En ojämn tandrad kan påverka det psykiska välbefinnandet, även om bettets förmåga är fullgott. Utredningen anser därför att även bettets utseende i viss mån bör omfattas av målbilden för en god tandhälsa. Olika patientgrupper kan ha olika förväntningar på hur högt det utseendemässiga kriteriet ska värderas och det är inte givet var gränsen ska dras. I ett system för offentliga subventioner i form av tandvårdsstöd behöver således prioriteringar med nödvändighet göras. Behandling av sjukdom, smärta och en förmåga att tugga prioriteras högre än mer estetisk tandvård. Var gränsen för estetik ska sättas kan komma att variera mellan olika delar av tandvårdsstödet och preciseras närmare för respektive stöd, beroende på dess syfte. Det generella statliga tandvårdsstödet ger möjlighet till skydd mot höga kostnader för att uppnå ett utseendemässigt godtagbart resultat. Inom avgiftsfri tandvård för barn och unga vuxna finns samma gräns, men den närmare definitionen kan variera mellan regioner; för den tandvård som patienten efterfrågar, men som bedöms vara utöver vad som är nödvändigt för

[1] 2 § tandvårdslagen (1985:125).
[2] Prop. 1981/82:97 *om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat, får regionen ta betalt.[3] Inom stödet för nödvändig tandvård är prioriteringen snävare och inriktad på att påtagligt förbättra förmågan att äta eller tala med utgångspunkt i den enskildes allmäntillstånd.[4] För mer om estetik, se kapitel 4.

Att tandvården ska ges *på lika villkor* innebär en målformulering om att det ska vara möjligt för alla, oavsett var i landet de bor, att vid behov och på lika villkor få ta del av tandvårdens tjänster.[5] Denna möjlighet får därför inte påverkas av kriterier som kön, ålder, initiativförmåga, socioekonomiska förhållanden, födelseland etcetera. Samtidigt är det viktigt att understryka att tandvårdslagen inte är en rättighetslagstiftning för patienten.[6] Det finns ingen möjlighet att överpröva beslut om behandling eller vård vid en domstol. Någon formell rätt för en patient att få tandvård finns således inte. Lagstiftningen uttrycker i stället skyldigheter för huvudmän, vårdgivare och behandlare gentemot patienten eller befolkningen som helhet.

Hälso- och sjukvård på lika villkor har ett vidare syfte än den allmänna kommunala principen om likställighet (enligt vilken det inte är tillåtet för en kommun att särbehandla vissa medlemmar eller grupper annat än på en objektiv grund). Här menas att även en rad jämlikhetsvillkor av allmänmänsklig natur inryms, såsom att jämna ut skillnader på grund av olikheter i inkomst och utbildning mellan olika patienter så att alla ges likvärdiga möjligheter att exempelvis förstå den ställda diagnosen eller planerade behandlingen.[7] Inom tandvården finns möjlighet att ta hänsyn till individuella förutsättningar att uppnå god tandhälsa såsom initiativförmåga att söka vård eller förmåga att sköta sin egen munhygien, dels genom att regelbundet kalla patienter efter deras behov, dels genom särskilt stöd för personer med särskilda behov. En viktig skillnad mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård är dock att lika villkor inom sjukvården även medför att individens betalningsförmåga inte ska påverka möjligheterna till att få vård.[8] Vad gäller tandvård är den vuxna individens betalningsförmåga av betydelse och påverkar således möjligheten att ta emot ett erbjudande om tandvård. För tandvården har

[3] 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).
[4] 9 § 2–3 stycket tandvårdsförordningen (1998:1338).
[5] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*
[6] Ibid.
[7] Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag, m.m*.
[8] Prop. 1981/82:97 *Om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

därför, förutom en möjlighet att ta del av ATB och ett skydd mot höga kostnader, även andra stödsystem för individen skapats, såsom möjligheten att få vissa tandvårdskostnader som ekonomiskt bistånd enligt socialtjänstlagen (SoL). Många vårdgivare erbjuder även en möjlighet att dela upp kostnaden över tid.

7.1.2 Etiska principer inom tandvård

Etiska principer inom övrig hälso- och sjukvård

I HSL:s reglering av mål för hälso- och sjukvården nämns, förutom en god hälsa och vård på lika villkor, även följande principer: ”Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.” Det är således en form av diskriminering och oförenligt med ovanstående principer att låta behov av hälso- och sjukvård stå tillbaka för exempelvis ålder, livsstil eller socioekonomiska förhållanden. Någon motsvarighet till dessa principer återfinns inte i tandvårdslagen, bortsett från ett krav att behandla akuta fall med förtur.[9]

Principerna inom HSL har sin bakgrund i Prioriteringsutredningens arbete. Prioriteringsutredningen fick år 1992 i uppgift att formulera etiska principer som skulle fungera vägledande såväl när prioritering behöver ske vid resursfördelning som i mötet mellan patient och vårdpersonal. Bakgrunden till uppdraget var ökade förväntningar på vården föranledda av biomedicinsk utveckling, demografisk utveckling med ökande andel äldre, en generellt högre utbildningsnivå i befolkningen med ökad information och kunskap samt en förändrad samhälls- och familjestruktur. Detta samtidigt som de ekonomiska resurserna gick från en tidigare kraftig expansion av sjukvårdsresurser till ramar som begränsade vad sjukvården kunde utföra. Med begränsade resurser måste hälso- och sjukvården arbeta så rationellt och effektivt som möjligt. En teknologisk utveckling, ökad konkurrens och en tydligare ekonomisk styrning blev nya inslag för att öka kvalitet, effektivitet och produktivitet. Att bättre utnyttja resurserna undanröjer dock inte behovet av prioriteringar, i betydelsen att värdera och rangordna behov inför beslut om resursfördelning. En allmän och bred diskussion utifrån etiska utgångs-

[9] 3 § 2 stycket tandvårdslagen (1985:125).

punkter som syftade till att överväga sjukvårdens roll i välfärdsstaten och som lyfte fram de grundläggande principer om prioriteringar som vården bör baseras på ansågs väsentlig.[10]

Tre principer ligger till grund för prioriteringar inom vården:

– Människovärdesprincipen – alla människor är lika mycket värda oberoende av personliga egenskaper, ålder, inkomst och funktion i samhället.
– Behovs-solidaritetsprincipen – resurserna bör satsas på den människa, eller verksamhet, där behoven är störst. De med mindre behov ska av solidaritet avstå resurser till de med större behov.
– Kostnadseffektivitetsprincipen – den mer kostnadseffektiva åtgärden bör väljas om allt övrigt är lika. Denna princip bör endast komma till användning sedan behovs-solidaritetsprincipen först tillämpats.

Utöver den etiska plattformen med grundläggande principer i HSL, lyftes i lagstiftningens förarbeten fyra prioriteringsgrupper för hälso- och sjukvården som exemplifierar principerna genom att omsätta dessa på sjukdomstillstånd och patientgrupper med olika behov.[11] Prioriteringsgrupp 1 omfattar vård av livshotande akuta sjukdomar, svåra kroniska sjukdomar, människor med nedsatt autonomi samt palliativ vård. Prioriteringsgrupp 2 omfattar prevention och habilitering/rehabilitering. Prioriteringsgrupp 3 omfattar vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar och slutligen omfattar prioriteringsgrupp 4 vård av andra skäl än sjukdom eller skada såsom operation av närsynthet, kosmetiska operationer, vaccinationer inför utlandsresor och social snarkning. Varje enskilt fall bör bedömas utifrån de individuella förutsättningarna, men generellt bör prioriteringsgrupp 4 inte finansieras med offentliga medel.[12] Avsikten med riktlinjerna är att vara vägledande för dem som i olika sammanhang har att fatta beslut som rör prioriteringar i vården och vara en utgångspunkt för vidare överväganden och diskussioner.[13] Det bör i sammanhanget påpekas att dessa prioriteringsgrupper har kommit att ifrågasättas i den praktiska tillämpningen, bland annat därför att

[10] SOU 1993:93 *Vårdens svåra val – Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
[11] Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
[12] Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
[13] Ibid.

grupperna är sammansatta genom en kombination av svårighetsgrad och typ av insats.[14]

Vid sidan av dessa riktlinjer tillfördes även den äldre HSL en skyldighet för hälso- och sjukvården att snarast bedöma vårdbehovet för den som söker vård, om det inte är uppenbart obehövligt.[15] Regeln fördes senare över till patientlagen.[16]

Förarbetena lyfter även att en prioritering inom vård innebär att vissa patienters vårdbehov prioriteras framför andra patienters vårdbehov. Ofta handlar det om att någon ges vård tidigare än någon annan. En konsekvens av en prioritering kan även vara att en patients behandling väljs bort. Prioriteringar har alltid förekommit och äger rum hela tiden på alla nivåer inom vården. En prioritering av en enskild patient kan inte ske i förväg efter en fastställd mall eller kriterier. Varje patients fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskildes behov och unika förutsättningar, men med vägledning av genomtänkta etiska grundprinciper.[17] Prioriteringsdelegationen lyfter det demokratiska dilemmat att det i ett läge där det krävs reella prioriteringar kan vara svårt att i längden försvara ett system som bara tillgodoser behoven hos de riktigt sjuka och svaga medan andra sorteras bort, eftersom grundvalen för hela hälso- och sjukvårdssystemet i så fall riskeras att ryckas undan. Det är därför viktigt att en diskussion sker öppet politiskt kring vad vården ska ägna sig åt och till vilken kvalitet.[18]

Etiska principer inom tandvård

Tandvårdslagen ställer i 3 § ett krav på att akuta fall i tandvården ska behandlas med förtur. Dessa ska följaktligen prioriteras före övrig tandvård. I 7 § finns även en form av prioritering vad gäller den tandvård som folktandvården i respektive region ska bedriva. Tandvård till barn och unga vuxna samt specialisttandvård lyfts som något folktandvården ska svara för. Därefter får respektive region bestämma i vilken omfattning det är lämpligt att övrig tandvård bedrivs av folktandvården för personer från och med det år de fyller 24 år.

[14] Detta är en synpunkt som framförts till utredningen av Prioriteringscentrum vid Linköpings universitet.
[15] 2 a § 3 st. hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
[16] 2 kap. 2 § patientlagen (2014:821).
[17] Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården*.
[18] SOU 2001:8. *Prioriteringar i vården – perspektiv för politiker, profession och medborgare*.

Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd innehåller vissa övergripande bestämmelser avseende prioriteringar. Definitionen av vilken tandvård som ska omfattas av statligt tandvårdsstöd innebär en prioritering, där staten anger vilken tandvård som är så angelägen att den bör berättiga till statligt stöd.[19] Regeln är ett stöd för TLV som föreskrivande myndighet i arbetet med att ta fram ersättningsberättigande tandvård i form av tillstånd, åtgärder och övriga förutsättningar för tandvårdsstöd. Bland annat ska behandlingens kvalitet och hållbarhet vägas mot behandlingens kostnad. Behandlingar som görs av rent estetiska skäl och som går utöver vad som kan ses som ett utseendemässigt godtagbart resultat omfattas inte av stödet. I övrigt omfattar tandvårdslagstiftningen inga regler om vilken tandvård som ska prioriteras. Till stöd för bedömning av vilken behandling som bör prioriteras finns Socialstyrelsens nationella riktlinjer om tandvård och andra kunskapsstöd samt regionala eller företagsspecifika vårdprogram och behandlingsrekommendationer.

Det är utredningens principiella uppfattning att etiska principer för prioritering bör tillämpas även inom tandvården. Prioritering förekommer på alla nivåer inom tandvården, bland annat genom följsamhet till nationella riktlinjer, genom regionens fördelning av resurser i framtagande av tandvårdsriktlinjer och vid fastställande av en prioriteringsordning för folktandvården. Såväl den privata som den offentliga vårdgivaren prioriterar genom styrning av patientflödena och den enskilde behandlaren prioriterar på kliniken i kontakten med patienten. Även om behandlaren kan uppleva det komplicerat att ställa en patients hälsa eller livskvalitet i relation till en annan, sker detta rutinmässigt i samband med bokning av nästa revisionstillfälle eller i bedömning av hur snabbt ett visst konstaterat sjukdomstillstånd hos en patient behöver behandlas.

Vad en patient själv anser vara stora behov behöver inte överensstämma med behandlarens bedömning. En och samma diagnos kan även medföra olika behov som bedöms olika från individ till individ.

[19] 1 kap. 3 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

7.1.3 Regionala variationer i samverkan mellan offentlig och privat verksamhet

Samverkan vid regionens planering av tandvård

Regionerna ska planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård och se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård.[20] Detta förutsätter en överblick över den totala tandvårdssituationen i regionen och kan innebära behov av att planera och samordna vård som ges av olika vårdgivare, såväl offentliga som privata. I planeringen ska regionen således även beakta den tandvård som erbjuds av andra vårdgivare än folktandvården, utan att för den skull ha någon beslutanderätt över de privata vårdgivarna.[21] Regionen kan inte överlåta ansvaret för övergripande ledning, eller övergripande beslut, om vårdens organisation och dimensionering på annan part.[22]

I planeringen av den egna verksamheten och vid utveckling av tandvården ska regionen verka för att samverkan sker med de som direkt eller indirekt berörs, såsom samhällsorgan, organisationer och enskilda.[23] Med samverkan avses enligt förarbetena ett ömsesidigt givande och tagande och att samverkande parter ges en verklig möjlighet att påverka utformningen av kommande beslut genom att belysa det utifrån dennes kunskaper och erfarenheter. Med samverkan menas således inte att i efterhand bereda någon ett tillfälle att ta del av redan fattade beslut.[24] Såväl samverkan med exempelvis handikapp- och patientorganisationer och kommunal verksamhet såsom äldreomsorg, som samverkan med privata vårdgivare och deras organisationer lyfts i förarbetena.[25]

Regionen ska vid planeringen även se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att dessa erbjuds tandvård. Här avses att särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs bland de grupper som omfattas, att nödvändig tandvård erbjuds och att tandvårdsinsatser kan erbjudas som

[20] 8 § tandvårdslagen (1985:125).
[21] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*
[22] Prop. 1992/93:43. *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet.*
[23] 9 § tandvårdslagen (1985:125).
[24] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*
[25] Ibid.

ett led i en sjukdomsbehandling, samt på grund av en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.[26]

I utredningens dialoger med företrädare för offentliga och privata vårdgivare under utredningsarbetet har framkommit att planeringsansvaret i regionerna uppfattas och tillämpas olika över landet. För att regionens planering om framtida tandvårdsbehov och klinikutbud ska kunna omfatta all tandvård, krävs kunskap om den tandvård som utförs hos samtliga aktörer inom tandvården. För tandvård där regionen är huvudman (tandvården för barn och unga vuxna samt det särskilda tandvårdsstödet) har regionen viss kunskap, dels genom vårdgivarens ersättningsbegäran för utförd tandvård, dels genom vårdgivarens avtalade återrapportering av statistik, bland annat om kariesförekomst hos barn. Planeringsansvaret kan dock även anses kräva viss kännedom om privata vårdgivares kösituation, patientstock och patienttillströmning inom vuxentandvården samt hur respektive tandvårdsmottagnings resurs- och kompetensförsörjning ser ut på kort och lång sikt. Eftersom regionen bedriver tandvård i egen regi i form av folktandvården kan konkurrensförhållandet göra att privata vårdgivare väljer att inte redovisa sådan information till regionen. Samtidigt följer inte med regionens ansvar någon möjlighet att ställa krav på de privata aktörerna inom regionen att medverka eller delge regionen information, utöver de krav som kan ställas i avtal om tandvård för barn och unga vuxna eller vid upphandling av viss specialisttjänst. För att regionen ska kunna planera framtida behov behövs därför ett bra samverkansklimat och en aktiv samverkan med samtliga vårdgivare – såväl offentliga som privata.

Via en enkät till företrädare för samtliga regioner har utredningen inhämtat information rörande regionernas planeringsansvar och hur detta hanteras, bland annat avseende samverkan.[27] I de 13 regioner som uppger att de har någon form av kontinuerlig samverkan, sker denna från privattandvårdens sida genom ett representantskap där företrädare för Privattandläkarna, eller på annat sätt utsedda företrädare, träffar de som inom regionen ansvarar för övergripande administration. Det kan vara en tandvårdsenhet, en beställarenhet, hälso- och sjukvårdsavdelning eller folktandvården. I övriga regioner redovisas inte någon särskild samverkan med hänvisning till planeringsansvaret. Ett fåtal regioner samverkar endast med vårdgivarna

[26] 8–9 §§ tandvårdslagen (1985:125).
[27] Enkät utskickad via SKL:s tandvårdsnätverk våren 2019.

genom tillämpningen av LOV för tandvården för barn och unga vuxna, där förfrågningsunderlaget diskuteras och vårdgivare får möjlighet att ge synpunkter. Utredningen kan i detta sammanhang konstatera att tandvården till barn och unga vuxna endast är en del av den tandvård som omfattas av regionens planeringsansvar. Tandvård inom de särskilda tandvårdsstöden är inte föremål för upphandling (undantaget uppsökande verksamhet) och regionen behöver utöver detta även kunskap om allmän vuxentandvård.

Vissa regioner inhämtar regelbundet skriftlig information om aktuell kösituation från olika vårdgivare som ett stöd vid bedömning av befolkningens vårdbehov. Dock kan detta enligt utredningen inte ses som samverkan i egentlig mening. Det finns även exempel på att regioner vid mer omfattande utredningar erbjuder utomstående aktörer att delta, samt inkluderar ett remissförfarande för att få in synpunkter. En region har initierat ett arbete med att utveckla och definiera vad planeringsansvaret egentligen bör omfatta.

Om samverkan med offentliga och privata vårdgivare utförs av regionen i ett tidigt skede innan förändringar implementeras, exempelvis rörande ersättningsmodeller eller vårdriktlinjer, kan förslagets påverkan på marknaden bättre förutses av alla aktörer. Den politiska ledningen för regionen kan därefter ta ställning till om förslaget ska genomföras, eller justeras. Utredningen vill understryka vikten av att samverkan sker systematiskt och rutinmässigt så att berörda vårdgivare, såväl privata som offentliga, får en tidig möjlighet att ge synpunkter på förslag till förändringar.

Övriga former av samverkan

Med samverkan som beskrivs i detta kapitel avses inte sådana åtgärder som sker för att begränsa konkurrensen på tandvårdsmarknaden och som kan innebära skada för patienten genom överenskommelser om priser eller andra villkor eller genom att dela upp marknaden mellan olika vårdgivare. Den samverkan som avses är avsedd att ge positiva effekter för patienterna. Ett exempel är samverkan för att öka antalet vårdgivare inom den tandvård som regionen ansvarar för, möjliggöra bättre nyttjande av regionens samlade tandvårdskapacitet exempelvis genom gemensam jourverksamhet i någon form, förbättra vårdflöden eller på andra sätt underlätta för patienterna.

Joursamverkan är ett exempel på effektivt resursutnyttjande när de personella resurserna är knappa. Samverkan för att säkerställa en fungerande jourverksamhet inom ett geografiskt område lyfts som exempel på samverkan i förarbetena till lagen[28], men förekommer, enligt vad utredningen erfar, endast i ett fåtal regioner. Ett exempel som beskrivits för utredningen är en jourverksamhet som bedrivs genom att behandlare från privata vårdgivare tar jourpass i folktandvårdsklinikens lokaler tillsammans med folktandvårdens egen personal. Ett annat exempel är att en privat vårdgivare kan erbjuda ett jouransvar vid vissa tillfällen som därefter förmedlas genom en särskild jourtelefon inom regionen. Konkurrensförhållandet mellan folktandvården och privata vårdgivare är enligt uppgifter till utredningen en bidragande orsak till att samverkan för gemensam jourverksamhet inte förekommer mer frekvent. En vanligare modell för jourverksamhet i en region i dag är i stället att folktandvården ges ett jouruppdrag där ersättning lämnas för merkostnader av regionen som en del av befolkningsansvaret. Det förekommer även att privata vårdgivare samordnar en gemensam jour i ett område.

I samband med det omfattande flyktingmottagandet år 2015 uppstod kapacitetsproblem på många folktandvårdskliniker. En region beskriver hur en förfrågan till samtliga privata vårdgivare i regionen om att ta ett gemensamt ansvar för den ansträngda situationen, gav en mycket svag respons. Andra regioner beskriver å andra sidan hur alla regionens privata vårdgivare deltog i gemensamma initiativ för att ta sig an de nyanlända patienterna.

Sammanfattande slutsatser om samverkan

Samarbetsklimatet mellan regionen och privata och offentliga vårdgivare påverkas av flera faktorer. Upparbetade kontakter underlättar all samverkan. En känsla av ett ömsesidigt givande och tagande likaså. En faktor som enligt utredningens bedömning förefaller påverka intresset att samverka från de privata vårdgivarna är huruvida det finns en outnyttjad kapacitet inom verksamheten eller inte. Är patienttillgången lägre än önskat är intresset av att genom samverkan hitta nya vägar till ett patientinflöde större. Är patienttrycket däremot högt prioriteras samverkan ofta bort.

[28] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*

Samverkan kan, enligt utredningens uppfattning, även påverkas av hur regionen valt att hantera den centrala tandvårdsförvaltningen. Vanligt är att regionen har en beställarfunktion för tandvård separerad från den egna utförande organisationen folktandvården. Om förvaltningen däremot hanteras av regionens utförande enhet, folktandvården, kan detta påverka förutsättningarna för en dialog med privata vårdgivare. Folktandvården verkar i dessa fall, dels som konkurrent, dels som regionens administrativa funktion för tandvård. Det finns exempel som visar att en sådan lösning kan fungera, men en problematik kring konkurrensrättsliga frågor kan uppstå. Under år 2018 hade folktandvården ansvaret för den centrala förvaltningen i sex regioner. Under år 2019 övergick Västerbotten återigen till en beställarorganisation.

En ytterligare försvårande omständighet för en nära samverkan mellan regionen och vårdgivare som framförts till utredningen, är frågan om representantskap. En utsedd representant kan inte vara fullt insatt i andra vårdgivares olika verksamheter. Detta gäller främst privata vårdgivare, men även inom folktandvården kan olika kliniker ha olika profiler och förutsättningar, vilket kan göra det svårt för utsedda representanter att företräda all verksamhet. Varje privat vårdgivare har sitt eget sätt att bedriva verksamheten – om vårdgivaren valt att profilera sig mot viss typ av tandvård, om man tar emot patienter inom tandvård för barn och unga vuxna eller tandvård inom de särskilda tandvårdsstöden för vuxna med särskilda behov. Vad en vårdgivare upplever avseende exempelvis patienttillgång behöver inte överensstämma med övriga vårdgivares uppfattning. Hur framtida resurser säkras kan även skilja sig åt från vårdgivare till vårdgivare. För regioner med ett fåtal privata vårdgivare kan det vara en fördel att samverka med samtliga verksamma i regionen. Detta är dock inte enkelt genomförbart för en stor region med många privata vårdgivare. För såväl privata som offentliga vårdgivare innebär medverkan i regionens samverkansinitiativ av olika slag att tid måste frigöras från den ordinarie kliniska verksamheten, vilket kan innebära uteblivna intäkter och kapacitetsförluster. Särskilt svårt kan detta vara för en mindre verksamhet.

Sammanfattningsvis är det utredningens bedömning att det varierar i vilken omfattning och på vilka sätt regioner samverkar med berörda parter för att få till stånd en planering av tandvården som beaktar både de privata och de offentliga vårdgivarnas situation. En god

samverkan kan, enligt utredningens bedömning, effektivisera användningen av de resurser som avsätts för tandvård inom en region. En samverkan behövs inom såväl vuxentandvård, tandvård för barn och unga vuxna som inom de särskilda stöden samt specialisttandvården. Samverkan är även ett forum för kunskapsspridning för alla parter. Det är utredningens sammanvägda bedömning att förutsättningarna för samverkan mellan regionen och offentliga och privata vårdgivare på olika sätt behöver utvecklas.

7.1.4 Utveckla arbetet med förebyggande insatser utanför klinikerna

Förutom att erbjuda en god tandvård ska regionen i övrigt verka för en god tandhälsa hos sin befolkning genom samhällsinriktade förebyggande insatser.[29] I förarbetena lyfts att detta bör innefatta insatser för att kartlägga hur faktorer i den yttre miljön och levnadsvillkoren påverkar befolkningens tandhälsa. Risker i människornas levnadsmiljö som observeras i det dagliga tandvårdsarbetet bör tas till vara och bearbetas.[30]

Utredningen ser att de samhällsinriktade förebyggande insatserna kan göras på flera olika sätt. Exempelvis kan riktade insatser göras i områden där tandhälsan generellt är sämre eller områden där tandvården når befolkningen i mindre utsträckning genom den ordinarie kliniska verksamheten. Ansvaret för ett preventionsarbete och för hälsofrämjande insatser delar regionernas tandvårdsverksamheter med många andra aktörer, däribland den övriga hälso- och sjukvården, länsstyrelserna och kommunerna. Utredningens bild är att många regioner i dag gör omfattande samhällsinriktade förebyggande insatser i syfte att möta befolkningen på andra arenor än på tandvårdskliniken, bland annat med målsättningen att minska socioekonomiska skillnader i såväl tandvårdskonsumtion som tandhälsa. I ett läge med knappa resurser och högt patienttryck kan det emellertid för flera regioner vara svårt att prioritera de förebyggande insatserna, eftersom de inte genererar direkta intäkter från patienter eller statligt tandvårdsstöd. I valet mellan att nyttja de personella resurserna på kliniken eller verka på andra arenor, är det lätt att prioritera den kliniska verksamheten. I det sammanhanget vill utredningen under-

[29] 5 § tandvårdslagen (1985:125).
[30] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*

stryka vikten av att tandvården ser möjligheterna att nyttja andra professioner och kompetenser för insatser utanför klinikerna. Det är ett arbete som inte med nödvändighet måste utföras av tandvårdens ordinarie professioner, utan där andra personer med kompetens inom prevention och beteendepåverkan kan spela en viktig roll.

För att effektivt motverka hälsoskillnader som är relaterade till socioekonomisk position krävs både generella och riktade insatser. Det förutsätter ett utåtriktat arbete i samverkan med andra aktörer och på andra arenor än på tandvårdskliniken. När det gäller generella insatser är det viktigaste att skapa goda förutsättningar för hela befolkningen att göra regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte. Fysisk tillgänglighet och låga ekonomiska trösklar är i detta avseende viktiga faktorer. Riktade insatser kan handla om att arbeta med vissa särskilda metoder, exempelvis fluorsköljning eller fluorlackning för en avgränsad grupp av barn. Det kan också handla om att samarbeta med ideella organisationer eller andra aktörer i lokalsamhället för att på detta sätt hitta nya kontaktvägar till grupper som inte besöker tandvården regelbundet.

Inom ramen för regionernas ansvar för tandvård till barn och unga vuxna bedriver folktandvården över landet olika former av insatser riktade till barn. På många håll görs även insatser i samarbete med MVC och BVC till blivande eller nyblivna föräldrar.

Utredningens sammanfattande bedömning är att tandvårdens insatser på arenor utanför klinikerna behöver utvecklas ytterligare och vill även aktualisera frågan om privata vårdgivares möjligheter att medverka i detta arbete, genom att dessa insatser erbjuds via ett upphandlingsförfarande. Utredningen har till exempel nåtts av förslaget om att tidigt nå invandrade personer via SFI för att informera om hur tandvårdssystemet fungerar i Sverige, vilka fördelar som finns med regelbunden förebyggande revisionstandvård, vikten av egenvård, att tandvård för barn och unga vuxna är kostnadsfri för patienten etcetera. Samordning och samverkan med andra preventionsinsatser kan bidra till ett mer kunskapsbaserat och strukturerat hälsofrämjande arbete.

I en proposition från 2017 lyfts länsstyrelserna fram som nyckelaktörer i folkhälsoarbetet.[31] Länsstyrelserna i Stockholm och Västerbotten fick hösten år 2018 i uppdrag av regeringen att ta fram metoder för samordning av ett tvärsektoriellt regionalt arbete för en jämlik

[31] Prop. 2017/18: 249 *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*

folkhälsa. Uppdraget består av ett tvåårigt pilotprojekt.[32] Inom ramen för den typen av initiativ ser utredningen att tandvården kan spela en viktig roll. Tandvårdens mångåriga erfarenhet av ett förebyggande arbete kan vara värdefullt att ta del av för andra områden och tandvården kan på motsvarande sätt ha stor nytta av kunskap från andra preventionsområden.

7.1.5 Regionens ansvar för invånarnas tillgång till tandvård

Tandvård bedrivs såväl av regionens folktandvård som av privata vårdgivare. Regionerna har en skyldighet att erbjuda en god tandvård åt dem som är bosatta, samt de som har skyddad folkbokföring[33], inom regionen enligt tandvårdslagen. Regionerna ska också erbjuda akut tandvård även till de som tillfälligt vistas i regionen samt till de som har rätt till vårdförmåner i Sverige vid sjukdom enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av sociala trygghetssystemen.

Regionen kan sluta avtal med någon annan aktör att utföra dess uppgifter, så länge som det inte rör sig om myndighetsutövning.[34] Sådana avtal med privata vårdgivare finns vanligen för tandvård till barn och unga vuxna samt vid köp av tjänst av viss specialisttandvård som bedrivs i privat regi. Vad gäller de särskilda tandvårdsstöden utför privata vårdgivare tandvården utan ett avtal med regionen.[35] För tandvård inom statligt tandvårdsstöd eller tandvård som utförs utan tandvårdsstöd finns inte heller något avtalsförhållande med regionen inom vilken verksamheten sker.

Genom tandvårdslagen har regionerna ett ansvar för befolkningens tandhälsa. Regionernas vårdansvar innebär en skyldighet att tillförsäkra alla invånare en god tandvård.[36] De ansvarar för att det erbjuds tandvård, vilket implicerar ett sistahandsansvar. Ansvaret kan ses som en skyldighet att vid behov bedriva verksamhet där inga privata aktörer bedriver verksamhet. Kravet gällande regionernas åtagande att erbjuda god tandvård medför å ena sidan ingen begränsning för privata vårdgivare att bedriva tandvårdsverksamhet. Å andra sidan

[32] Länsstyrelsen Stockholm.2018. *Projektplan för Folkhälsopilot Stockholm – skräddarsytt stöd till hälsofrämjande och förebyggande arbete.*
[33] 16 § folkbokföringslagen (1991:481).
[34] 5–6 §§ tandvårdslagen (1985:125).
[35] 15 a § sjunde stycket tandvårdslagen (1985:125).
[36] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*

medför kravet att om den privata vårdgivaren väljer att avsluta sin verksamhet har regionen skyldighet att se över befolkningens behov av tandvård och vid behov erbjuda den ytterligare vård som behövs, även om det kan vara svårt att få verksamheten ekonomiskt lönsam.

Ansvaret omfattar såväl planerad som akut tandvård, vilket medför ett ansvar för att jourverksamhet kan erbjudas i regionen. Regionens särskilda ansvar för barn och unga vuxna samt de med särskilda behov omhändertas lyfts även särskilt i lagstiftningen. Med sistahandsansvar kan även avses regionens skyldighet att ta hand om barn och unga vuxna som inte gjort ett aktivt val och listat sig hos en viss vårdgivare. Det finns även regioner som särskilt lyfter ett ansvar för patienter som är särskilt vårdkrävande. Insatserna görs för att uppfylla målsättningsparagrafen i tandvårdslagen om en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

Regionernas ansvar omfattar att verka för att det finns tandvårdsresurser med en ändamålsenlig geografisk fördelning.[37] Tandvård ska således tillhandahållas befolkningen i den omfattning som behövs för att de boende ska få en god tandvård. Detta krav kan vara svårt att hantera för de regioner där avstånden är stora geografiskt och antalet behandlare få. Exempelvis kan en politisk målsättning om att det ska finnas ett utbud av tandvård i form av fasta kliniker i varje kommun vara regionalpolitiskt väl motiverad, men i praktiken innebära betydande utmaningar för tandvården. Det kan innebära svårigheter att bemanna vissa kliniker, eller leda till ett ineffektivt utnyttjande av befintlig personal på grund av för låg efterfrågan. Faktisk personalbrist kan således bli den direkta konsekvensen av målkonflikten mellan ett politiskt motiverat krav på god tillgänglighet till tandvård även i glesbygd och verksamhetens krav på effektivt resursutnyttjande och hög produktivitet. Detta medför även hyreskostnader för lokaler som används sparsamt, vilket inte är kostnadseffektivt. För olika lösningar vad gäller kliniker, se avsnitt 7.3.4.

Utredningen anser att regionernas förutsättningar att klara sitt åtagande att erbjuda hela befolkningen en god tandvård innebär en allt större utmaning. Längre fram i kapitlet beskrivs hur trenden med bland annat ökande urbanisering gör rekrytering av tandvårdspersonal utanför större städer allt svårare. Den tandvårdspersonal som är relativt nyutexaminerad föredrar dessutom ofta att arbeta vid stora kliniker som är centralt placerade och som ger möjlighet till

[37] Ibid.

handledning och fortbildning. Patienternas efterfrågan på tandvård lär framöver öka trots en generellt förbättrad tandhälsa i befolkningen. Ett skäl till detta kan vara ett i samhället ökat fokus på utseende och estetik.[38] Samtidigt medför demografiska förändringar, med allt fler äldre i befolkningen, en ökad belastning för tandvården eftersom tandhälsan tenderar att försämras med åldern. Regionerna och de privata och offentliga vårdgivarna behöver enligt utredningens uppfattning i högre grad än i dag ta ett gemensamt ansvar för att alla de verksamhetsgrenar som tandvården omfattar kan bedrivas. Detta ställer krav på väl fungerande samverkan och en kontinuerlig dialog om förutsättningar och villkor.

7.1.6 Folktandvårdens särskilda ansvar för barn och unga vuxna

Personer ska till och med det år de fyller 23 år erbjudas en regelbunden och fullständig tandvård, vilket innebär allmäntandvård och vid behov specialisttandvård, såväl akuttandvård som regelbundna hälsokontroller och behandling.[39] Historiskt var huvudskälet till utbyggnaden av folktandvården över landet att kunna erbjuda barntandvård. Skälen till att ge folktandvården ansvaret för tandvård till barn och unga vuxna har varit att alla barn ska få så goda möjligheter som möjligt att grundlägga en god tandhälsa tidigt i livet så att det finns förutsättningar för en god bibehållen tandhälsa i vuxen ålder. Ansvaret har krävt särskilda insatser för att på olika sätt söka nå barn som lever under socialt utsatta förhållanden. Tandvårdslagens bestämmelser om att folktandvården ska svara för tandvård för barn och unga vuxna[40] har dock inte inneburit något hinder för att låta privata vårdgivare utföra tandvård för barn och unga vuxna om regionen och privata vårdgivaren kommer överens om detta. Så har också skett i alla regioner, dock på delvis olika sätt, se vidare avsnitt 7.2.4.

[38] Grant Thornton, 2019. *Hur mår den privata vård- och omsorgssektorn i Sverige? Vårdrapporten 2019.*
[39] 7 § första punkten tandvårdslagen (1985:125) samt prop. 1984/85:79.
[40] 7 § tandvårdslagen (1985:125).

Det finns en utbyggd tandvård för alla barn och unga vuxna i hela landet. De privata vårdgivarnas andel av barntandvården var år 2018 cirka 14 procent och varierar över landet. Lönsamheten för tandvård till barn och unga vuxna är generellt lägre än för vuxentandvården, se vidare avsnitt 7.2.

Mot bakgrund av de utmaningar folktandvården har när det gäller att rekrytera och behålla personal på kliniker, framför allt utanför storstadsregionerna, är det enligt utredningens bedömning önskvärt med en jämnare fördelning av tandvården till barn och unga mellan folktandvården och privata vårdgivare. Det skulle möjliggöra för folktandvården att erbjuda allmäntandvård till vuxna i större omfattning vilket skulle innebära en mer varierad och stimulerande arbetssituation för folktandvårdens personal. En viktig förutsättning är dock att regionerna genom avtal med de privata vårdgivarna säkerställer och följer upp att samtliga barn och unga vuxna erbjuds fullständig tandvård på lika villkor och som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är även väsentligt att ett sistahandsansvar (även kallat områdesansvar) omhändertas och fastställs av regionen så att även de unga patienter som inte aktivt listar sig hos en vårdgivare ändå kallas till tandvården.

7.1.7 Folktandvårdens särskilda ansvar för specialisttandvården

Ansvaret för specialisttandvården regleras i tandvårdslagen och innebär att folktandvården ska svara för specialisttandvård för personer från och med det år då de fyller 24 år.[41] Barn och ungas behov av specialisttandvård omhändertas inom folktandvårdens ansvar för fullständig tandvård till barn- och unga vuxna.[42] Motivet till att ge folktandvården ett särskilt ansvar för specialisttandvård var bland annat att möjliggöra för specialisterna att verka för att effektiva vårdprogram utarbetades och genomfördes inom regionerna. Ett annat skäl var att specialisterna kunde utbilda behandlare inom allmäntandvården. Vissa specialiteter var, och är alltjämt, få till antalet. Genom folktandvården kunde specialisterna spridas över landet och inte endast finnas tillgängliga i storstadsområdena. Samverkan mellan regioner vid resursbrist underlättades även genom folktand-

[41] 7 § andra punkten tandvårdslagen.
[42] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*

vårdens särskilda ansvar för specialisttandvården. Inom vissa specialiteter, såsom parodontologi, protetik och ortodonti, finns i dag specialister som arbetar som privata vårdgivare inom det statliga tandvårdsstödet. De kan även ha avtal med regionen om att utföra viss specialisttandvård för barn och unga vuxna. Jämtland Härjedalen, Västernorrland, Västmanland och Örebro är regioner som år 2019 anger att de saknar egen kapacitet inom flera specialiteter. Det gäller bland annat endodonti, ortodonti, bettfysiologi, orofacial medicin och radiologi. Vissa landsting anger att de knutit till sig specialister men att det är svårt att rekrytera och att kapacitet i stället säkerställs genom att köpa specialisttjänster genom lagen om valfrihetssystem[43] (LOV).[44]

I vissa regioner har specialisttandvården i allt större omfattning privatiserats, från att historiskt sett drivits i offentlig regi. I Stockholm blev redan år 2007 antalet privata specialister fler än de offentligt anställda specialisterna. Även i Skåne syns en liknande utveckling där andelen offentligt anställda specialister har minskat med 50 procent de senaste 15 åren. Vanligt är att ortodonti, endodonti och parodontologi sker inom privat verksamhet i storstäderna, men samtliga specialiteter finns att tillgå privat år 2017 (tilläggas bör dock att statistiken inte omfattar den nya specialiteten orofacial medicin). Det är framför allt ortodontisterna som övergått i privat verksamhet. I Västra Götaland har privatiseringen inte gått lika snabbt, endast 19 procent av specialisttandläkarna verkar inom privat verksamhet. I övriga landet är specialisttandläkarna inom offentlig verksamhet fortfarande i klar majoritet.[45]

En successiv generationsväxling i tandläkarkåren medför ett ökande antal unga och mindre erfarna tandläkare inom allmäntandvården. Denna utveckling kan bidra till en tilltagande arbetsbelastning för specialisterna. Detta är något som specialistkåren inom flera olika specialiteter uppmärksammat och som tar sig uttryck i ett ökat antal remisser och ett större behov av konsultationer och utbildningsinsatser.

Utredningen kan konstatera att det är viktigt att regionerna även framöver tar ett särskilt ansvar för specialisttandvården och att de tidigare framförda skälen för detta fortfarande är relevanta. De personella resurserna över landet vad gäller specialisttandläkare är på

[43] Lagen (2008:962) om valfrihetssystem.
[44] Enkät till samtliga regionföreträdare våren 2019.
[45] Socialstyrelsen, *Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, uttag 2019-10-16, Tillgänglig från: http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas.*

sina håll begränsat och samverkan mellan regioner kring viss specialiserad vård är väsentligt för att denna ska finnas tillgänglig över hela landet.

7.1.8 Patientens behov av information

Att hitta information utanför tandvårdskliniken

Tandvård kan vara komplicerat att sätta sig in i som patient. Skälen till behandling kan vara flera; förebyggande behandlingar, sjukdomsbehandlingar, behandlingar mot smärta, rehabiliteringsbehandlingar för att återställa funktionen efter förlorade tänder samt habiliteringsbehandlingar för att främja en utveckling av funktionsförmågan att tala och tugga. Det finns även behandlingar som är rent estetiska.

Många av behandlingarna sker inom ramen för de offentligt finansierade tandvårdsstöden, men det finns även behandlingar som bekostas helt av patienten utanför tandvårdsstöden, exempelvis tandblekning och estetisk tandreglering. Vissa behandlingar har prioriterats bort ifrån tandvårdsstödet eller inte bedömts vara kostnadseffektiva. Vanligen besöker patienten en och samma tandvårdsmottagning oavsett valet av tjänst, vilket kan komplicera förståelsen för hur stöden är uppbyggda. Konceptet skiljer sig därmed även från hur övrig hälso- och sjukvård är uppbyggd där estetiska behandlingar vanligen hålls skilda från övrig sjukvård.

Att som konsument hitta information om de olika tandvårdsstöden, exempelvis vilken subvention som är möjlig att få och för vilken slags tandvård, är inte enkelt. Ett delat ansvar mellan stat och region vad gäller den subvention som ges, där regionerna administrerar och finansierar tandvård för barn och unga vuxna samt de särskilda tandvårdsstöden för patienter med särskilda behov och staten hanterar tandvårdssubvention för vuxna utan särskilda behov, bidrar ytterligare till komplexiteten.

Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd föreslog år 2015 att Försäkringskassan skulle ges ett förstärkt och förtydligat informationsuppdrag till allmänhet och patienter. Det bedömdes att Försäkringskassan borde ge råd och stöd till allmänheten i frågor kring såväl statligt tandvårdsstöd som andra tandvårdsfrågor genom en förstärkt kundtjänst. Försäkringskassan föreslogs även arbeta med målgruppsanpassad information till grupper med låg besöksfrekvens.

Slutligen föreslogs en tandvårdsportal på webben tillsammans med andra aktörer.[46] År 2018 fick Försäkringskassan i uppdrag att utveckla sin befintliga webbsida om tandvårdsstödet för att bidra till mer heltäckande information i syfte att öka kännedomen om det statliga tandvårdsstödet och även de stöd som finansieras av regionerna.[47]

Det är utredningens bedömning att den information som i dagsläget finns på bland annat Försäkringskassans webbsida och på 1177.se når de patienter som är vana att ta till sig information på detta sätt. Kvaliteten i den information som tillhandahålls av andra aktörer på webben varierar däremot. Exempelvis kan hänvisning ske till fel lagstiftning eller fel åldersgräns för avgiftsfri tandvård anges, vilket belyser hur komplicerat systemet är.

För vissa personer är det inte tillräckligt att söka information på egen hand. En patient kan behöva diskutera frågor som varför särskilt tandvårdsstöd nekats av regionen trots behov, eller varför ersättningsperioden börjat om på nytt trots pågående behandling. Patienten kan även behöva hjälp att förstå den behandlingsplan patienten fått från tandläkaren, och varför inte högkostnadsskydd ges för hela behandlingen. Att själv läsa sig till svar på liknande frågor är komplicerat och behovet av att få ställa frågan till en utomstående part som är insatt i tandvårdsfrågor kan vara stort. Utredningen instämmer i den bedömning som 2015 års utredning gjorde om att det finns ett behov av en förstärkt kundtjänst hos Försäkringskassan. Dock är det i dag inte möjligt för Försäkringskassan att besvara detaljerade frågor om regionernas olika tandvårdsstöd. Myndigheten har inte insyn i administrationen hos de olika regionerna, vilket beslut som fattats och på vilka grunder detta skett.

De förslag utredningen redovisar i kapitlen 10 och 11 avseende riskbedömning, tandhälsoplan, ett statligt selektivt stöd och utökad information på Mina sidor, skulle sammantaget innebära förbättrade förutsättningar för Försäkringskassan att informera patienter om tandvårdssystemet, kostnadsförslag och de olika tandvårdsstöden. Utredningen bedömer att ett utvidgat och samlat informationsansvar för Försäkringskassan i tandvårdsfrågor bör övervägas.

[46] SOU 2017:76 *Enhetliga priser på receptbelagda läkemedel.*
[47] Regeringen. 2018. *Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan, S2019/00547/SF.*

Vårdgivaren behöver ta ett större ansvar för att ge patienten information

En patient har i normalfallet sämre kunskap om sitt vårdbehov och möjliga behandlingsalternativ än den behandlare som genomfört undersökningen av munhälsan. Det är därför av stor vikt att den tandvård som bedrivs tillgodoser patientens behov samtidigt som den respekterar patientens självbestämmande. För att kunna utöva sitt självbestämmande och ta ställning till föreslagen vård och behandling krävs information och kunskap.

Behandlaren är den patienten vänder sig till för att få information om behov av behandling, olika behandlingsalternativ och andra frågor patienten kan ha. Utredningen anser generellt att behandlaren bör ta ett större ansvar än i dag när det gäller att informera patienten om de olika tandvårdsstöden. Behandlaren når dock bara de patienter som väljer att besöka tandvården och inte de som avstår.

Tandvårdslagen har som ett generellt krav på tandvården att denna ska bedrivas så att den uppfyller kravet på en god tandvård.[48] För att stödja patienten i dennes kunskap om sin egen munhälsa och vid val av om, och i så fall på vilket sätt, behandling ska ske krävs att patienten får fullgod information av behandlaren. Informationskravet regleras övergripande i tandvårdslagen. Där framgår att patienten ska få information om sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds.[49] Eftersom patienten står för en stor del av kostnaden för tandvård finns även ett krav att vårdgivaren innan undersökning eller behandling påbörjas ska upplysa patienten om kostnaden för tandvården.[50] Det finns inget tydligt krav om att vårdgivaren ska upplysa om tandvårdssystemet och om patienten kan ha möjlighet att få ta del av särskilt stöd.

IVO:s visade i en rapport från år 2019 att ett vanligt klagomål från patienter är att de upplever brister kopplat till information och att man dels inte förstått, dels inte fått information, om behandling, kostnader och vilka möjligheter som finns för ekonomiskt stöd för sin tandvård. Exempelvis lyfts klagomål hänfört till tandvården om att patienten inte fått information om möjlighet till särskilt tandvårdsstöd, upplevt att vård och behandling inte varit utformad i samråd

[48] 3 § tandvårdslagen (1985:125).
[49] 3 b § tandvårdslagen (1985:125).
[50] 4 § 2 stycket tandvårdslagen (1985:125).

med dem eller inte fått klart besked om behandlingen täcks av garanti eller inte.[51]

Inom övrig hälso- och sjukvård regleras den informationen som ska delges patienten i patientlagen.[52] Förutom information om hälsotillstånd och om möjliga behandlingsmetoder, som även återfinns i tandvårdslagens reglering, ska patienten få information om de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning, vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård, det förväntade vård- och behandlingsförloppet, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, eftervård, och metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Patienten ska även få information om hälso- och sjukvårdsrelaterade ämnen såsom möjligheten till fast vårdkontakt, vårdgaranti, vad som gäller vid utskrivning från slutenvård etcetera. Förutom att beskriva vilken information som ska lämnas, ställer patientlagen även krav på att informationen ska anpassas efter mottagarens individuella förutsättningar att ta emot informationen, samt att den som ger informationen, så långt som möjligt, ska försäkra sig om att mottagaren förstår innehållet. Information ska även i vissa situationer kunna ges skriftligt.

Enligt patientsäkerhetslagen (2010:659), vilken omfattar tandvård, har vårdgivaren en skyldighet att snarast informera en patient om en vårdskada har inträffat, patientens möjlighet att begära ersättning enligt patientskadelagen (1996:799), anmäla klagomål till IVO, patientnämndernas uppgift att stödja patienten samt att vårdgivaren har en skyldighet att hantera klagomål och synpunkter.[53]

Utredningen anser att vårdgivarens ansvar för att informera patienten i tandvårdsrelaterade frågor behöver förtydligas. Även vårdgivarens ansvar att informera om tandvårdssystemet behöver tydliggöras. Vårdgivaren har bättre möjlighet att sätta sig in i de olika tandvårdsstöden än patienten och är den naturliga lotsen genom tandvårdssystemet.

Det är även i tandvården av vikt att den som ger information så långt det är möjligt försäkrar sig om att patienten, eller dess vårdnadshavare, förstår informationen som ges. Den information som ges behöver anpassas efter de förutsättningar som mottagaren har att ta till sig informationen.

[51] IVO. 2019. *Rapport: Patienternas berättelser 2018 – Analys av patienters och närståendes berättelser gällande delaktighet och information.*
[52] 3 kapitlet patientlagen (2014:821).
[53] 3 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Särskilda informationskrav inom statligt tandvårdsstöd

Inom det statliga tandvårdsstödet där patienten står för en större andel av tandvårdens kostnad finns även kompletterande bestämmelser avseende prislistor, skriftlig preliminär prisuppgift om total behandlingskostnad samt om informationen på kvittot. Därtill finns krav på att patienten direkt efter varje undersökning (undantaget enstaka tänder eller enstaka problem) ska få ett undersökningsprotokoll.[54] Undersökningsprotokollet ska ge patienten information om övergripande tandhälsostatus, råd om egenvård, diagnos för tänder och vävnader som behöver behandlas och om patienter löper risk att få karies, parodontit, periimplantit, käkfunktionsstörning eller någon form av tandslitage.[55]

Det finns även krav på att patienter, som behöver en mer omfattande behandling, ska få en skriftlig behandlingsplan.[56] Denna ska ge information om ställd diagnos, föreslagen behandling och skäl för denna, om det finns alternativa behandlingsförslag, ifall tandvårdsåtgärderna är ersättningsberättigande samt vårdgivarens priser, referenspriser och åtgärdskoder för de i behandlingen ingående tandvårdsåtgärderna. Det ska även framgå om behandlingen behöver ske skyndsamt och anledningen till detta.[57]

Tanken bakom kravet på undersökningsprotokoll och behandlingsplan är att patienten ska få tydlig information om sin tandhälsa, sina hälsorisker och om kommande behandlingsförslag. I de fall patienten väljer att ifrågasätta vårdgivarens behandlingsförslag kan även patientrörligheten öka. Med hjälp av föreslagen behandlingsplan kan patienten söka en annan vårdgivare för att dels eftersöka ifall kostnaden för behandlingen kan vara lägre någon annanstans, dels få en second opinion kring föreslagen behandling.[58]

Patienten kan uppleva ett informationsunderläge i relation till vårdgivaren. Det är i normalfallet inte möjligt att själv bedöma omfattningen av sitt vårdbehov, vilken behandlingsmetod som är bäst i det individuella fallet samt vårdgivarens relativa prisläge och utförd kvalitet.

[54] 12 § förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.
[55] 12 § FKFS 2008:6.
[56] 10 § förordning om statligt tandvårdsstöd.
[57] 13 § FKFS 2008:6.
[58] Prop. 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd.*

Det är utredningens bedömning att de bestämmelser som återfinns i lagen om statligt tandvårdsstöd avseende information till patienten inte tillämpas på ett sätt och i en utsträckning som ger patienten tillräcklig information. Undersökningsprotokoll lämnas sällan till patienten. Även IVO har noterat att det till nya patienter ofta lämnas ut ett kostnadsförslag, men att det inte lämnas ut undersökningsprotokoll, inte lämnas alternativa behandlingsförslag och att det ofta saknas skriftliga diagnoser. Skriftlig behandlingsplan som lämnas till patienten saknar ofta alternativa behandlingsalternativ och den ställda diagnosen har vanligen ersatts med ett tillstånd enligt ersättningsystemet i stället, vilket inte är samma sak.[59] Socialstyrelsen visar i en utvärdering att andelen som upplever att de fått tillräcklig information om behandlingsalternativ och om behandlingskostnaden är låg, vilket även medför att dessa inte fullt ut kan vara delaktiga i valet av behandlingsmetod.[60]

En synpunkt som framförts till utredningen av olika vårdgivare är att patienter inte efterfrågar eller visar intresse för sitt undersökningsprotokoll. Även om så kan vara fallet, är det utredningens uppfattning att patienter generellt har ett intresse av information om sin tandhälsa om den är lätt tillgänglig och tydlig. Formerna för informationen behöver således moderniseras, exempelvis genom att den tillhandahålls digitalt som en del av annan vårdinformation för att kunna tas fram vid behov. För utredningens bedömningar och förslag avseende information till patienterna i de olika tandvårdsstöden, se kapitel 9 och 10. Utredningen anser även att ett undersökningsprotokoll kan vara av stort värde för patienter inom övriga delar av tandvårdssystemet, exempelvis tandvård till barn och unga vuxna även om undersökningsprotokollet för de yngre patienterna förmedlas till vårdnadshavarna i stället. Att reglera en skyldighet att upprätta undersökningsprotokoll i tandvårdslagen var även något som lyftes i samband med framtagandet av det statliga tandvårdsstödet. Då beslutades att ett övervägande om att utvidga vårdgivarnas skyldigheter skulle ske i ett senare skede. Utredningen bedömer att reformen om individuell riskbedömning och tandhälsoplan ger goda förutsättningar att förbättra informationen inom övriga delar i

[59] En diagnos är en identifikation av en sjukdom. Ett tillstånd i statliga tandvårdsstödet är en grund för viss behandling och ersättning.
[60] Socialstyrelsen. 2013. *Nationell utvärdering 2013 Tandvård – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.*

tandvårdssystemet, se vidare kapitel 9. För patientens svårigheter att jämföra kvalitet och pris, se avsnitt 7.2.4.

7.2 Tandvårdsmarknadens villkor

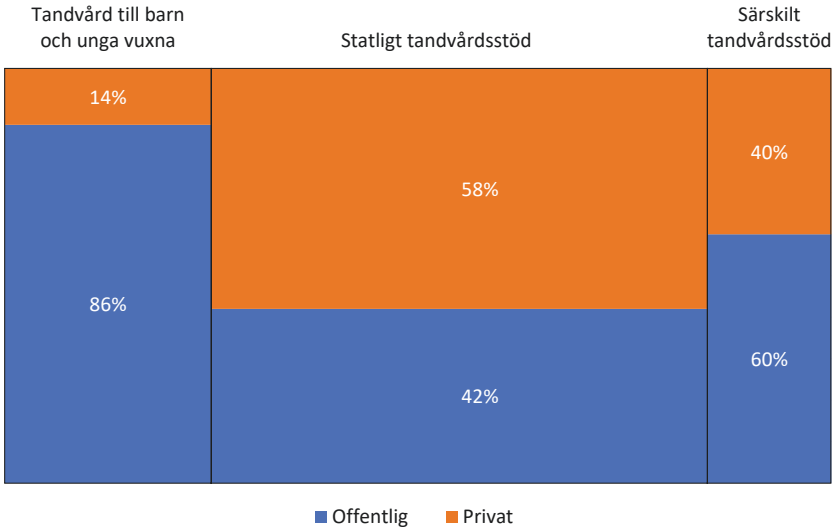
I det här avsnittet redovisar utredningen hur tandvårdsmarknaden är uppdelad på offentliga och privata vårdgivare inom olika tandvårdsstöd samt analyserar möjliga orsaker till denna uppdelning. Utredningen analyserar även vilken effekt olika val av ersättningsmodeller har och hur regionens prissättning påverkar prisbilden i hela regionen. I enlighet med utredningsdirektivet görs även en analys av vilken betydelse som prissättningen har för en jämlik tandvård. Slutligen lyfter utredningen skillnader i hur det fria valet av vårdgivare är konstruerat och vilka effekter detta får för vårdgivarna och patienterna.

7.2.1 Den tudelade tandvårdsmarknaden

Regionernas särskilda ansvar och ersättningsmodeller för vissa patientgrupper i kombination med det statliga tandvårdsstödets konstruktion har lett till en tydlig uppdelning av tandvårdsmarknaden mellan offentliga och privata vårdgivare. Något förenklat kan det beskrivas så att de offentliga vårdgivarna dominerar inom tandvården till barn och unga vuxna, medan de privata vårdgivarna är större i den vuxentandvård som finansieras genom det statliga tandvårdsstödet. När det gäller de regionfinansierade särskilda stöden är de offentliga vårdgivarna större, dock utför de privata vårdgivarna en avsevärt större andel av denna tandvård än tandvård till barn och unga vuxna.

Figur 7.1 Fördelning av marknaden mellan privat och offentlig tandvårdsverksamhet, år 2019

Procentuell andel av patienter



Källa: Försäkringskassan och SKR. Anmärkningar: Uppdelningen av tandvård till barn och unga vuxna avser listade patienter. Särskilt stöd omfattar inte oralkirurgiska åtgärder.

Orsaker till den låga andelen privata vårdgivare inom tandvård till barn och unga vuxna

Privata vårdgivare utför cirka 14 procent av den regionfinansierade tandvården till barn och unga vuxna. Mindre privata vårdgivare som utför tandvård till barn och unga vuxna väljer ofta att göra det för att kunna erbjuda tandvård till en hel familj där föräldrar eller andra närstående redan tidigare är deras patienter, även om vårdgivaren formellt sett inte kan begränsa erbjudandet endast till dessa. Några större privata vårdgivare, bland annat i Stockholm och Halland, har ett genom avtal med regionen reglerat områdesansvar för barn och unga vuxna, men detta är relativt ovanligt.

Orsakerna till den låga andelen privata utförare inom tandvården till barn och unga vuxna är enligt utredningens bedömning flera. En faktor handlar om regionens ersättningsmodell och nivå på ersättningen. Tandvård till barn och unga vuxna ersätts av regionerna och vad avser allmäntandvård sker detta främst eller uteslutande genom kapitering. Kapitering i sin grundform tar inte hänsyn till den en-

skilde patientens vårdbehov utan bygger på att en generell ersättning per patient ska verka utjämnande mellan patienter med inga eller små behandlingsbehov och patienter med omfattande behandlingsbehov. För att en sådan ersättningsmodell ska vara attraktiv för ett företag som har krav på lönsamhet, krävs antingen endast patienter med små behandlingsbehov eller ett relativt stort antal patienter med varierande behov. Knappt hälften av landets regioner differentierar sin ersättning. Dock kvarstår det faktum att en ersättningsmodell som i huvudsak bygger på kapitering innebär en ekonomisk osäkerhet för vårdgivaren.

En annan faktor rör den omfattande administration som följer med ett upphandlingsförfarande. Även i det fall regionen inte tillämpar LOV utan på andra sätt möjliggör för privata vårdgivare att behandla barn och unga vuxna, förekommer det manuell administration för att bli ansluten som vårdgivare av tandvård för barn och unga vuxna. Kraven för att bli antagen som vårdgivare kan vara mer omfattande än de krav som gäller för vårdgivarens anslutning till statligt tandvårdsstöd.

Varje region har skrivna riktlinjer som styr den vård de ersätter för barn och unga vuxna. Det kan vara resurskrävande att sätta sig in i regionens riktlinjer för vilken tandvård som ska erbjudas för att få ta del av barnpengen. Har kliniken en geografisk närhet till flera regioner, eller om den av andra skäl får patienter från olika regioner såsom eftergymnasial utbildningsort, blir administrationen än mer krävande, eftersom olika regioner har olika krav och rutiner. Det kan också uppstå en situation där den privata vårdgivarens uppfattning om hur tandvården bör bedrivas, exempelvis avseende revisionsintervall, skiljer sig från regionens vårdriktlinjer. I en sådan situation har den privata vårdgivaren att välja mellan att mot sin övertygelse följa regionens vårdriktlinjer, erbjuda mer tandvård än vad som ersätts, eller avstå från att bedriva denna tandvård.

För att regionerna ska få kunskap om utförd behandling ställs krav på en årlig inrapportering från vårdgivaren av patientberättelse och statistik såsom inrapportering av karies vid vissa åldrar på patientnivå med mera. Detta är uppgifter som vanligen inte finns automatiskt i journalsystemet, utan kräver en manuell hantering och därigenom en ökad administrativ börda. Det är således en skillnad jämfört med det statliga tandvårdsstödet där dataöverföring till största del sker med viss automatik i systemet.

En ytterligare faktor handlar om utbud och efterfrågan. Har kliniken tillgång till fler vuxna patienter än vad som behövs för att gå runt är behovet litet att ta sig an tandvård för barn och unga vuxna vid sidan av de vuxna patienterna. Är det tvärtom svårt att få tillräckligt med patienter kan tandvård för barn och unga vuxna utgöra ett värdefullt komplement.

Andra påverkande faktorer kan vara att unga barnpatienter kan ta extra tid i anspråk, vilket det inte finns utrymme för i en full bokningskalender. Det bör även finnas en pedagogisk kompetens på kliniken för ett bemötande av barn som möjliggör behandling utan att barnet upplever obehag och som därmed riskerar att grundlägga en tandvårdsrädsla. Ytterligare en orsak kan vara nivån på ersättningen. Olika uppfattningar om regionens vårdplan och därmed storlek på ersättningen kan också påverka privata vårdgivares benägenhet att utföra tandvård till barn och unga vuxna.

Privata vårdgivares tandvård inom särskilt stöd för vuxna

Privata vårdgivare utför cirka 40 procent av de regionfinansierade särskilda tandvårdsstöden. Det är således vanligare att privata vårdgivare utför tandvård inom regionens särskilda stöd än tandvård till barn och unga vuxna.

Uppsökande verksamhet i privat regi finns endast i Halland, Skåne, Stockholm, Östergötland samt sedan år 2018 i Västmanland. I övriga regioner bedrivs denna verksamhet i folktandvårdens regi, vilket påverkar den nationella statistiken.

Inom tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling är det vanligtvis, med några få undantag, få patienter som går till privata vårdgivare, 22 procent på riksnivå år 2019. Regioner där den privata andelen är 40 procent eller högre är Stockholm, Skåne och Östergötland. Regioner med en lägre privat andel än fem procent är Gotland, Jämtland Härjedalen, Kalmar och Örebro. En möjlig förklaring till detta kan, enligt utredningen, vara att denna tandvård kräver ett remissförfarande från hälso- och sjukvården som kan ha etablerade kontakter med regionens folktandvård. Patienter remitteras även till tandvårdskliniker belägna på sjukhus för att efterfråga den särskilda kompetens som finns där, exempelvis inom orofacial medicin.

Andelen patienter som går till en privat vårdgivare inom stödet för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning var på riksnivå 46 procent år 2019. Regioner med en privat andel på 50 procent eller högre är Uppsala, Skåne och Halland. I Örebro, Gävleborg, Västerbotten och Norrbotten var andelen privata utförare omkring 30 procent vilket var lägst i landet.

Inom nödvändig tandvård gick 48 procent av samtliga patienter till en privat vårdgivare år 2019, men skillnaderna över landet var stora. I Stockholm, Skåne och Halland var andelen som gick till en privat vårdgivare omkring 70 procent medan andelen var lägre än 20 procent i Värmland, Gävleborg och Norrbotten.[61]

Orsaker till att privata vårdgivare utför tandvård som finansieras genom regionernas särskilda tandvårdsstöd

Utredningens analys av möjliga orsaker till att de privata vårdgivarna utför en större andel, 40 procent, av tandvård inom de särskilda stöden än tandvård till barn och unga vuxna,[62] kan sammanfattas på följande sätt.

För det första kan konstateras att när det gäller de särskilda stöden tillämpar regionerna en annan ersättningsmodell än för tandvård till barn och unga vuxna. För tandvård inom ramen för de särskilda stöden ersätts vårdgivaren för faktiskt utförd behandling med en åtgärdsersättning. Modellen liknar i det avseendet mer det statliga tandvårdsstödet, även om åtgärdsersättningen är reglerad av regionen. Det är således en prisreglerad marknad, men med en ersättningsmodell som mer tar hänsyn till den enskilde patientens faktiska tandvårdskonsumtion. Den ekonomiska risken för ökad konsumtion bärs därmed av respektive region. Ersättningsmodellen torde därmed vara mer attraktiv för privata vårdgivare än kapitering, eftersom den ger bättre förutsättningar för kostnadstäckning. I sammanhanget bör dock påpekas att även folktandvården har krav på kostnadstäckning eller lönsamhet för sin verksamhet.

[61] SKR. 2019. *Verksamhetstabeller 2010 - 2019 (Excelfil)*.

[62] Procenttalet avser nödvändig tandvård, tandvård som ett led i sjukdomsbehandling, långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning inklusive extremt tandvårdsrädda och utbyte av fyllningar för år 2018. Uppsökande verksamhet ingår inte i beräkningen eftersom denna i 17/21 regioner endast utförts av regionens folktandvård. Oralkirurgi ingår inte i beräkningen eftersom statistik saknas kring dess omfattning.

En annan orsak är den enklare konstruktion för anslutning som finns i lagstiftningen för denna tandvård. Det krav tandvårdslagen ställer är att vårdgivaren är ansluten till det statliga tandvårdsstödet.[63] Härigenom behövs inget särskilt upphandlingsförfarande för att ta sig an patientgrupperna.

En annan anledning kan vara de privata vårdgivarnas höga marknadsandel när det gäller äldre patienter inom det statliga tandvårdsstödet. Om det finns en etablerad relation mellan patient och behandlare innan patienten får del av särskilt stöd, är incitamenten starkare för att bibehålla denna.

Eftersom det särskilda stödet kan kombineras med det statliga tandvårdsstödet finns det också marknadsmässiga incitament att ta sig an patientgruppen och utföra behandlingar som inte omfattas av det regionfinansierade stödet. En patient med särskilt tandvårdsstöd på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kan till exempel behandlas med implantat inom statligt tandvårdsstöd.

Det finns även privata vårdgivare som helt fokuserar på att ta sig an patienter inom särskilt stöd, till exempel genom mobila enheter som kan erbjuda behandling på ett särskilt boende.

Den regionala eller lokala tandvårdsmarknaden i stort kan också påverka de privata vårdgivarnas intresse för tandvård inom ramen för de särskilda stöden. På en marknad med tendenser till överetablering och stark konkurrens om patienter, kan denna tandvård vara marknadsmässigt intressant. Detta förhållande gäller emellertid endast på ett fåtal platser i landet. Generellt är tillgången till patienter god och då är det med nuvarande ersättningsmodeller och regionernas särskilda ansvar rationellt för de privata vårdgivarna att i första hand erbjuda tandvård till vuxna patienter inom det statliga tandvårdsstödet.

7.2.2 Olika ersättningsmodeller påverkar intresset och vilken tandvård som erbjuds

Olika ersättning till vårdgivaren för utförd tandvård

Som tidigare framgått förekommer olika ersättningsmodeller till vårdgivaren inom dagens tandvårdssystem. En kapiteringsbaserad ersättning ges per patient inom tandvård till barn och unga vuxna. En åt-

[63] 15 a § 7 stycket tandvårdslagen.

gärdsersättning tillämpas för såväl statligt tandvårdsstöd som för de särskilda tandvårdsstöden för vissa grupper inom regionernas regi. Modellen med åtgärdsersättning skiljer sig dock åt mellan stöden på så vis att prissättningen är fri för vårdgivaren inom statligt tandvårdsstöd, medan det är respektive region som fastställer åtgärdsersättningen för de särskilda stöden. Regionen kan, enligt tandvårdslagen, komma överens med en vårdgivare om andra priser för nödvändig tandvård, tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och tandvård för personer med långvarig sjukdom och funktionsnedsättning. Detta förfarande tillämpas inte i någon region.[64] För de särskilda stöden är det således de priser som regionen fastställt och som tillämpas i regionens folktandvård som gäller som ersättning till en vårdgivare som utför sådan tandvård. Regionerna har vanligen reglerat i vilken utsträckning en viss åtgärd inom de särskilda tandvårdsstöden får användas, det vill säga ställt krav på under vilka förutsättningar viss behandling kan ske. Vården behöver vanligen även prövas av regionen innan behandlingen sker, vilket kan ha en återhållande effekt på produktionen av tandvård inom de särskilda stöden.

Effekter av kapitering som ersättningsmodell

Kapitering för tandvård till barn och unga vuxna i form av så kallad barnpeng har en återhållande effekt på produktionen, eftersom det inte finns något ekonomiskt incitament att producera mer tandvård än nödvändigt. Riktlinjer från regionerna kan därför vara utformade i form av fastställd minsta godtagbara aktivitet för att ersättning ska ges till vårdgivaren. Ersättningsmodellen som sådan innebär således snarare en risk för underbehandling eller en behandling med lägre kvalitet. En återkommande synpunkt som framförts till utredningen är att kapiteringen inte är tillräcklig för att kunna erbjuda barn och unga vuxna god tandvård i den omfattning som lagen föreskriver. Samtidigt framför ofta förespråkare av kapiteringsmodellen att den innebär att vårdgivare tjänar på att hålla patienten frisk.[65] Om en vårdgivare har större grupper av patienter från födseln och upp till vuxen ålder, kan kapitering som modell ge incitament till vårdgivaren att öka de hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatserna,

[64] 15 b § tandvårdslagen samt enkät till samtliga regioner under mars–april 2019.
[65] Birgitta Haglund, Gunilla Swanholm, Kapitationssystemet är ett framgångskoncept, *Tandläkartidningen nr 11 2018.*

eftersom det kan minska behovet av kostnadskrävande behandlingar framöver.

En tendens som utredningen blivit uppmärksammad på är ett ökat remissflöde ifrån allmäntandvården för barn och unga vuxna till specialister, främst pedodontister, och att ett skäl till detta kan vara ekonomiskt. Om kapiteringen inte ger kostnadstäckning för viss behandling, förekommer det att behandlare i stället remitterar patienten till en specialist. För att försöka förhindra remittering av behandlingar som ligger inom allmäntandvårdens kompetens kan regionen ge ut anvisningar om vad som kan remitteras och inte. Dock finns inte tillräcklig statistik på nationell nivå som beskriver kostnadsutvecklingen eller remissflödena.

Även om flera regioner på olika sätt försöker ge stöd till vårdgivare som behandlar barn med stora behandlingsbehov, eller på andra sätt erbjuder viss ersättning vid sidan av kapiteringen för speciell kostsam behandling, är tandvård till barn och unga vuxna sällan en verksamhet som ger lönsamhet för vårdgivaren. Den privata vårdgivaren tar en viss ekonomisk risk när denne väljer att erbjuda tandvård till barn och unga vuxna. Risken blir olika stor beroende på hur ersättningssystemet i sin helhet är konstruerat i regionen. Det finns två regioner som har ett eget högkostnadsskydd vid sidan av kapiteringen. I 15 regioner ges ersättning för viss behandling vid sidan av den ordinarie ersättningen. Vanligast är kostnad för ortodonti, men även andra varianter såsom viss protetik förekommer. Det finns även sex regioner som inte ger någon ersättning utöver fastställd kapitering, oavsett vårdgivarens faktiska kostnad i det individuella fallet. I en region har de privata vårdgivarna själva startat en riskpott för att fördela risken dem emellan. Det kan således finnas både slumpmässiga och icke slumpmässiga faktorer som medför att det ekonomiska resultatet kan variera för två olika vårdgivare med lika många listade barn. Av de icke slumpmässiga faktorerna spelar det geografiska området där vårdgivaren är aktiv en stor roll. Som framgår av beskrivningen i kapitel 5 har personer med en utsatt socioekonomisk position en sämre tandhälsa jämfört med övriga befolkningen. Dessa faktorer hör även samman med bostadsort, vilket medför att vårdgivare som är verksamma i utsatta områden i genomsnitt har ett patientunderlag med ett större tandvårdsbehov jämfört med vårdgivare som bedriver sin verksamhet i mindre utsatta områden. Detta är regionerna medvetna om och sju regioner differentierar därför

ersättningen efter vårdtyngd per område enligt exempelvis CNI. För ytterligare information om olika ersättningsmodeller för barn se kapitel 6.

Risken påverkas också av huruvida vårdgivaren får många unga patienter med stora behov listade på kliniken, sett i relation till andelen friska barn och unga vuxna som behöver mindre mängd tandvård. Den ersättning som ges per barn innebär för den privata vårdgivaren att det behöver finnas en viss mängd friska unga patienter vars ersättning delvis täcker kostnaden för barn och unga vuxna med större behov. Härigenom sprids risken genom att det som ersättningen inte täcker i termer av höga kostnader för behandling av relativt få barn med stora behov tas ut av positiv marginal för behandling av de relativt många barn som har en god tandhälsa. I annat fall får intäkterna från vuxentandvården täcka underskottet, såvitt regionens ersättningssystem inte ger täckning för höga kostnader vid sidan av kapiteringen.

Under början av 2010-talet ökade de privata vårdgivarnas andel av marknaden för tandvård för barn och unga vuxna. Sedan år 2017, året för ikraftträdandet av reformen avgiftsfri tandvård upp till och med 23 år, har trenden vänt och andelen barn och unga vuxna som är listade hos en privat vårdgivare har successivt minskat. Se även kapitel 6. Regionernas uppskattningar av de privata vårdgivarnas engagemang inom tandvård för barn och unga vuxna visar att i 15 regioner är antalet vårdgivare i stort oförändrat och inom sex regioner minskar antalet privata vårdgivare. Ingen region rapporterar att antalet vårdgivare inom tandvård för barn och unga vuxna ökar.[66] Utredningen ser det som troligt att detta trendbrott delvis kan förklaras av att privata vårdgivare i delar av landet med god patienttillgång avstår från tandvård för barn och unga vuxna därför att vuxentandvården är mer lönsam.

Förutsättningar för att öka andelen privata vårdgivare som bedriver tandvård till barn och unga vuxna

Ersättningssystemet för barn och unga vuxna lyfts av vissa regionföreträdare fram som en förklaring till det framgångsrika förebyggande arbetet och den goda tandhälsan bland dessa patienter, efter-

[66] Enkät till företrädare för samtliga regioner våren 2019.

som ersättningen skapar ett incitament för att hålla patienterna friska. Flera privata vårdgivare å andra sidan lyfter behovet av reformering och möjlighet till ytterligare ersättning för de patienter som har de största tandvårdsbehoven.

I ljuset av de kompetensförsörjningsproblem som den offentligt finansierade tandvården står inför i stora delar av landet på grund av urbanisering och demografiska förändringar, är det angeläget att ta tillvara hela tandvårdens kapacitet och potential. Fördelningen av marknaden mellan offentliga respektive privata vårdgivare är i detta avseende central. Utredningens bedömning är att förutsättningar behöver skapas för att fler privata vårdgivare ska välja att bedriva regionfinansierad tandvård. Det gäller framför allt tandvård till barn och unga vuxna, men även de särskilda stöden.

Om målsättningen är att stimulera fler privata vårdgivare att erbjuda tandvård till barn och unga vuxna, finns det, enligt utredningen, två förutsättningar som behöver förändras. För det första kan det upphandlingsförfarande som krävs för att få till en avtalsrelation mellan beställande region och privat vårdgivare vara en administrativ tröskel för vårdgivaren. Regionerna bör därför överväga om alla de krav som, mer eller mindre rutinmässigt, ställs i upphandlingssammanhang i alla delar är nödvändiga. En minskad administrativ börda, för såväl upphandling som återrapportering, bör givetvis eftersträvas för både offentliga och privata vårdgivare, men utredningen bedömer att det är särskilt viktigt att öka incitamenten för det privata vårdgivarna. Att utveckla möjligheter till en mer automatiserad överföring av återrapportering kring utförd tandvård, eller kariesförekomst, från journalsystemen till beställaren skulle också förenkla och minska vårdgivarens administration. Se även om information till tandhälsoregistret enligt kapitel 6.

Den andra tröskeln är ersättningsmodellen. En sammanställning av regionernas transparensredovisningar för folktandvården år 2018 som redovisas i kapitel 6, visar att 8 regioner hade ett underskott för hela folktandvårdsverksamheten under året. När det gäller tandvård för barn och unga vuxna uppvisade 13 regioner ett underskott. Även om verksamhetsgrenen barn och unga inte i sig genererar vinst, bör ersättningsmodellen och nivån på ersättningen till vårdgivarna enligt utredningen vara sådan att den möjliggör kostnadstäckning. Utredningen har tagit del av underlag från SKR, som indikerar att den ersättning som regionerna får från staten för det utökade åtagandet

för unga vuxna 20–23 år inte räcker för att finansiera tandvården till patientgruppen. Reformen har av SKR bedömts vara underfinansierad med cirka 100 miljoner kronor per år.[67]Liknande argumentation har i andra sammanhang lyfts till utredningen om tandvården till barn och unga vuxna som helhet. I dag tar regionerna, som har 86 procent av marknaden för barn och unga vuxna, redan merparten av den reella kostnad som patientgruppen innebär. Om folktandvården i en region redovisar underskott för tandvård för barn och unga vuxna, måste regionen tillföra medel för att täcka underskottet. Om verksamhetsgrenen år efter år går med underskott är det en signal om en felaktig budgetering och ersättningsnivå. Eftersom privata vårdgivare ofta är mindre aktörer finns inte möjligheten att fördela risk och kostnader mellan individer på samma sätt som en större organisation som folktandvården. En modell som är mer anpassad till varierande kostnader efter olika patienters individuella behov kan därför vara ett sätt att öka det privata engagemanget.

Inom övrig hälso- och sjukvård tillämpas i dag flera olika typer av ersättningsmodeller. Ersättningsmodellerna har blivit allt fler och alltmer komplicerade under de senaste årtiondena. Dagens ersättningssystem hänger starkt ihop med de organisatoriska förändringar som introduktionen av ökad marknadsstyrning medfört. För att till exempel möjliggöra konkurrens ställs nya krav på ersättningsmodellerna – ersättningen ska följa brukarens val och verksamheter ska ersättas på ett likvärdigt sätt, oavsett om de är privata eller offentliga. Alla ersättningsmodeller har styrkor och svagheter och det är den samlade effekten av för- och nackdelarna med en ersättningsmodell som måste beaktas.[68] Utredningens bedömning är att regionerna i ökad utsträckning bör tillämpa ersättningsmodeller som kombinerar rörliga och fasta ersättningar för att på detta sätt anpassa ersättningen till de faktiska kostnader vårdgivarna har och därmed öka incitamenten för privata vårdgivares engagemang. Utredningen kan konstatera att det bör finna goda förutsättningar för regionerna och SKR att inom ramen för ett gemensamt utvecklingsarbete diskutera erfarenheter samt följa upp och utvärdera olika ersättningsmodeller.

Enligt utredningen bör också övervägas om regionerna i större utsträckning än i dag bör ta fram vårdriktlinjer i samverkan med

[67] SKL. 2019. *Minnesanteckningar Tandvårdsnätverket 2019-09-25.*
[68] SOU 2017:56 *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*

privattandvården för ökad delaktighet. Detta gäller även vid framtagande av nya ersättningsmodeller. Detta kan leda till förändrade marknadsförutsättningar i positiv bemärkelse som i sin tur påverkar patienternas utbud och fria val.

Effekter av åtgärdsersättning inom statligt tandvårdsstöd

Det finns olika uppfattningar om huruvida åtgärdsersättningen i det statliga tandvårdsstödet skapar incitament för en mer jämlik tandvård, eller tvärtom, bidrar att öka skillnaderna. Bland de fördelar som ofta påtalas är det handlingsutrymme ersättningsmodellen ger att tillsammans med patienten välja en lämplig behandling och hur en rörlig ersättning ger en bättre möjlighet att möta vårdbehovet hos en patient. Modellen kan därigenom, enligt vissa förespråkare, även ge incitament att etablera sig i områden med sämre munhälsa.[69] Mot detta kan anföras att exemplen på privata etableringar i socioekonomiskt utsatta områden med stor vårdtyngd är få. Folktandvården är ofta ensam tandvårdsaktör på de små orterna och i områden som är socioekonomiskt utsatta, där också de största vårdbehoven finns.[70]

En svaghet med dagens system är att behandlaren kan välja att tillämpa ett tillstånd för att få utföra viss behandling, trots att kriterierna för tillståndet inte helt är uppfyllda i det enskilda fallet. Endast om Försäkringskassan gör efterhandskontroller av behandlingen kan detta rättas till genom att ersättningen återtas. Försäkringskassans arbete med efterhandskontroller behöver därför vara så effektivt att det verkligen stävjar överutnyttjande, felaktiga utbetalningar och fusk. Försäkringskassans kontroller i syfte att identifiera avvikande debiteringsmönster är i detta sammanhang väsentligt.

Utredningens bedömning är att det statliga ersättningssystemet är ett robust system som dock kräver funktioner för att stävja överutnyttjande. Systemet möjliggör för vårdgivare och patient att tillsammans bestämma vilken behandling som ska utföras och till vilken kvalitet. Att regelverkets detaljer uppfattas som krångliga för vårdgivaren att sätta sig in i är något som utredningen kan ha förståelse för. Handbok och webbsidan kusp.tlv.se ger dock vägledning i de

[69] Cecilia Franzén och Thomas Davidson, Dagens ersättningssystem bör behållas och utvecklas, *Tandläkartidningen nr 9 2018*.
[70] Birgitta Haglund och Gunilla Swanholm, Kapitationssystemet är ett framgångskoncept, *Tandläkartidningen nr 11 2018*.

mer ovanliga tillstånden och behandlingarna. Regelverket behöver vara detaljerat givet den möjlighet som vårdgivaren har att direkt rekvirera statliga medel för utförda behandlingar.

Ett förslag som lyfts från flera håll till utredningen är att använda referenspriserna som styrmedel för att styra mot viss vård eller behandling, eller omvänt för att minska intresset för viss behandling. Att göra en sådan förändring skulle förändra en av det statliga tandvårdsstödets mest grundläggande funktioner. Det är utredningens bedömning att referenspriset även fortsättningsvis ska vara ett jämförelsepris för patienten och ge en korrekt tandvårdsersättning inom högkostnadsskyddet. Därför måste referenspriset fortsätta att baseras på en beräkning utifrån produktionskostnaderna inklusive viss marginal för investering och utveckling. Stödet i sin helhet ska ge vårdgivare och patient rätt incitament till vård och val av behandlingsmetod.

7.2.3 Regionens beslut påverkar förutsättningarna för all tandvård som utförs i regionen

Regionens ansvar enligt tandvårdslagen att erbjuda en god tandvård till befolkningen, för tandvård till barn och unga vuxna samt för de särskilda tandvårdsstöden innebär att regionen påverkar förutsättningarna för all tandvård i regionen, även den privata. Regionen beslutar om folktandvårdens priser, vilket blir normerande även för den privata tandvården. Därutöver beslutar regionerna, som redovisats i tidigare avsnitt, om ersättning för tandvård för barn och unga vuxna samt om ersättning för tandvård inom ramen för de särskilda stöden. Utöver prissättningen kan regionen påverka flera faktorer som bidrar till var privata vårdgivare väljer att bedriva sin verksamhet. Detta kan vara politiska ställningstaganden om folktandvårdens lokalisering, organisering och på vilket sätt tandvård för barn och unga vuxna konkurrensutsätts.

Patienten har, beroende på bostadsort, ofta en valmöjlighet mellan att besöka folktandvården eller en privat vårdgivare. Trots att de olika vårdgivarna verkar inom samma marknad finns skillnader mellan offentlig och privat tandvård ur ett driftsperspektiv. Folktandvårdens priser sätts enligt de grunder som respektive regionfullmäktige

beslutar.[71] Regionerna lyder även under likställighetsprincipen och självkostnadsprincipen i kommunallagen och har därigenom inte möjlighet att konkurrera med priset på samma sätt som privat verksamhet har. Likställighetsprincipen[72] innebär att regionens medlemmar ska få ta del av de gemensamma resurserna på ett rimligt och rättvist sätt. Medlemmarna i samma situation ska behandlas lika. Principen som sådan gäller således bara för kommunens medlemmar och bara om det finns ett nyttjandekollektiv. Särbehandling är tillåten, om det finns sakliga skäl för den.[73] Likställighetsprincipen har lyfts som ett skäl till att folktandvården inte kan ge rabatt till en patient, eller ha olika prislistor vid olika mottagningar inom en region.

Självkostnadsprincipen[74] medför att regionerna inte får ta ut högre avgifter än vad som motsvarar kostnaderna för de tjänster, eller nyttigheter, som de tillhandahåller. Det samlade avgiftsuttaget för en viss verksamhet får inte vara sådant att det ger vinst åt regionen. Självkostnaden ska beräknas för varje verksamhet för sig och gäller även för de som inte är bosatta inom regionen.[75] Med självkostnaden avses inte kostnaden för den enskilda prestationen, utan de sammanlagda kostnaderna för hela den avgiftsupptagande verksamheten, om inte annat är föreskrivet i författning. Tidigare har ställningstagandet gjorts att självkostnadsprincipen inte hindrar att priset för en speciell tandvårdsåtgärd i visst fall överstiger självkostnaden och i ett annat fall understiger självkostnaden. Däremot kan regionen inte av konkurrensskäl sätta priser som är väsentligt lägre än självkostnaden och som efterfrågas av många, och ta ut höga avgifter överstigande självkostnaden för åtgärder som inte efterfrågas på samma sätt.[76] Konkurrensutsatt verksamhet är inte generellt undantagen från självkostnadsprincipen i kommunallagen. Tandvård är inte heller något specificerat undantag från självkostnadsprincipen i lagen om vissa kommunala befogenheter[77]. Under vissa förhållanden kan även en prisreglering i en specialreglering utesluta tillämpning av den allmänna kommunallagens principer, exempelvis ellagens krav

[71] 15 a § 5 st. tandvårdslagen (1985:125).
[72] 2 kap. 3 § kommunallagen (2017:725).
[73] Olle Lundin, Tom Madell 2018. *Kommunallagen; en kommentar*.
[74] 2 kap. 6 § kommunallagen (2017:725).
[75] Ibid.
[76] SOU 2001:36 *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre*.
[77] Lag (2009:47) om vissa kommunala befogenheter.

på affärsmässighet.[78] Någon sådan speciallag finns inte vad gäller folktandvården.

Respektive region beslutar om prislistor för den tandvård som utförs av folktandvården inom det statliga tandvårdsstödet. De fastställer även prislistor för tandvård inom de särskilda tandvårdsstöden oavsett om folktandvården eller en privat vårdgivare utför behandlingen. Regionerna bestämmer även vilken ersättning för barn och unga vuxna som lämnas till vårdgivaren samt den övriga eventuella ersättning som gäller för barn och unga vuxna. På detta sätt påverkar regionen även den privata tandvårdens förutsättningar. De privata vårdgivarna kan i sin tur välja att medverka eller stå utanför de delar av marknaden som regionen sätter förutsättningarna för.

Dagens tandvårdsmarknad är uppbyggd på kriterier som togs fram inför att prissättningen släpptes fri, vilket är att respektive folktandvårds priser sätts[79]

- genom politiska beslut.
- med hänsyn till konkurrensen med privattandvården.
- med hänsyn till kommunallagens krav på att verksamheten inte får drivas i vinstsyfte.
- på en sådan nivå att subventioner från andra verksamheter inom regionen inte behövs.
- utan att täcka folktandvårdens särskilda kostnader för till exempel lokalisering i glesbygd, utan att skapa konkurrenssnedvridande effekter lokalt eller regionalt.
- på sådant sätt att priserna blir allmänt kända och att de därigenom får karaktären av riktpriser. Detta var innan statliga referenspriser fastställdes per tandvårdsåtgärd.

Tandvårdslagen förtydligades år 2002 med kravet att beslut om prislistorna i regionen ska bestämmas av regionfullmäktige, eftersom regeringen ansåg att det är av vikt att så verkligen sker. Såväl priserna på enskilda åtgärder som den allmänna prisnivån förutsattes få en belysning av den öppna debatt som sker vid regionfullmäktiges möten

[78] HFD 2015 ref. 70.
[79] Prop. 1997/98:112.

där patienternas intressen vägs mot producenternas. Uppgiften att fastställa folktandvårdens priser får således inte delegeras.[80]

År 2019 beslutade fullmäktige i 13 regioner om prislistan på åtgärdsnivå och i sin helhet, men två av dessa regioner har även viss delegation. Detta kan jämföras med 10 regioner år 2001. I 6 regioner beslutar fullmäktige grunder för prissättningen, men delegerar detaljerna. Två regioner anger att alla prisbeslut delegeras till tandvårdsstyrelse eller hälso- och sjukvårdsnämnd.[81] Utredningen kan därför konstatera att lagändringen inte medfört någon större förändring av den regionala tillämpningen.

Det finns studier som visar att privata vårdgivare påverkas av folktandvårdens priser när de sätter sina egna priser för tandvård inom statligt tandvårdsstöd[82], även om bilden enligt utredningens kartläggning inte är entydig och det troligen är flera olika faktorer som påverkar prissättningen. Resultaten bekräftas av den genomlysning som utredningen gör i kapitel 6 av offentliga och privata vårdgivares prisstatistik inom det statliga tandvårdsstödet. I regioner där de offentliga vårdgivarnas priser är höga i relation till referenspriserna, är i regel även de privata vårdgivarnas priser höga. Detta är ett samband som är statistiskt säkerställt. Det syns även att i regioner där de offentliga vårdgivarna har lägre priser, har detta en viss återhållande effekt på de privata vårdgivarnas prissättning, även om enstaka undantag från detta mönster förekommer. Det är därför sannolikt att respektive folktandvårds prislistor alltjämt har en viss normerande effekt på priserna i privattandvården för vuxna. En annan förklaring än följsamhet till folktandvårdens prissättning kan även vara att en region har generellt höga omkostnader för såväl lokaler som för personal, vilket återspeglar sig i prissättningen lokalt, oavsett driftsform. Regionernas påverkan på den privata marknaden kan, enligt utredningen, dock även förklaras av den tradition som fanns före införandet av statliga referenspriser där folktandvårdens prislistor var de priser som den privata vårdgivaren kunde jämföra sig med. Det kan även antas bero på att det inom allmäntandvården för vuxna råder lokal konkurrens om patienterna. Högre priser inom folktandvården kan därigenom få en effekt även för de personer som besöker privata vårdgivare. Totalt sett är folktandvårdens priser i

[80] Prop. 2001/02:51 *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m.*
[81] Enkät till samtliga regioner mars–april 2019.
[82] Riksrevisionen (2012) *Tandvårdsreformen 2008 – når den alla? RiR 2012:12*, Försäkringskassan (2009) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009* samt *Socialförsäkringsrapport 2010:13*.

genomsnitt 6 procent över referenspriserna, men det finns regioner där priserna i stort ligger på referensprisnivå. Det senare gäller Uppsala, Västmanland, Östergötland och Västerbotten. Andra regioner har å andra sidan konsekvent prissatt åtgärder över referensprisnivå. Örebro är ett sådant exempel, där folktandvårdens priser överstiger referenspriserna med drygt 20 procent. Stockholm lyfts ofta fram i diskussionen om folktandvårdens prissättning och i denna region är prisnivån 10 procent över referenspriset, vilket är relativt högt i jämförelsen (se kapitel 6).

Utredningen har studerat hur prissättningen skiljer sig mellan olika regioner på några vanliga behandlingar, se vidare avsnitt 7.2.5.

Även underskott inom en regions folktandvård bör, åtminstone teoretiskt sett, kunna få en indirekt påverkan på prissättningen, och i förlängningen utbudet, av tandvård i hela regionen. I det fall folktandvården går med förlust kan regionen hantera detta inom ramen för regionens totala ekonomi. Många privata vårdgivare saknar denna möjlighet.

Konkurrensverket har studerat hur konkurrensen fungerar inom marknaden för vuxentandvård och konstaterat att ett grundläggande hinder för en ur konkurrenssynpunkt fungerande marknad är att patienten har en svag ställning och begränsade möjligheter att enkelt kunna jämföra priser och kvalitet mellan olika vårdgivare. Marknaden anses trögrörlig och kunskapen om tandvårdsstödet låg.[83]

Regionernas tandvårdsverksamhet för den vuxna befolkningen ger en intäkt till regionen. Utredningen har uppmärksammats på att vissa regioner ställer ett årligt vinstkrav och krav på koncernbidrag från den egna tandvårdsverksamheten.

Utredningen kan sammanfattningsvis konstatera att regionens prissättning för allmäntandvård och andra beslut om ekonomisk ersättning för tandvård där regionen är huvudman har en påverkan på hela tandvårdsmarknaden i regionen. Vidare kan regionens politiska beslut om folktandvårdens lokalisering eller om hur tandvården organiseras samt sättet som tandvård för barn och unga vuxna konkurrensutsätts påverka konkurrensen på hela regionens tandvårdsmarknad.

[83] Konkurrensverket. 2018. *Konkurrensen i Sverige 2018.*

7.2.4 Att jämföra pris och kvalitet

De priser som patienten möter varierar

Det pris patienten betalar för tandvård varierar beroende på vilket tandvårdsstöd patienten omfattas av. För barn och unga vuxna gäller avgiftsfri tandvård för den tandvård som är nödvändig, vilket medför att behandlingens egentliga kostnad inte är av någon betydelse för patienten. För behandling som den unga patienten begär, men som inte är nödvändig[84] får regionen ta ut en avgift.[85] Detta rör sig vanligen om ortodonti i de fall där regionen inte anser att behandling behövs för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Men det kan även röra sig om behandlingar som en tandblekning på en ung vuxen. Det finns ingen statistik att tillgå kring vilka kostnader som patienten, eller dess vårdnadshavare, har med anledning av detta eftersom behandlingen sker utanför tandvårdsstödet. Utredningen har även nåtts av information om att unga patienter, efter att regionen gjort bedömningen att tandregleringen ska ske inom tandvård för barn och unga vuxna och bekostar denna, debiteras för tilläggskostnader av vårdgivaren. Det är vanligen en behandling som går utöver vad regionen anser ingår i en viss åtgärd, exempelvis en mer diskret ortodontisk apparatur. Det finns inte heller här någon statistik att tillgå vad gäller den kostnad som patienten möter i detta fall.

För de vuxna patienter som tar del av de särskilda tandvårdsstöden gäller samma avgifter och högkostnadsskydd som inom öppen hälso- och sjukvård. Patientavgifterna täcker endast en mindre del av behandlingarnas kostnad. I övrigt finansieras behandlingarna av regionmedel genom högkostnadsskyddet för hälso- och sjukvård, vars karensgräns är högst 1 150 kronor för såväl sjukvård som tandvård. Inte heller här påverkas patienten märkbart av de egentliga kostnaderna för tandvårdsbehandlingen som utförs.

För den vuxna befolkningen i övrigt gäller statligt tandvårdsstöd vilket medför en för vårdgivaren fri prissättning samt att patienten själv bekostar hela eller del av behandlingen. Nedanstående avsnitt gäller för den majoritet av patienter som möter tandvårdsmarknadens fria prissättning.

[84] Tandvård som patienten begär men som inte är nödvändig för att uppnå ett, från odontologisk synpunkt, funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat är inte avgiftsfri.
[85] 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Fri prissättning har varit den rådande principen de senaste tjugo åren. Historiskt infördes en statlig reglering med ett högsta arvodesbelopp per åtgärd år 1974 som en del i det första statliga tandvårdsstödet. Särregleringen av arvoden avseende tandtekniska arbeten avskaffades år 1996, vilket ledde till en generell prissänkning på tandteknik. I och med införandet av det reformerade tandvårdsstödet år 1999 infördes den fria prissättningen för allmän- och specialisttandvård. Avregleringen var efterfrågad av vårdgivarorganisationer och av dentalhandeln. Förhoppningen från regeringens sida var att det överskott på tandläkare som hade funnits skulle medföra en stor konkurrens om patienterna, samtidigt som efterfrågan var begränsad hos många på grund av små ekonomiska resurser. Folktandvårdens priser var även tänkta att få karaktären av riktpriser och dess nivåer var politiskt beslutade. Förutsättningarna för att avregleringen inte skulle leda till prishöjningar ansågs därmed i slutet av nittiotalet som goda. Regeringen uttalade dock att om oacceptabla prishöjningar blev följd av avregleringen skulle ett återinförande av prisreglering kunna ske.[86] TLV fann i en studie från år 2015 att det genomsnittliga vårdgivarpriset steg med 11 procent vid införandet av det statliga tandvårdsstödet halvårsskiftet år 2008, se kapitel 6 för beskrivning av prisernas utveckling över tid.[87]

Det statliga tandvårdsstödet, som grundas i en fri prissättning, bygger på principen att patienten alltid betalar en del av behandlingen. Detta för att undvika att patienten efterfrågar mer vård än vad som är nödvändigt.[88] Som en följd av detta blir behandlingens pris viktigt för patienten. Vårdgivarna har därför ett krav på sig att tillhandahålla sin prislista, som dessutom ska innehålla uppgifter om vilka garantier vårdgivaren lämnar för olika behandlingar. På vilket sätt prislistan ska tillhandahållas framgår dock inte av lagstiftningen. Vissa vårdgivare väljer att öppet visa prislistan på sin hemsida, andra har prislistan liggandes i väntrummet eller lämnar ut förteckningen först när patienten begär att få ta del av den. De vårdgivare som valt att inte publicera sina priser öppnar upp för en prisdiskriminering mot patienter.[89] Utredningen erfar att det på vissa håll är svårt för patienten att få ta del av vårdgivarens prislistor. Även om prislistan tillhandahålls är det komplicerat att få kunskap om vilka åtgärder

[86] Prop. 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd.*
[87] TLV.2015. *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriser.*
[88] Prop. 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd*.
[89] Konkurrensverket. 2013. *Konkurrensen i Sverige 2013.*

som kan bli aktuella för en viss behandling. Prislistan kan därför mer ge en indikation på den generella prisbilden som patienten möter hos vårdgivaren innan kostnadsförslag lämnas.

Vårdgivaren har även en skyldighet att upplysa patienten om det finns en annan ersättningsberättigande behandling än den som vårdgivaren föreslår i det fall den föreslagna behandlingen inte berättigar till statligt tandvårdsstöd.[90] Detta kan exempelvis vara fallet om patienten saknar en tand och tandläkaren föreslår att sätta ett implantat i luckan. En tandstödd bro är den ersättningsberättigande behandlingen vid en entandslucka inom position 6–6. För patienten blir det en skillnad i kostnad mellan de två behandlingarna och det är viktigt att patienten ställs inför valet mellan de båda alternativen utifrån skäl för vad som är den bästa behandlingen. För vissa kan det även vara fördelaktigt att i stället tandreglera igen luckan i tandraden. Ett annat exempel är en kompositfyllning i stället för en krona.

Som yttersta gräns för prissättningen gäller dock, enligt tandvårdslagen, att priset ska vara skäligt med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. Regeln har utformats för att skydda patienten mot att vårdgivaren begär ett oskäligt högt pris och det är vårdgivaren som har bevisbördan för att priset är skäligt.[91] Utredningen kan dock konstatera att det är svårt för en patient att bedöma om priset är skäligt eller inte. Att vända sig till behandlaren för att diskutera priset är därför väsentligt, men komplicerat givet det informationsunderläge som patienten har. Först när patienten har tillgång till andra vårdgivares priser kan en diskussion enklare ske. En diskussion om priser kan dock i stället lätt övergå till att jämföra kvalitet som en förklaring till prisbilden, något som är än mer komplicerat. Priset för en behandling beror, förutom olika val av material och komponenter som kan hålla olika kvalitet, även på faktorer som lokalhyra, personalkostnader samt vårdgivarens eventuella lönsamhetskrav. Skillnader i vårdgivarens omkostnader beroende på faktorer som ortens kostnadsläge eller löneläge är inte något som de statliga referenspriserna tar hänsyn till. Högre priser ger inte högre subvention.

Om en patient väljer att kontakta olika vårdgivare och fråga vad det kostar att laga en trasig tand kommer vårdgivarna ha svårt att direkt svara på förfrågan. Vårdgivaren behöver dels av Försäkrings-

[90] 9 § förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.
[91] Prop. 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd.*

kassan få tillgång till vilken karensnivå som patienten befinner sig på, dels göra en undersökning och kanske även en röntgen för att bedöma vilken behandling som behövs för att åtgärda tanden. Det senare kan jämföras med reparationstjänster inom andra områden där man först behöver undersöka vad som gått sönder innan man kan ge en offert på reparationen.

Konstruktionen av skyddet mot höga kostnader medför även att en prisjämförelse kräver viss förståelse för hur stödet är uppbyggt med referenspriser. Hur mycket vårdgivarens pris avviker från referenspriset får stor betydelse för patientens kostnad. En patient får subventionen på referenspriset, inte vårdgivarens pris om detta är högre. Ett exempel är en patient vars sammanlagda kostnader är över den högre karensgränsen med en subventionsnivå på 85 procent och denne efterfrågar en tandstödd krona hos två vårdgivare. Första vårdgivaren erbjuder kronan för ett pris som motsvarar referenspriset på 5 800 kronor och andra vårdgivaren erbjuder kronan för 12 000 kronor. Efter avdraget högkostnadsskydd kostar kronan hos den första vårdgivaren 870 kronor och hos den andra vårdgivaren 7 070 kronor, vilket är mer än åtta gånger så hög kostnad som hos första vårdgivaren. Skälet till detta är att patienten får stå för mellanskillnaden mellan vårdgivarens pris och referenspriset, vilket i detta fall är 6 200 kronor.

Med en svagare priskonkurrens kan konsekvensen bli att patientens val av vårdgivare sker utifrån andra kriterier än pris, exempelvis en etablerad relation. Detta kan naturligtvis vara ett fullt legitimt skäl att välja en viss vårdgivare. Ur ett konkurrensperspektiv finns emellertid, enligt Konkurrensverket, risken att patienten fastnar i en relation med vårdgivaren vilket leder till inlåsningseffekter.[92] I och med att kunskapen om den fria prissättningen och hur priserna varierar på marknaden är låg delar utredningen Konkurrensverkets bedömning att relationen till en viss vårdgivare blir en begränsande faktor för marknadens funktionssätt. Priset bör vara en av de faktorer som patienten utgår ifrån i sitt val av behandlare. En annan viktig faktor är att behandlingen är av god kvalitet och att den fungerar på lång sikt, vilket är mer komplicerat för patienten att ta ställning till.

En betydelsefull del av den tandvårdsreform som infördes år 2008 var införandet av en prisjämförelsetjänst så att patienterna lättare skulle kunna jämföra vårdgivarnas priser, stärka patientens ställning

[92] Konkurrensverket. 2013. *Konkurrensen i Sverige 2013*.

och därigenom öka konkurrensen mellan vårdgivarna. Uppgiften gavs först till Försäkringskassan och därefter till dåvarande SKL. Av olika skäl fick de webbaserade tjänsterna inte tillräcklig tillgång till priser från vårdgivarna och tjänsternas nyttjandegrad hos allmänheten blev låg. Tjänsten avvecklades år 2016. TLV fick samma år i uppdrag av regeringen att etablera en webbaserad prisjämförelsetjänst för tandvård. Tjänsten bygger, till skillnad från föregående prisjämförelsetjänster, på medianvärden av inrapporterade priser till Försäkringskassan per tandvårdsmottagning för utförd tandvård. Tjänsten som presenterar medianpriset per åtgärd förutsätts öka möjligheten för allmänheten att få en bild av skilda prisnivåer inom tandvården och möjliggöra prisjämförelser mellan olika tandvårdsmottagningar. I förlängningen är syftet att tjänsten även ska stärka patientens ställning och den allmänna konkurrensen på tandvårdsmarknaden.[93] Prisjämförelsetjänsten Tandpriskollen lanserades år 2020, vilket medför att någon analys av dess effekt inte kan göras av utredningen. Utredningen bedömer dock att behovet av en informativ prisjämförelsetjänst för vuxentandvård och ytterligare information till befolkningen om hur tandvårdsmarknaden och tandvårdsstödet är uppbyggt är stort. Patienten behöver bli mer prismedveten och kunna som efterfråga och diskutera priser inför behandlingar samt inför större rehabilitering ta in offerter ifrån flera vårdgivare innan behandlingen genomförs. Detta visar inte minst utredningens analys av skillnader i vårdgivarnas priser på vanliga behandlingar, se vidare kapitel 6.

Att kunna jämföra kvalitet och olika behandlingsalternativ

Ur patientens perspektiv ska en behandling ges till rätt kostnad och fungera väl över lång tid. För en lång hållbarhet förutsätts även att kvaliteten är god. I den prisjämförelsetjänst som omnämns ovan planeras på sikt även att patientbedömd kvalitet ska ingå. Syftet med det är att stärka patientens möjlighet att se information om kvalitetsindikatorer hos olika vårdgivare. Socialstyrelsens uppdrag att ta fram en pilotenkät till tandvårdspatienter redovisades i oktober 2019.[94]

[93] TLV.2018. *Prisjämförelsetjänst för tandvård – slutrapport avseende regeringsuppdrag att färdigställa och förbereda för en etablering av en prisjämförelsetjänst för tandvård*.
[94] S2017/07302/RS *Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Socialstyrelsen*.

Enligt utredningen finns det åtminstone två sätt att mäta kvalitet som patienterna skulle kunna ta del av. Det ena sättet är patientens upplevda kvalitet på den vård som ges av vårdgivaren. En svaghet med metoden är att vad patienten upplever som kvalitet kanske inte är vad en behandlare likställer med hög kvalitet. Att behandlaren sällan gör ingrepp och att det aldrig gör ont kan av en patient likställas med hög kvalitet. Det finns dock en risk att behandlaren underbehandlar patienten och att detta inte upptäcks förrän patienten besöker en annan behandlare. Det kan även vara svårt för en patient att bedöma hur ofta som utförda behandlingar egentligen behöver göras om på nytt. Hur länge kan patienten ha en rotfyllning utan symtom eller hur lång tid en fyllning bör sitta kvar i tanden. Är bedömd kvalitet som presenteras i en jämförelsetjänst hur det var att få behandlingen utförd, hur fyllningen känns efter en vecka, ett år eller kanske längre tid än så. Tiden är av betydelse i bedömningen av kvalitet.

En annan mer statistisk metod är att studera inrapporterade data om utförda omgörningar av lagningar eller protetik samt se hur stor andel av utförda rotfyllningar som slutar i extraktion inom en viss tid. En risk med det förfarandet är dock att det kan leda till att vårdgivaren underlåter att rapportera omgörningar för att få bättre resultat. Det kan även finnas skäl till variationer i resultat som statistiken inte förklarar. En vårdgivare kan ha specialiserat sig på att ta sig an odontologiskt mer komplicerade patienter vars tandhälsa medför att prognosen för ett hållbart resultat generellt är lägre. En patient kan även ha begärt en behandling som behandlaren inte förordar, exempelvis behålla en tand som behandlaren inte tror har en gynnsam prognos. Patienten kan på detta sätt påverka den kvalitet som kan ges vid en behandling.

Ett kvalitetsmått kan även anges per behandlare eller per klinik. På en marknad där kliniker slås samman och behandlare flyttar på sig blir det svårt att följa kvalitetsmått över tid.

Utredningens bedömning avseende jämförelser av kvalitet och pris

Utredningen har i det föregående avsnittet belyst de svårigheter som finns för patienten att jämföra såväl priser som olika kvalitet hos vårdgivare, det informationsunderläge som patienten har och de kun-

skaper som behövs för att kunna göra ett informerat och väl underbyggt val. Även om tandvård är en delvis offentligt subventionerad välfärdstjänst och en del av hälso- och sjukvården, är tandvårdspatienten i hög grad konsument på en marknad. Givet att tandvårdspatienten ses som en konsument kan konstateras att svårigheten att jämföra kostnader och kvalitet inom tandvård är ungefär densamma som en konsument möter i många andra sammanhang. För att reparera bilen eller byta tak på huset krävs kunskap såväl om vad som behöver utföras och olika metoder för hur det kan utföras. Därefter behöver konsumenten göra en bedömning om offerterna är jämförbara och offererar samma arbetsmoment, material och utförs på likvärdigt sätt, samt levererar samma kvalitet. På liknande sätt är det inom tandvården. En tand med kariesskadad tandsubstans kan exkaveras[95] med borr, exkavator, laser eller kemo-mekanisk teknik innan tanden får en fyllning med komposit, glasjonomer, porslin eller annat fyllningsmaterial, alternativt en tandstödd krona som även den finns i olika utföranden. Att kostnadsförslag kan ha olika uppställning och innehålla olika slags information kan försvåra jämförelsen.

Utredningen ser att patienten inom tandvården, precis som inom flera andra områden, har ett informationsunderläge vilket kan göra tröskeln för att göra jämförelser mellan olika vårdgivare hög. Den generella prisnivån på mottagningen kan då vara ett sätt att närma sig en större kunskap inför beslutet av val av behandlare. Det är därför av vikt att prisjämförelsetjänsten såväl innehåller information om den generella prisnivån, som faktiska priser för viss behandling. Även om patientupplevd kvalitet kanske inte ger hela sanningen är det en god bit på väg för att förenkla valet för patienten. Utredningen anser dock att det är viktigt att möjlighet att mäta kvalitet mer statistiskt, parallellt med patientupplevd sådan, utvecklas på sikt. Dataunderlaget från alla behandlingar som samlas in är unikt och möjligheterna till att hitta indikatorer torde vara goda. Det är även av vikt att den kvalitet som bedöms ses över en längre tidsperiod. En fyllning ska hålla i många år, en rotfyllning likaså. Behöver fyllningar göras om efter en kort tid, alternativt rotfyllda tänder i närtid extraheras, kan detta indikera en låg kvalitet hos behandlaren.

[95] Avlägsna karies i en skadad tandhårdvävnad.

7.2.5 Prissättningens betydelse för en jämlik tandvård

Enligt utredningens direktiv ska utredningen pröva vilken betydelse som prissättningen, det vill säga referenspriser och den fria prissättningen, har på tandvårdsmarknaden för en jämlik tandvård och tandhälsa. Därtill ska utredningen pröva om det är motiverat med justeringar eller andra alternativ med beaktande av att systemet även fortsättningsvis ska erbjuda mångfald samt ge tandvårdspatienter goda möjligheter till valfrihet.

Mot bakgrund av direktivet har utredningen gjort en analys utifrån olika aspekter av prissättning på dagens tandvårdsmarknad för vuxna patienter inom statligt tandvårdsstöd. Utredningen kan utifrån denna analys ringa in tre områden där jämlikhetsaspekten särskilt aktualiseras:

- Prissättningen på åtgärder varierar över landet, bland såväl offentliga som privata vårdgivare.
- Den höga graden av egenfinansiering styr konsumtionen mer än variationen i pris på åtgärder mellan vårdgivare.
- Prissättningen av abonnemangstandvården påverkar vissa gruppers benägenhet att teckna abonnemangsavtal.

I avsnitten 7.2.3 och 7.2.4 ges en översiktlig beskrivning av några av de faktorer som i dag styr prissättningen på tandvårdsmarknaden för vuxna. Grunden i prissättningen inom det statliga tandvårdsstödet är att det för varje ersättningsberättigande åtgärd som en vårdgivare utför på en patient finns ett referenspris som årligen beslutas av TLV. Referenspriset är framräknat för att motsvara samtliga kostnader som vårdgivaren har kopplat till åtgärden, såväl arbetstid som material. Referenspriset är avsett att visa vad ett normalpris för respektive åtgärd kan vara och spegla vad en åtgärd normalt kan kosta att producera. Vårdgivaren har friheten att själv sätta sina priser per åtgärd. Tandvårdsersättningen som patienten eventuellt får inom högkostnadsskyddet beräknas därefter utifrån summan av referenspriserna för de åtgärder som utfördes av vårdgivaren, eller vårdgivarpris om detta är lägre.

I och med den fria prissättningen avviker vårdgivarens pris ofta från referenspriset, vilket kan ha flera orsaker. För det första är det ett sätt för vårdgivaren att anpassa sin verksamhet efter de olika förutsättningar som finns att bedriva tandvård på olika platser i landet. För det andra kan prisnivån vara ett sätt att konkurrera om kunderna på tandvårdsmarknaden. Vårdgivaren kan även använda sig av andra material eller metoder är de som referenspriserna är beräknade på. Slutligen kan avvikelsen motiveras av att vårdgivaren vill ta ut en högre vinstmarginal om konkurrensen med andra vårdgivare ger en sådan förutsättning. Referenspriserna är därför även tänkta att fungera som ett jämförelsepris och därigenom kostnadshämmande på en transparent marknad, genom att varje patient själv kan kontrollera vad en åtgärd kan kosta och sedan jämföra med sin egen vårdgivares pris på samma åtgärd.

Stor variation i såväl de offentliga som de privata vårdgivarnas prissättning

Tidigare i detta betänkande har vårdgivarnas priser studerats utifrån enstaka åtgärder, åtgärdsserier eller hela vårdproduktionen. Som patient i tandvården ser dock behovet av behandling sällan ut på detta sätt, och den behandling man behöver omfattar vanligen flera åtgärder av varierande kostnad. Utredningen har, med stöd av TLV, studerat vårdgivarnas sammantagna priser för olika paket av behandlingar som är vanligt förekommande inom allmäntandvården och som utfördes på patienter inom det statliga tandvårdsstödet år 2018. Utredningen fokuserar på prissättningen av följande tre behandlingspaket:

– Trasig bakre kindtand, vilket resulterar i en behandling med krona.
– Tandvärk, vilket resulterar i en akut undersökning, en röntgen och extraktion av en tand.
– En tand saknas, vilket resulterar i att tandluckan behandlas med tandstödd bro.

Dessa paket har relativt olika omfattning och kostnad; de summerade referenspriserna är 1 425 kronor för paketet med tandvärk och extraktion, 6 130 kronor för paketet med krona på bakre kindtand

och slutligen 10 980 kronor för behandling med tandstödd bro för en saknad tand.[96] Studien bygger på förutsättningen att alla vårdgivare använder de åtgärdskoder som TLV förespråkar och kan inte ta hänsyn till om vårdgivare i praktiken väljer att även lägga till ytterligare åtgärder vid behandlingen, inom eller utanför tandvårdsstödet.

En översiktlig genomgång av patientens kostnad för dessa behandlingspaket, visar att de privata vårdgivarna i regel tar ett högre pris än folktandvården för de studerade behandlingspaketen. Vidare är skillnaderna mellan folktandvårdens och de privata vårdgivarnas priser större ju dyrare behandlingen är. Vad gäller behandling med tandstödd bro, är det drygt 80 procent av de privata vårdgivarna som har ett högre pris än medianpriset för behandling hos folktandvården. Vad gäller de patienter som besökte tandvården för akut undersökning med röntgen och extraktion var de privata vårdgivarnas pris på behandlingen dyrare än folktandvårdens i 66 procent av fallen.

Sett ur ett regionalt perspektiv, skiljer det sig över landet när det gäller hur folktandvården prissätter de utvalda behandlingspaketen. Medianpriset för en akut undersökning med röntgen och extraktion hos folktandvården var lägst i Västerbotten och Jönköping på 1 425 kronor. Högst var medianpriset, omkring 1 800 kronor, på Gotland och i Örebro. Behandling med en krona på bakre kindtand kostade hos folktandvården i Skåne 6 130 kronor medan samma behandling kostade 7 455 kronor hos folktandvården i Örebro. Skillnaden i folktandvårdens priser var än större för behandling av tandluckan med tandstödd bro då en tand saknas – från knappt 11 000 kronor i Skåne till drygt 15 000 kronor i Örebro.

I tidigare avsnitt för utredningen ett resonemang om att folktandvårdens prissättning kan verka normerande även för prisnivån hos de privata vårdgivarna inom regionen på så sätt att de privata vårdgivarnas priser i regel är högre i regioner där folktandvården har högre priser och vice versa. Inom vissa regioner syns denna effekt tydligt. Ett exempel är Västerbotten där folktandvården i stort prissätter sina behandlingar efter TLV:s referenspriser. De privata vårdgivarnas priser är ofta något högre, men skillnaderna jämfört med folktandvården är små och ungefär lika oavsett studerat behandlingspaket. En annan viktig aspekt av prissättningen är vilket pris en

[96] Följande åtgärder ingår i respektive behandlingspaket. Paket 1: Åtgärder 103, 121 och 401. Paket 2: Åtgärder 103, 121 och 800. Paket 3: Åtgärder 801 (2 stycken) och 804. Referenspriser är från HSLF-FS 2017:39.

patient kan förvänta sig av vårdgivaren för samma behandling. Studien av vårdgivarnas prissättning av olika behandlingar visar att det finns regioner där prissättningen varierar kraftigt. Stockholm och Skåne skiljer ut sig i detta avseende, exempelvis avseende kostnaden för behandling av tandlucka med tandstödd bro då tanden saknas. Beroende på vilken vårdgivare patienten vänder sig till för behandling, är den slutliga kostnaden nästan dubbelt så hög hos de dyraste vårdgivarna jämfört med de billigaste vårdgivarna.

Utifrån studien av vårdgivarnas priser för olika behandlingspaket i allmäntandvården kan utredningen dra slutsatsen att de priser som patienter i olika delar av landet möter då man besöker tandvården varierar kraftigt. Orsakerna kan vara flera och samspelande. Folktandvårdens prissättning har på vissa håll en stor betydelse även för hur de privata vårdgivarnas sätter sina priser, oavsett om prisnivån i sig är låg eller hög. Inom andra regioner är det stor skillnad mellan de privata och offentliga vårdgivarnas priser oavsett behandlingspaket. Studien visar även att det på vissa håll i landet finns en stor variation i vårdgivarens pris på samma behandling. Framför allt kan prisskillnaderna vara större för mer omfattande och kostsamma behandlingar. Utredningens uppfattning är att detta försvårar för patienten att förutse vad kostnaden för en behandling kommer att vara, och att det är viktigt att bilda sig en uppfattning av vad som är ett rimligt pris med hjälp av referensprisnivån och därtill jämföra priset mellan olika vårdgivare. Här är information till patienten en nyckel för en väl fungerande konkurrens och utredningen ser den nya prisjämförelsetjänsten som ett viktigt hjälpmedel för ökad kunskap och medvetenhet bland patienter.

Inget tydligt samband mellan prisavvikelser och tandvårdskonsumtion

Utifrån besöksstatistik från Försäkringskassan framgår att det finns vissa regionala variationer i besöksfrekvens. Exempel på detta är att andelen av befolkningen som under en treårsperiod besöker tandvården i Norrbotten var 71 procent medan andelen i Halland var 81 procent. På samma sätt finns en regional variation vad gäller de priser som vårdgivarnas sätter på olika åtgärder.

Utredningen kan konstatera att aspekter som besöksfrekvens och prisavvikelse från referenspris i en region kan ha många olika orsaker

och att såväl offentliga som privata vårdgivare har olika förutsättningar att erbjuda tandvård och möta efterfrågan från patientunderlaget i regionen. Det är därmed inte givet att en genomsnittligt hög positiv avvikelse från referenspris i en region nödvändigtvis resulterar i en lägre konsumtion av tandvård. Regioner där den generella prisnivån för tandvård är hög, som Örebro, Värmland och Blekinge, har besöksfrekvenser i nivå med regioner med generellt låg prisnivå såsom Västerbotten och Gävleborg. På vissa håll i landet, bland annat i Norrbotten och i delar av Stockholm, är det både en relativt hög prisnivå och en låg besöksfrekvens. Troligt är att det är faktorer som brist på tillgänglighet till vårdgivare i Norrbotten och den socioekonomiska befolkningsstrukturen i delar av Stockholm som främst förklarar den låga besöksfrekvensen i dessa regioner.

En stor del av de åtgärder som utförs i tandvården är undersökningar av tandhygienist och tandläkare. På dessa åtgärder ser utredningen att vårdgivarna konkurrerar om patienterna med pris, och avvikelsen gentemot referenspriserna är här liten. Vad gäller mer omfattande behandlingar, exempelvis protetik, verkar priset inte ha särskilt stor betydelse för patientens val av vårdgivare. En studie från TLV visar även att patienterna inte är särskilt priskänsliga för valet mellan rotfyllning och extraktion, två behandlingar med väsentlig prisskillnad. Många patienter går till privata vårdgivare för mer komplicerad tandvård, och konsekvent är de privata vårdgivarnas priser högre än hos folktandvården. Att mer protetik utförs av privata vårdgivare beror till del på att man har en högre andel äldre patienter, vilka i regel har ett större behov av protetiska behandlingar än yngre patienter. Detta är en patientgrupp som ofta lyfts fram som en grupp med svag ekonomi. Detta till trots, kan privata vårdgivare ta höga priser för protetisk tandvård, vilket tyder på en prisokänslighet även hos patienter med svag ekonomi. En annan förklaring till att protetik mer sällan utförs av folktandvården kan vara att regionens lagreglerade åtaganden avseende barn och unga vuxna samt patienter med särskilda behov måste prioriteras före rehabiliterande tandvårdsbehandling.

Vid utredningens verksamhetsbesök har framkommit att folktandvården på vissa platser hänvisar patienter med behov av bland annat protetiska behandlingar vidare till privata vårdgivare på grund av egen resursbrist. Detta kan således vara en bidragande orsak till uppdelningen av tandvårdsmarknaden mellan offentliga och privata vårdgivare. Utredningens egen kartläggning visar på en jämn in-

komstfördelning för de patienter i det statliga tandvårdsstödet som har de högsta tandvårdskostnaderna.

Med utgångspunkt i dessa resultat kan utredningen dra slutsatsen att patienter som har betalningsförmåga är relativt okänsliga för det pris en vårdgivare tar för en behandling. Det som avses med okänslighet för pris i detta avseende är okänslighet för prisavvikelser, vilket inte ska förväxlas med en okänslighet för kostnaden som sådan. Ett troligt skäl är att patienten, trots informationsinsatser från regering, myndigheter och vårdgivare, fortfarande har bristande kunskap om tandvårdssystemet och den fria prissättningen. Valet av behandling, eller valet av vårdgivare, styrs därutöver av andra faktorer än enbart pris såsom och tillgänglighet och utbud av behandlare, hur stort behovet av tandvård är, upparbetade relationer, rekommendationer och tidigare upplevelser av kvalitet. En annat skäl är utformningen av högkostnadsskyddet som gör patienter mindre priskänsliga eftersom staten genom subventionen täcker en del av tandvårdskostnaderna, vilket därmed kan leda till svagare priskonkurrens.

Som konstaterats i tidigare avsnitt finns det grupper i befolkningen som inte besöker tandvården regelbundet. Det samlade kunskapsunderlag som utredningen tagit del av visar att tandvården kan upplevas som kostsam och att en svag ekonomi är ett skäl till att inte besöka tandvården.[97] Även tandvård som utförs till referenspris kan vara kostsam för en enskild individ, trots högkostnadsskydd. De personer som inte besöker tandvården har överlag en mer utsatt ekonomisk och socioekonomisk position än de som besöker tandvården. Utredningen samlade bedömning är därför att det är den faktiska kostnaden i sig för tandvård, med ett vårdgivarpris på eller över referensprisnivå, snarare än variationen i pris mellan vårdgivare, som påverkar konsumtionen. Själva kostnaden, inte prissättningen, är en tröskel för vissa grupper och är det som har betydelse för jämlikhet i tandhälsa.

Prissättningen av abonnemangstandvården påverkar vissa gruppers benägenhet att teckna abonnemangsavtal

Som beskrivits tidigare är abonnemangstandvård en tandvårdsmodell som under senare år har blivit allt vanligare. Det finns i dagsläget någon enstaka privat vårdgivare som erbjuder abonnemangstand-

[97] Folkhälsomyndigheten 2019. *Enkät om tandvårdskostnader* och SCB, *Undersökningen om levnadsförhållanden.*

vård, men den absolut vanligaste formen av abonnemangstandvård är folktandvårdens Frisktandvård. År 2019 var det cirka 800 000 personer som hade ett avtal om abonnemangstandvård hos folktandvården. Därmed är det 11 procent av den vuxna befolkningen, och nästan hälften av folktandvårdens patienter, som har abonnemangstandvård.

Genomgående är nyttjandet av abonnemangstandvård hos patientgrupper med utsatt socioekonomisk position lägre än nyttjandet av tandvård som berättigar till högkostnadsskydd. Utredningen ser flera förklaringar till varför abonnemangsmodellen inte är ett attraktivt alternativ för dessa patientgrupper.

För det första, visar flera studier att grupper med en mer ekonomisk och socioekonomiskt utsatt situation har sämre tandhälsa Med andra ord, på gruppnivå har personer med en utsatt situation också ett förhållandevis större tandvårdsbehov. I och med att riskgruppsindelningen styrs av tandvårdsbehovet, betalar patienter i dessa utsatta grupper ofta de högsta avgifterna. Som ett exempel är den årliga kostnaden för abonnemangstandvård för en patient i avgiftsklass 9 och 10 mellan 7 500 och 10 500 kronor. Denna kostnad måste, bortsett från ATB, helt bäras av patienten, till skillnad från övrig tandvård i det statliga tandvårdsstödet där staten subventionerar 50 procent av patientens tandvårdskostnader över 3 000 kronor och 85 procent av tandvårdskostnader över 15 000 kronor. Detta innebär att det ofta är mer lönsamt för patientgrupper med ett stort tandvårdsbehov att inte ingå ett avtal om abonnemangstandvård utan i stället konsumera ersättningsberättigande tandvård i det statliga tandvårdsstödet.

För det andra är abonnemangsmodellens konstruktion sådan att den förutsätter att patienten har förmågan, och ser nyttan, med att löpande betala i dag för tandvård som eventuellt kan behövas i framtiden. Personer i en utsatt ekonomisk situation kan vara mer benägna att skjuta eventuella kostnader på framtiden, då tandvården kanske inte upplevs som en prioriterad utgift. Följaktligen har dessa grupper lägre incitament att teckna avtal om abonnemangstandvård.

Utredningens samlade bedömning är att abonnemangsmodellens konstruktion och prissättning, i kombination med rådande regelverk, bidrar till en viss snedvridning när det gäller vilka patientgrupper som har möjlighet och förmågan att teckna ett avtal. Patientgrupper med en sämre tandhälsa, grupper som även oftare har en svagare ekonomisk och socioekonomisk situation, upplever i lägre utsträck-

ning abonnemangstandvården som ett attraktivt alternativ än patienter med lägre tandvårdsbehov.

Att jämförelsevis många unga tecknar tandvårdsabonnemang indikerar att modellen är attraktiv för patienter med inga eller små tandvårdsbehov. Den studie som TLV har gjort visar samtidigt att unga kvinnor går på en undersökning oftare än vad som var förväntat givet deras tandhälsa. Även om abonnemangstandvård bygger på en individuell riskbedömning och exempelvis varje ung kvinnlig patient erbjuds ett revisionsintervall utifrån hennes risk, är det svårt att bortse från det faktum att den grupp i befolkningen som i högst utsträckning väljer abonnemang sammanfaller med den grupp i befolkningen som undersöks oftare än statistiskt förväntat. Ur ett resursfördelnings- och prioriteringsperspektiv är det därför angeläget att fortlöpande analysera vilka effekter abonnemangstandvården har på fördelningen av offentliga subventioner mellan grupper med olika tandhälsa och tandvårdsbehov.

Sammanfattande slutsatser om prissättningens betydelse

Prissättningen på ersättningsberättigade åtgärder inom det statliga tandvårdsstödet varierar över landet bland såväl offentliga som privata vårdgivare. Det faktum att jämförbar tandvård erbjuds till olika pris i olika delar av landet, kan ses som ett uttryck för att tandvårdssystemet inte är jämlikt. Prisvariationerna speglar dock vårdgivarnas skiftande förutsättningar och ambitioner och är ytterst, åtminstone såvitt avser folktandvården, konsekvensen av regionernas tillämpning av den kommunala självstyrelsen. Folktandvårdens prissättning är också i varierande utsträckning normerande för hela tandvårdsmarknaden i regionen. Vidare kan utredningen konstatera att det inte är prisvariationerna till följd av den fria prissättningen som utgör det främsta hindret för ett jämlikt tandvårdssystem. Som påpekats tidigare är patienter med betalningsförmåga relativt okänsliga för prisavvikelser på åtgärdsnivå. Utredningens samlade bedömning är att prissättningen, i betydelsen fri prissättning och ersättning baserad på referenspriser, inte utgör något avgörande hinder mot ett jämlikt tandvårdssystem och en jämlik tandhälsa. Det betyder dock inte att priset, i betydelsen *kostnaden* för patienten för tandvård, inte utgör ett hinder för ett jämlikt tandvårdssystem. Den faktiska, eller

förväntade, kostnaden för patienten innebär en ekonomisk tröskel för vissa grupper och bidrar därmed till att socioekonomiskt betingade tandhälsoklyftor på befolkningsnivå består eller ökar bland annat som en konsekvens av ökade inkomstskillnader i samhället.

7.3 Tandvårdens medarbetare

I det här avsnittet redovisar utredningen en övergripande analys av tandvårdens förutsättningar utifrån ett resursperspektiv. Analysen avser främst tandvårdens medarbetare, det vill säga personella resurser i form av legitimerad och utbildad personal. Ekonomiska resurser diskuteras i första hand i avsnittet om tandvårdsmarknadens villkor i detta kapitel.

7.3.1 Några övergripande iakttagelser

God tillgänglighet för patienten är en central egenskap för ett jämlikt tandvårdssystem. En grundförutsättning för att kunna upprätthålla god tillgänglighet är tillgång till medarbetare med rätt kompetens. Därför är tandvårdens kompetensförsörjning central för arbetet med att skapa ett mer jämlikt tandvårdssystem. Kompetensförsörjning är ett brett begrepp och omfattar även att analysera kompetensbehov, utbilda, rekrytera och behålla medarbetare med rätt kompetens samt analysera hur medarbetarnas tid och kompetens används.[98]

Den bild som förmedlats till utredningen under hela utredningsarbetet är att svensk tandvård har betydande utmaningar när det gäller kompetensförsörjningen i stora delar av landet. Det är i många avseenden samma utmaningar som gäller för andra välfärdstjänster. Allt färre i yrkesverksam ålder måste försörja allt fler. Det är framför allt de äldre som blir fler och lever längre, med omfattande vård och omsorgsbehov. SKR konstaterar i Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019 att den demografiska utvecklingen innebär att antalet personer över 80 år ökar med 47 procent de närmaste tio åren. Även antalet barn och unga ökar starkt. Däremot är ökningen av antalet personer i arbetsför ålder bara cirka 5 procent. SKR:s bedömning är att det innebär att de växande behoven inte kommer att motsvaras

[98] Socialstyrelsen, Universitetskanslerämbetet. 2019. *Framtidens vårdkompetens. Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov.*

av en lika stor ökning av sysselsättning och därmed skatteintäkter. Det kommer inte heller att gå att rekrytera personal i samma takt som behoven växer. I stället kommer det att krävas att tillgängliga resurser utnyttjas effektivare.[99]. Utredningen delar i stort SKR:s bild och anser att den i hög grad gäller för svensk tandvård.

Vid sidan av de demografiska förändringarna innebär en stark urbanisering växande storstadsregioner och krympande småorter och glesbygd. Allt färre med legitimationsyrken väljer att bo och arbeta utanför storstäder och centralorter, samtidigt som befolkningens behov av vård och omsorg där kvarstår eller ökar.

Den upplevda personalbristen i tandvården bekräftas av både SCB:s arbetskraftsbarometer och Socialstyrelsens uppföljning inom ramen för det Nationella planeringsstödet. Av Socialstyrelsens årliga uppföljning av tillgång och efterfrågan på personal i hälso- och sjukvård samt tandvård framgår att nästan samtliga regioner upplever att det råder brist på legitimerad tandvårdspersonal. 17 av 21 regioner uppger brist på tandhygienister och 18 landsting uppger brist på tandläkare. I de dialoger utredningen haft med regionföreträdare under utredningsarbetet är det framför allt representanter för de län med mer glesbygd och längre avstånd mellan tätorter som angett att personalförsörjningen är tandvårdens främsta utmaning.

Denna beskrivning bör dock ses i perspektivet av att den samlade arbetsstyrkan av sysselsatta tandläkare och tandhygienister inom svensk tandvård i dag är den högsta på flera decennier. SCB:s prognos över tillgång och efterfrågan på arbetskraft inom olika yrken, visar också att tillgången på tandvårdspersonal förväntas öka de kommande 20 åren. En snabbt förändrad åldersstruktur hos den yrkesverksamma tandvårdspersonalen innebär i många avseenden en ökad belastning för vårdgivarna, men de kommande åren förväntas en stabilisering i detta avseende. En jämförelse med andra EU/EES-länder visar också att tandläkarkoncentrationen i Sverige är högre än EU/EES-genomsnittet och högre än i exempelvis Danmark, Finland, Belgien och Italien.

Antalet sysselsatta behandlare i relation till befolkningsstorlek på nationell nivå säger emellertid inte mycket om situationen regionalt och lokalt. Ett mått som anger det faktiska antalet aktiva behandlare per invånare i ett län eller i en kommun kan därför ge en indikation på om den verksamma yrkeskåren är ojämnt fördelad. Utredningens

[99] SKR. 2019. *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019.*

studier av behandlarkoncentration per län, mätt som antal aktiva tandläkare och tandhygienister per 100 000 invånare, visar att län som Norrbotten, Värmland och Jämtland har en jämförelsevis hög behandlarkoncentration – högre än både Västra Götaland och Stockholm. Det förefaller alltså främst vara behandlarnas geografiska fördelning *inom* ett län, mellan kommuner och i vissa fall mellan kommundelar, snarare än *mellan* län som leder till att vårdgivarna upplever personalbrist. Rekryteringsproblemen kan också se olika ut. Utanför storstäderna råder ofta en faktisk brist på sökande till de tjänster som utlyses. I vissa delar av de största städerna är situationen i stället den att vårdgivarna konkurrerar om den befintliga arbetskraften, vilket leder till hög personalomsättning och ökande lönekostnader. En uppdelning av behandlarna i tandläkare respektive tandhygienister ger också en delvis annan bild av situationen i olika län. Tandläkartätheten är hög i storstadslän som Stockholm och Västra Götaland och koncentrationen av tandhygienister är hög i mer glesbefolkade län som Värmland och Gävleborg. En hög andel tandhygienister och en samtidig brist på tandläkare kan resultera i längre vårdköer för behandlingar där tandläkarens kompetens är en förutsättning.

Utredningen kan konstatera att tandvårdens upplevda personalbrist kan ha flera olika orsaker och att dessa ofta samvarierar, vilket gör bilden komplex. I det följande diskuteras på övergripande nivå några aspekter och iakttagelser som utredningen gjort när det gäller kompetensförsörjning. Syftet med denna diskussion är att ge en bakgrund till bedömningar och förslag som utredningen presenterar avseende tandvårdens förutsättningar ur ett jämlikhetsperspektiv.

7.3.2 Tandvården upplever personalbrist trots att behandlarna är fler

Tillgången till personal inom svensk tandvård styrs av faktorer som utbildningssystemets dimensionering, immigrationen av tandvårdsutbildad arbetskraft och i vilken utsträckning svenskar utbildar sig till ett tandvårdsyrke utomlands. Hur många av de legitimerade och utbildade personerna som är sysselsatta i tandvården samt förvärvsfrekvensen bland dessa, är andra faktorer som också påverkar tillgången till personal.

Den första grundläggande frågan när det gäller den upplevda personalbristen är om det totala antalet behandlare är för litet för att tillgodose det personalbehov som krävs för att klara tandvårdens åtagande och uppdrag. Sett över de senaste 20 åren har antalet tandläkare i befolkningen sjunkit något, från 84 tandläkare per 100 000 invånare i mitten av 1990-talet till 81 tandläkare år 2016. Å andra sidan har koncentrationen av tandhygienister nära på fördubblats under samma period, från 24 till 43 tandhygienister per 100 000 invånare. Detta innebär sammantaget att det år 2016 fanns 124 legitimerade behandlare i tandvården per 100 000 invånare, en ökning med 16 behandlare sedan år 1996. Det är alltså fler sysselsatta behandlare sammantaget i tandvården i dag än på flera årtionden. Varken de absoluta talen eller jämförelsen över tid säger emellertid tillräckligt mycket om huruvida yrkeskåren är rätt dimensionerad, eftersom uppdragets innehåll och omfattning också förändras över tid. Ett förändrat vårdpanorama med ett ökande antal äldre med fler kvarvarande tänder innebär sammantaget en ökad vårdtyngd. Möjligheterna att utföra mer avancerade, och därmed också mer resurskrävande, behandlingar påverkar också tandvårdens kapacitet. Efterfrågan på estetiska behandlingar ökar, vilket tar personella resurser i anspråk. Som framgår av avsnittet om tandvårdens uppdrag och ansvar i detta kapitel, regleras tandvårdens uppdrag och åtagande huvudsakligen genom lagstiftning, men den politiska styrningen har också stor betydelse för hur tandvårdens uppdrag definieras. Exempelvis kan en politisk målsättning om att det ska finnas fasta kliniker i varje kommun vara regionpolitiskt väl motiverad, men i praktiken innebära betydande utmaningar för tandvården – antingen svårigheter att bemanna vissa kliniker, eller ineffektivt utnyttjande av befintlig personal. Upplevd personalbrist kan således bli den direkta konsekvensen av målkonflikten mellan ett politiskt motiverat krav på god tillgänglighet till tandvård även i glesbygd och verksamhetens krav på effektivt resursutnyttjande och hög produktivitet.

En annan omständighet som påverkar tandvårdens produktivitet är yrkeskårens ålder och erfarenhet. Utredningens sammanställning av statistik från Socialstyrelsen i kapitel 6 visar att andelen tandläkare under 34 år är på den högsta nivån sedan år 2002. TLV analyserade år 2017 hur stor påverkan en yngre yrkeskår hade på den totala tandvårdsproduktionen. Analysen visade på vissa produktionseffekter, mätt i antalet tandläkarminuter, av att dagens tandvårdspersonal är

relativt ung. Trots att det ojusterade utbudet av arbetskraft år 2016 var på en historiskt sett hög nivå, var inte tandvårdens produktivitet på en nivå som motsvarade detta. Detta kan troligen delvis förklaras av behandlarnas låga ålder, även om hänsyn inte i analysen kunde tas till andra faktorer, exempelvis behandlarens tjänstgöringsgrad.

Utredningen har studerat antal unika patienter samt åtgärder per behandlare i olika åldrar, yrkesgrupper, områden och driftsformer. Studierna visar att antalet patienter per behandlare är lägre i storstäder och i pendlingskommuner. Högst antal patienter per behandlare finns dock inte i glesbygd, utan i mindre tätorter. Yngre behandlare finns i högre grad i storstäderna, de gör färre åtgärder per år och återfinns oftare i folktandvården än hos privata vårdgivare.

7.3.3 Inte påtagligt färre behandlare i de mest glesbefolkade länen – och inte heller större vårdtyngd

En återkommande diskussion när det gäller tandvårdens personalbehov är huruvida den geografiska fördelningen är sådan att det personalbehov som krävs för att klara tandvårdens åtagande och uppdrag i vissa delar av landet inte kan tillgodoses, trots att det totala antalet behandlare på nationell nivå är tillräckligt. Fördelningen av tandvårdens personal, både mellan och inom län, har lyfts av flera utredningar och rapporter genom åren. Huvudproblemet har beskrivits som att mindre tätbefolkade områden har svårigheter att rekrytera tandläkare, samtidigt som behandlarna gärna arbetar i storstäderna.

Utredningen har mötts av förslag om återinförande av etableringsbegränsningar samt krav på att styra statliga tandvårdssubventioner till de orter där tandvården har som svårast att bemanna sina mottagningar. Redan i en utredning från början av 1980-talet konstaterades att frågan om lika möjligheter för alla att få tandvård inte bara är en fråga om ekonomiska möjligheter att efterfråga tandvård. Tandvårdsresurserna måste också vara geografiskt fördelade i förhållande till befolkningens behov och efterfrågan. Det måste med andra ord finnas möjlighet att få tid hos en tandläkare för undersökning och behandling.[100] För att folktandvården i alla regioner ska få tillräckligt med tandvårdspersonal har olika sätt prövats för att, baserat på frivillighet, förhindra tandläkare att lämna folktandvården till förmån

[100] SOU 1982:4 *Tandvården under 80-talet.*

för en anställning i privat tandvård. Då detta inte visade sig fungera som avsett, begränsades år 1974 tandläkares rätt att ansluta sig till det statliga tandvårdsstödet. År 1975 infördes även ett kvoteringssystem, som innebar att Socialstyrelsen fick rätt att fördela tandläkares anställningar mellan de dåvarande landstingen. Kvoteringen avvecklades år 1983, medan etableringsbegränsningen upphörde först år 1999. Etableringsbegränsningen resulterade inte i en minskning av tandläkartätheten i storstäderna.[101] Konkurrensverket såg det som angeläget att begränsningen avskaffades ur konkurrens- och näringsfrihetssynpunkt. Regeringen såg avskaffandet som viktigt för att konkurrensvillkoren skulle bli mer likvärdiga mellan privat och offentlig sektor, samt för att öka möjligheterna att bedriva näringsverksamhet.

Utredningen delar uppfattningen att kvotering av personella resurser mellan regioner och etableringsbegränsningar inte är ändamålsenliga sätt att uppnå en jämnare fördelning av behandlare över landet. Tidigare försök att uppnå en mer jämn fördelning genom etableringsbegränsning minskade inte antalet tandläkare i storstäderna. Ett kvoteringssystem skulle av bland annat konkurrensskäl vara svårt att genomföra inom ramen för dagens tandvårdssystem. Därtill bör påpekas att det inte främst är bristande lönsamhet som gör att tandläkare inte vill etablera sig i glesbygd. Ett stabilt patientunderlag och stor efterfrågan i kombination med ett statligt ersättningssystem skapar sammantaget goda marknadsmässiga förutsättningar.

Tandvårdens svårigheter att rekrytera och behålla personal gäller, enligt de företrädare utredningen träffat, både privata och offentliga utförare och inte enbart i glesbygd, utan även i tätorter och mindre städer. Som framgår av kapitel 3 om omvärldsfaktorer, ser urbaniseringsmönstret ut så att de största flyttströmmarna sker från landsbygd till tätorter med mindre än 100 000 invånare – alltså inte från landsbygd till det allra största städerna. De större städerna växer i stället främst genom invandring och höga födelsetal. Att tandvården trots detta upplever personalbrist och rekryteringsproblem även i mindre städer och tätorter, indikerar att det är fler faktorer än en stark urbanisering som ligger bakom den upplevda personalbristen.

Skillnader i vårdpanorama i olika delar av landet är en viktig aspekt vid analys av fördelningen av tandvårdens personella resurser. Åldersstrukturen utgör en grov indikation på vårdbehovet, men också på förmågan att finansiera samhällets verksamheter däribland hälso- och

[101] Prop. 1995/96:119 *Reformerad tandvårdsförsäkring.*

sjukvård. Andelen äldre i befolkningen påverkar hälso- och sjukvårdssystemet genom att denna grupp ofta har stora hälso- och sjukvårdsbehov. Andelen äldre i befolkningen varierar mellan länen, vilket kan påverka tandvårdens förutsättningar när det gäller behovet av vård. Dock ska regionerna till del kompenseras för detta i den del av utjämningssystemet som berör hälso- och sjukvården. I denna del av utjämningssystemet ingår även kön, civilstånd, sysselsättningsstatus, inkomst, boendetyp, lönestruktur samt befolkningstäthet i regionen. Andra socioekonomiska variabler som utbildningsnivå, inkomst, födelseland påverkar också tandhälsan.

Ett sätt att väga samman olika demografiska förutsättningar som påverkar behovet av hälso- och sjukvård är indexet Care Need Index (CNI). Även om indexet främst är utvecklat för att skatta behovet av primärvård, ger det en bild av befolkningens sammansättning utifrån ett antal variabler som, enligt utredningens uppfattning, är relevanta även för att skatta tandvårdsbehov. Det är riskfaktorer för ohälsa och kunskapen om att oral ohälsa och övrig ohälsa i hög grad samvarierar har under senare fått alltmer genomslag. Faktorerna som ingår är bland annat andelen av invånarna som är yngre än 5 år, utlandsfödda (urval länder), ensamboende 65 år och äldre, arbetslösa eller i åtgärd, lågutbildade eller nyinflyttade.

Studier av skillnader i CNI-index mellan länen visar att de län som har lägst CNI-index, det vill säga befolkning med lägst förväntat vårdbehov, är Halland, Västerbotten, Norrbotten och Gotland. Dessa län ligger 10–12 procent under riksgenomsnittet. Västra Götaland ligger på riksgenomsnittet, medan Stockholm och Skåne ligger 6–8 procent över riksgenomsnittet. Störst förväntat vårdbehov enligt CNI-index har Sörmland med 16 procent över rikssnittet.[102] En studie av CNI-index ger således inte något tydligt stöd för uppfattningen att de mest glesbefolkade länen också har en befolkningsstruktur som innebär större vårdtyngd än mer tätbefolkade län.

Som redovisats tidigare ger utredningens kartläggning av behandlarnas fördelning i landet ingen entydig bild av att det är en påtagligt lägre behandlarkoncentration i glesbygdslän än i storstadslän, åtminstone inte om tandläkare och tandhygienister slås ihop. Värmland har landets högsta behandlarkoncentration, följt av Gävleborgs och Norrbottens län. Inte heller när statistiken bryts ner på kommun-

[102] Socialstyrelsen. 2019. *Öppna jämförelser 2018. En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*.

nivå framträder något sådant mönster tydligt. Av kapitel 6 framgår att samtliga kommuner i Stockholms län förutom Stockholms stad, Södertälje och Nykvarn har samma eller lägre behandlarkoncentration som samtliga kommuner i Norrbotten. I Östergötland, Kalmar och Örebro län har i princip samtliga kommuner lägre behandlarkoncentration än kommunerna i Norrbotten och Värmland. Studier av tandläkarkoncentrationen specifikt ger en delvis annan bild, men inte heller då är mönstret entydigt.

En annan uppfattning som återkommande framförts till utredningen är att det råder en överetablering av behandlare i de största städernas centrala delar. Som exempel nämns ofta Stockholm. Utredningen kan konstatera att cirka 70 procent av mottagningarna i Stockholms kommun ligger i innerstaden och att cirka 65 procent av behandlarna i kommunen är sysselsatta på dessa mottagningar.[103] Enligt SCB:s statistik är andelen personer i Stockholms kommun som bor i innerstaden 38 procent. Dock bör påpekas att innerstadens förvärvsarbetande dagbefolkning, det vill säga summan av de som bor och arbetar i innerstaden samt de som reser in och arbetar där, uppgår till cirka 65 procent av kommunens befolkning. Det höga antalet mottagningar i innerstaden kan således delvis förklaras av en hög patientkoncentration dagtid och därmed stor efterfrågan på tandvård i ett centralt läge. Andelen behandlare och andelen av befolkningen överensstämmer, vilket borde indikera en marknad i balans i dessa begränsade delar av Stockholms kommun.

7.3.4 Kompetensförsörjningsproblemen kräver en förändrad organisation och nya arbetssätt

En ytterligare aspekt av upplevd personalbrist är huruvida tandvården är organiserad på ett sätt som optimerar den befintliga personalens kapacitet och kompetens. När det gäller vilka uppgifter tandvårdens olika professioner utför på kliniken är detta delvis reglerat i lag och delvis ett resultat av hur arbetet traditionellt fördelats på kliniken. Tandläkarna är den enda yrkesgrupp som har kompetens att göra en helhetsbedömning av patientens tandvårdsbehov. Tandläkaren har behörighet att diagnostisera, terapiplanera och behandla sjukdomar och anomalier i tänder, munhåla, käkar och omgivande vävnader för

[103] Utredningens egen beräkning baserad på uppgifter från Försäkringskassan.

patienter i olika åldrar och med olika behov. Tandhygienisten har formell kompetens gällande diagnostik av karies och parodontala sjukdomar samt kompetens inom hälsofrämjande arbete, beteendepåverkan och förebyggande vård. Tandsköterskan assisterar tandläkaren eller tandhygienisten vid undersökning och behandling av patienten. Tandsköterskan ska vidare kunna utföra behandlingsuppgifter på patient, genom delegation med fullt eget ansvar. Det finns även andra former av arbetsfördelning som alternativ eller komplement till delegation. Det ingår i tandläkarens ansvar att bedöma vilka arbetsuppgifter en tandsköterska är reellt kompetent att utföra i det enskilda fallet.

Utredningen kan konstatera att det finns skillnader mellan offentlig och privat tandvård när det gäller vilken profession som genomför vilka åtgärder. Av samtliga basundersökningar[104] inom det statliga tandvårdsstödet som utförs inom folktandvården, görs 56 procent av tandhygienister. Inom privat tandvård är motsvarande siffra 21 procent. Det finns också skillnader mellan länen när det gäller vilka som utför basundersökningar. I vissa län med hög andel tandhygienister, såsom Värmland och Gävleborg, utförs en betydligt större andel basundersökningar av tandhygienister än i exempelvis Stockholms län. Genom utredningens kartläggningsarbete har framkommit att tandvården i framför allt län och kommuner med tandläkarbrist, utvecklar nya arbetssätt där tandläkarens roll i allt högre grad blir expertens som coachar, kvalitetssäkrar och vid behov kompletterar tandhygienistens eller tandsköterskans arbete. Detta frigör tandläkartid och därmed resurser. Ur ett resurseffektivitetsperspektiv kan det vara motiverat att öka andelen undersökningar som utförs av tandhygienister. Dock är det ur patientsäkerhetssynpunkt viktigt att den samlade helhetsbedömningen av patientens tandvårdsbehov med vissa intervall görs av en tandläkare. IVO har lyft problemet att uteblivna bettutvecklingskontroller hos barn leder till försenade diagnoser. Som förklaring anger myndigheten att tandläkarbristen gör att tandhygienister eller tandsköterskor utan tillräcklig utbildning i att kontrollera bettutveckling genomför undersökningar.[105]

En annan aspekt av personalbristen är hur tandvården är organiserad på verksamhetsnivå. Det finns ett antal indikationer på att den demografiska utvecklingen och urbaniseringens konsekvenser

[104] Åtgärd 101 utförs av tandläkare och åtgärd 111, 112 av tandhygienist.
[105] IVO. 2019. *Vad har IVO sett 2018?*

utmanar hur tandvården är organiserad. Den traditionella folktandvårdsmodellen är en tandvårdsklinik som är dimensionerad utifrån ett närliggande upptagningsområde och som har kapacitet och uppdrag att ta emot alla patientgrupper – barn och unga vuxna, vuxna som omfattas av det statliga tandvårdsstödet samt grupper som är berättigade till regionens särskilda tandvårdsstöd. Även de privata vårdgivarna erbjuder ofta vård till alla typer av patienter, även om andelen privata vårdgivare som bedriver tandvård till barn och unga vuxna är låg. Geografisk närhet till kliniken och ett bemötande byggt på personkännedom har varit, och är i viss utsträckning fortfarande, en uttalad målsättning för tandvården. Samtidigt ser såväl behov som preferenser olika ut för olika patientgrupper. Både patienternas och yrkeskårens krav och förväntningar förändras. En yngre generation efterfrågar delvis andra värden än äldre. Företrädare för tandvården har för utredningen beskrivit att yngre tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor i högre grad än tidigare vill arbeta på större kliniker med fler kollegor som innebär andra förutsättningar för variation och utveckling i yrket. Den generella urbaniseringstrenden innebär också att behandlarna i allt lägre utsträckning vill bosätta sig på orter med någon eller några enstaka mindre kliniker. De små klinikerna med ett fåtal behandlare upplevs av många yngre behandlare som mindre attraktiva och har svårare att attrahera sökande eller intressenter som vill ta över efter exempelvis pensionsavgångar.

Tandvård som innebär att vuxna utan behov av stöd, vård eller omsorg erbjuds en undersökning och viss förebyggande behandling med visst revisionsintervall samt den sjukdomsbehandling, reparation eller rehabilitering som behövs, är en form av planerad vård som inte med nödvändighet förutsätter direkt geografisk närhet. Akuttandvård och tandvård till personer som på grund av ett vård- eller omsorgsbehov har svårt att förflytta sig längre sträckor, däremot, ställer högre krav på geografisk närhet. Även tandvård för barn och unga vuxna kan det vara motiverat att erbjuda nära patienterna.

Efter ett stort antal verksamhetsbesök i hela landet och återkommande diskussioner med olika företrädare för både offentlig och privat tandvård kan utredningen konstatera att svensk tandvård befinner sig i en förändringsprocess där olika klinikmodeller, vårdkoncept och arbetssätt prövas för att möta de utmaningar man står inför, framför allt avseende personalbrist, resurseffektivitet och lönsamhet. I regioner med långa geografiska avstånd mellan orter är

detta en särskilt stor utmaning. I det följande redovisas några exempel på detta som utredningen mött i kartläggningsarbetet.

I Luleå i Norrbotten finns sedan våren 2019 en folktandvårdsklinik – Folktandvården Direkt – som bygger på konceptet att färdigbehandla patienterna vid ett och samma besök. Patienterna kallas inte till kliniken, utan tar själva en kontakt och bokar tid i ett helt automatiserat system där patienten erbjuds ett tidsintervall som sedan kort före besöket preciseras till ett exakt klockslag. Detta bokningsförfarande skapar flexibilitet och möjliggör för kliniken att arbeta med varje patient utifrån patientens behandlingsbehov utan begränsning i tid. Klinikkonceptet utmanar också den traditionella modellen för schemaläggning inom såväl hälso- och sjukvård som tandvård. I betänkandet ”Effektiv vård”[106] konstateras att bemanningen (schemaläggningen) inom hälso- och sjukvården i dag inte utgår från en planering av vad som ska göras, hur det ska göras och vem som ska göra det. Den vanliga beskrivningen är att den i stället utgår från tillgänglig personal och baseras på individuella önskemål. Det innebär att schemaläggningen kommer först, sedan ser man hur behoven av resurser kan mötas utifrån schemat – tillgängliga resurser styr vilken vård som tillhandahålls. I klinikkonceptet för Folktandvården Direkt är det patienterna själva som initierar vårdkontakten och schemat måste anpassas till det vårdbehov som detta genererar, i stället för tvärtom. Konceptet finns även hos en större privat vårdgivare i Stockholm.

Koncentrationen av resurser till en större klinik med en ny vårdmodell ska delvis ses i ljuset av det minskade antalet folktandvårdskliniker i Norrbotten. Vid mitten av 1990-talet fanns drygt 60 folktandvårdskliniker i Norrbotten, i dag finns endast ett tjugotal kvar.[107] Det främsta skälet till nedläggningarna är att det inte är möjligt att rekrytera utbildad personal. Folktandvården Direkt vänder sig till patienter som värderar möjligheten att vid ett och samma tillfälle få sin tänder undersökta och vid behov behandlade direkt och som är beredda att resa en längre sträcka för detta. Klinikmodellen bygger inte heller på kontinuitet i relationen mellan specifik behandlare och patient, vilket traditionellt värderats högt av såväl behandlare som patienter.

[106] SOU 2016:02 *Effektiv vård.*
[107] www.NSD.se,”Tandvårdschefen varnar för nedläggningar” uttag 2019-09-19.

Även när det gäller den privata tandvården är trenden sammanslagningar och koncentration av resurser till större kliniker. I marknadstermer har detta beskrivits som en konsolidering av en fragmenterad marknad. Större kedjor förvärvar, inte sällan med stöd av riskkapitalbolag, mindre kliniker och erbjuder de anställda nya anställningar på nya större kliniker. Sedan 2009 har de små företagen med en årsomsättning om mindre än 1 miljon kronor minskat i antal. År 2009 utgjorde de 8 procent av marknaden i jämförelse med år 2015 då de utgjorde 3 procent. Tillväxten var år 2017 starkast bland de medelstora tandvårdsföretagen, varav vissa har växt genom förvärv. Trenden att den privata marknaden utvecklas mot allt färre vårdgivare är tydlig, men förändringen sker relativt långsamt.[108]

Parallellt med en utveckling där kliniker läggs ner eller slås samman, prövar tandvården klinikkoncept som kan kompensera för de negativa effekterna av nedläggningarna i form av minskad närhet till kliniken för patienterna, framför allt i glesbygd. Ett exempel på detta som i många år använts av folktandvården runt om i landet är mobila kliniker som kan ställas upp vid skolor eller äldreboenden. I exempelvis Västernorrland har tandsköterskor utbildats för att vara driftsansvariga för ett fordon med en mobil klinik som ställs upp och sedan bemannas av behandlare från den närmaste folktandvårdskliniken. På den mobila kliniken kan exempelvis revisionsundersökningar av barn genomföras i direkt anslutning till skolan. Detta är resurseffektivt genom att det ger en god täckningsgrad, minskar administrationen och kostnader till följd av uteblivanden. Dock har andra regioner som valt att pröva med mobila kliniker tvingats avveckla verksamheten på grund av svårigheterna att rekrytera behandlare. Utredningen kan konstatera att mobila kliniker kan utgöra ett ändamålsenligt alternativ som ökar tillgängligheten för vissa grupper och för viss typ av tandvård. Samtidigt är det ofta så att den resurs som är svårast att uppbringa inte är den fysiska lokalen utan den behandlande personalen. Fysiska lokaler finns i regel att tillgå till relativt sett låga kostnader. Att samverka med skolor och samordna undersökning av större grupper av barn i tid och rum kan också kompliceras av att vissa barn kan vara listade hos en privat vårdgivare och inte hos folktandvården.

[108] Konkurrensverket. 2018. *Konkurrensen i Sverige 2018.*

Utredningen kan sammanfattningsvis se att det pågår en förändring av hur tandvården är organiserad, såväl på strukturell nivå som på den enskilda kliniken. Det som driver förändringstakten är ökade krav på kostnadseffektivitet och lönsamhet, men framför allt betydande svårigheter att rekrytera legitimerad och utbildad personal till mindre kliniker utanför större städer och tätorter. Därutöver förmedlar företrädare för tandvården bilden av att olika patientgrupper har alltmer skiftande behov och preferenser, vilket också påverkar hur tandvården organiseras. För vissa patienter kan fördelarna med att själv påverka tidpunkten för besöket samt att kunna koncentrera tandvården till ett tillfälle, kompensera för ett längre avstånd till kliniken eller att inte ha en upparbetad relation med behandlaren. Vid planering av regelbundna revisionsintervall av barn födda samma år kan samverkan med skolan, exempelvis med besök av en mobil klinik, vara ett resurseffektivt och ändamålsenligt sätt att bedriva tandvård. För patienter med vårdkrävande oral sjukdom kan den upparbetade relationen med en fast behandlare å andra sidan vara högt prioriterad.

Målsättningen att kunna erbjuda tandvård på en fast klinik nära befolkningen måste enligt utredningen i allt högre grad ställas mot de kostnads- och effektivitetsvinster som kan uppnås om tandvården antingen koncentreras geografiskt eller bedrivs med olika typer av mobila kliniklösningar. Patienters förväntningar på att det ska finnas en tandvårdsklinik inom ett kort avstånd från bostaden som kan utföra alla behandlingar kan behöva utmanas. En ökad acceptans hos patienterna för att planerad förebyggande tandvård som utförs med viss regelbundenhet erbjuds på färre orter, skulle sannolikt förbättra tandvårdens förutsättningar att bedriva tandvård av god kvalitet på ett resurseffektivt sätt.

Det är också utredningens bedömning att det krävs förändrade arbetssätt och förändrad arbetsorganisation i tandvårdens kliniska vardag som innebär att rätt kompetens gör rätt uppgifter. Digitala och andra tekniska lösningar är en viktig förutsättning för att detta ska kunna realiseras. I detta ligger också att patienten ska ses som en del i teamet och ska stödjas i att utföra sin egenvård.

7.3.5 Tandvården bör ges möjlighet att medverka i initiativ på kompetensförsörjningsområdet

Regeringen har de senaste åren vidtagit flera åtgärder för att förbättra tillgången till vissa yrkesgrupper och slutit flera överenskommelser för att stärka vårdens kompetensförsörjning. Överenskommelsen om bättre resursutnyttjande i hälso- och sjukvården, den så kallade professionsmiljarden, syftade till att främja regionernas möjligheter att ge vårdprofessionen bättre förutsättningar att utföra sitt arbete genom effektivare arbetsfördelning, en ändamålsenlig planering för framtida kompetensförsörjning och bättre administrativa stöd och IT-system. Såväl år 2019 som 2020 har regeringen och SKR ingått överenskommelser för att stärka svensk hälso- och sjukvård.

Ett annat exempel på en omfattande överenskommelse är den från år 2018 om investering i utvecklade förutsättningar för vårdens medarbetare. Överenskommelsens övergripande områden var IT-stöd och processer för förenklad administration, förbättrad användning av medarbetarnas kompetens och stöd till planering av långsiktig kompetensförsörjning. Det fanns också ett område som handlade om att utveckla vårens verksamheter avseende utvecklingsarbete, kapacitets- och produktionsplanering och verksamhetsstöd. Utredningen kan konstatera att de motiv som i denna överenskommelse redovisas för att göra särskilda insatser, liksom beskrivningen av de främsta utmaningarna, i hög grad överensstämmer med den offentliga tandvårdens situation, utmaningar och behov. I överenskommelsen omnämns emellertid inte tandvården överhuvudtaget och såvitt utredningen har kunnat utröna, kom dessa stimulansmedel inte heller tandvården till del. Utredningen vill lyfta detta som ett exempel och anser att det är en brist att tandvården inte identifierats som en verksamhet av särskild vikt för den fortsatta utvecklingen av hälsa, vård och omsorg av regeringen, SKR och sjukvårdshuvudmännen.

Socialstyrelsen och Universitetskanslerämbetet (UKÄ) redovisade i augusti 2019 ett regeringsuppdrag om samverkan kring kompetensförsörjningsfrågor i hälso- och sjukvården.[109] Myndigheternas huvudförslag var en utvecklad och formaliserad samverkan på nationell och sjukvårdsregional nivå där regioner, kommuner och lärosäten får ansvar för att samverka om kompetensförsörjningsfrågor

[109] Socialstyrelsen. 2019. *Framtidens vårdkompetens Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov*.

som behöver hanteras gemensamt, med stöd av Socialstyrelsen och UKÄ. Samverkansstrukturerna föreslogs utgöras av ett nytt rådgivande nationellt samverkansråd (”Nationellt råd för framtidens vårdkompetens”) med ett tillhörande rådskansli som staten ansvarar för, med placering på Socialstyrelsen, samt sex sjukvårdsregionala råd, ett i varje sjukvårdsregion, som regioner och lärosäten gemensamt ansvarar för, i samarbete med kommunerna.

I samband med statliga initiativ som rör framtidens vårdkompetens och kompetensförsörjningen inom hälso- och sjukvården påpekas ofta att tandvården har en annan struktur och finansieringsmodell än hälso- och sjukvården med ett större inslag av privata utförare[110]. Det förefaller också i vissa fall vara ett motiv för regionerna eller staten att inte inkludera tandvården i ett strategiskt utvecklingsarbete. Exempelvis är det, såvitt utredningen, kunnat utröna, ett faktum att regionens tandvårdsverksamheter inte över huvud taget tagit del av medlen från de överenskommelser som staten och SKR ingått under senare år med syftet att möta kompetensförsörjningsutmaningarna. Detta kan ses i ljuset av att regionerna finansierar och administrerar all tandvård till barn och unga vuxna samt det särskilda tandvårdsstödet till vuxna patienter med särskilda behov i likhet med övrig hälso- och sjukvård. Regionerna har även en skyldighet att planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård. Planeringen ska även avse den tandvård som erbjuds av annan än regionen.[111] En av de mest centrala uppgifterna i arbetet med att planera vården handlar om kompetensförsörjning – det vill säga att på kort och lång sikt säkerställa att verksamheten har tillgång till medarbetare med rätt kompetens. Mot bakgrund av regionernas lagfästa planeringsansvar för all tandvård i regionen, samt skyldigheten att svara för tandvård till barn och unga vuxna samt det särskilda tandvårdsstödet, är det enligt utredningen rimligt att regionens tandvårdsverksamhet omfattas av de insatser som görs från statens sida på kompetensförsörjningsområdet. Det innebär att tandvården bör ges en tydlig roll i eventuella initiativ för utvecklad och formaliserad samverkan i enlighet med Socialstyrelsens och UKÄ:s förslag. Det innebär också att regeringen och SKR bör tydliggöra om och hur regionens tandvårdsverksamheter kan inkluderas i kommande överenskommelser på hälso- och sjukvårdsområdet.

[110] Ibid.
[111] 8 § tandvårdslagen.

7.3.6 Ökad digitalisering kan fortsätta att bidra till ökad resurseffektivitet

Digitala journalsystem och digital röntgen används generellt och digital skanning tillämpas i varierande – men stadigt ökande – utsträckning i tandvården i dag. Digital teknik ger tandvården bättre möjligheter att administrera, dokumentera och rapportera men även att diagnosticera, terapiplanera, producera protetik och att visualisera för patienten vilken behandling som kan utföras. Digitaliseringen kan också underlätta styrning och verksamhetsutveckling genom att det den möjliggör identifiering av avvikelser i verksamhetsdata och möjliggör effektivare styrning av flöden. För enskilda vårdgivare öppnas även möjligheter att skapa nya verktyg som kan effektivisera verksamheterna, bidra till nya och innovativa arbetssätt. Ett sådant område är konsultation på distans. Mot bakgrund av de problem många regioner upplever när det gäller att rekrytera specialister, kan distanskonsultation bidra till att vården blir mer tillgänglig för patienten och mer kostnadseffektiv för vårdgivaren.

Som utgångspunkt för det fortsatta utvecklingsarbetet på e-hälsoområdet har regeringen och beslutat att ställa sig bakom en gemensam vision för e-hälsoarbetet fram till 2025.[112] Visionen är att Sverige år 2025 ska vara bäst i världen på att använda digitaliseringens och e-hälsans möjligheter i syfte att underlätta för människor att uppnå en god och jämlik hälsa och välfärd samt utveckla och stärka egna resurser för ökad självständighet och delaktighet i samhällslivet. Av visionsdokumentet framgår att en grund för arbetet är att berörda aktörer skapar nödvändiga förutsättningar för verksamheterna att använda den digitala utvecklingens möjligheter i såväl det vardagliga som i det långsiktiga förbättrings- och utvecklingsarbetet. Även på detta område är det viktigt att inte tandvården exkluderas.

Enligt utredningens bedömning har tandvården goda förutsättningar att utveckla fler och nya digitala lösningar för vård och behandling, administration och information till patienter. Dock är investeringar i digital teknik kostsamma, inte minst för mindre vårdföretag som står för en stor del av den svenska tandvårdsproduktionen. Det motiverar gemensamma initiativ och lösningar där flera vårdgivare kan koncentrera resurserna och utrusta vissa kliniker med

[112] Socialdepartementet och SKL. 2016. *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård.*

modern digital teknik. Utredningens bedömning är att ett utvecklingsarbete för en ökad digitalisering av tandvården behöver stöttas och stimuleras från statens sida.

7.3.7 Bristande samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård trots lagreglerat ansvar och goda juridiska förutsättningar

Frågan om hur samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård och omsorg kan utvecklas och förbättras har återkommande lyfts i utredningens dialoger med företrädare för tandvården. Ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen som slutredovisades hösten 2019 har också bidragit till att det i dag finns god kunskap om vilka hinder som föreligger för en ändamålsenlig samverkan där det finns en ömsesidig nytta med ökad samordning för ett effektivt omhändertagande efter behov.

Utredningen vill inledningsvis understryka att regionerna har ett ansvar enligt tandvårdslagen för att planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov och att i detta planerings- och utvecklingsarbete samverka med samhällsorgan, organisationer och enskilda. Detta i kombination med det faktum att regionerna har det samlade ansvaret för all sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen, innebär att det är regionerna själva som ytterst har såväl ansvar för som mandat att styra över de verksamheter som de knutit till sig, när dessa inte samverkar i önskad utsträckning, även om möjligheterna att styra över privata tandvårdgivare förvisso är begränsat. Socialstyrelsen konstaterar också i sin rapport att det finns goda juridiska förutsättningar för samverkan, bland annat genom att patientdatalagen möjliggör för tandvård och hälso- och sjukvård att dela uppgifter och tillämpa en sammanhållen journalföring. Vidare finns tydliga krav på samverkan i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vårdgivaren är ansvarig för att det finns ett ledningssystem med vars hjälp vårdgivaren ska planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten. Vårdgivaren ska identifiera de processer där samverkan behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskada.

Socialstyrelsens analys av orsakerna till den låga graden av samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård pekar på flera olika faktorer. Det faktum att tandvård och hälso- och sjukvård är

två olika system med olika kultur, finansiering, ledning och styrning är en orsak. Att tandvården inte integreras i pågående processer för att skapa patientnytta genom samverkan lyfts också fram, liksom att strukturer för samverkan saknas. System för journalföring och e-tjänster är åtskilda och kunskapen brister och utbildningsmoment saknas om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa.

Enligt Socialstyrelsen finns en samsyn mellan tandvården och hälso- och sjukvården när det gäller förslag på lösningar. Till exempel gemensamma nätverk där professionerna från tandvården och hälso- och sjukvården kan mötas, integrerade e-tjänster mellan de båda domänerna, journalsystem och system för överföring av läkemedelsinformation och remisser samt fortbildning om kopplingen mellan allmän hälsa och munhälsa för hälso- och sjukvården och tandvården.

Det har inte uttryckligen ingått i utredningens uppdrag att lämna förslag som kan bidra till ökad samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård och mot den bakgrunden har utredningen inte haft ett fokus på konkreta reformer med det uttalade syftet att stimulera samverkan. Det betyder dock inte att frågan är oviktig för utvecklingen av ett mer jämlikt tandvårdssystem.

I de nationella riktlinjerna vid demenssjukdom rekommenderas socialtjänsten och hälso- och sjukvården att erbjuda diagnostik av munhälsa och ätproblem med strukturerade bedömningsinstrument till personer med demenssjukdom. Ett annat tillstånd som ofta har stor inverkan på munhälsan är stroke och bedömning av munhälsan efter stroke är därför något som rekommenderas i de nationella riktlinjerna för vård vid stroke. Socialstyrelsens nationella riktlinjer för ohälsosamma levnadsvanor innehåller vidare rekommendationer om att hälso- och sjukvårdspersonal bör ha rådgivande samtal med vuxna som snusar dagligen, samt undersöka munhålan på dem på grund av de negativa effekterna på munhälsan. Dessa exempel visar på kunskapsstyrningens betydelse för samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård.

Utredningens bedömning är att Socialstyrelsen har en viktig roll att kontinuerligt och inom ramen för arbetet med nationella riktlinjer inom olika områden, säkerställa att bästa tillgängliga kunskap om orsakssamband mellan oral och övrig hälsa finns att tillgå. Därutöver kan regionernas struktur för kunskapsstyrning med nationella och regionala programområden spela en viktig roll för att främja samverkan. Det skulle också kunna vara motiverat med särskilda

stimulansmedel för att främja regionernas arbete med att skapa bättre strukturer för samverkan, vilket utredningen återkommer till senare i detta kapitel. Det bör dock påpekas att regionernas övergripande lagreglerade ansvar enligt tandvårdslagen och hälso- och sjukvårdslagen i kombination med i allt väsentligt goda juridiska förutsättningar för samverkan, gör att huvudansvaret för de brister som i dag föreligger när det gäller samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård åvilar regionerna själva.

7.3.8 Bristande kvalitetsuppföljning utgör ett hinder för jämlik tandvård

Ett jämlikt tandvårdssystem bör enligt utredningen kännetecknas av frånvaro av omotiverade skillnader i behandling och tillgänglighet. Endast jämlik tillgång till tandvård på lika villkor är således inte tillräckligt för att systemet ska vara jämlikt. Det krävs även att behandlingen är likvärdig, håller en jämn kvalitet som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Därför är uppföljning av tandvårdens kvalitet centralt för arbetet med att skapa ett mer jämlikt tandvårdssystem som bygger på god vård.

Kvalitet i tandvård kan betyda olika saker. En grundläggande aspekt av kvalitet är efterlevnaden av befintlig lagstiftning. Det kan handla om tandvårdslagens krav på att upplysa patienten om olika behandlingsalternativ, de beräknade sammanlagda kostnaderna för behandlingarna eller vilka material som använts. Det kan också handla om krav på journaldokumentation eller hygienisk standard. Även tandvårdslagens krav på att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras är ett exempel på ett lagkrav som, om det inte efterlevs, påverkar tandvårdens kvalitet. Krav på efterutbildning och tillståndsplikt är förslag som återkommande framförs för att säkerställa kvalitet över tid.

En annan aspekt av kvalitet är i vilken utsträckning den behandling som görs står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. För att vården ska vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen är det viktigt att all vård, behandling och rådgivning sker i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Personalen måste också följa utvecklingen inom sina respektive områden, så att de vid varje tillfälle kan ge den vård som är motiverad med hänsyn till vetenskap

och beprövad erfarenhet. Forskningsprogrammet Vetenskap och Beprövad Erfarenhet, VBE, vid Lunds universitet har undersökt hur man inom tandvården samt hälso- och sjukvården ser på beprövad erfarenhet. Resultatet visar bland annat att tandläkare och tandhygienister graderar personlig erfarenhet, beprövad erfarenhet och vetenskaplig evidens högre än de som jobbar i hälso- och sjukvården.[113] För sådan tandvård som utförs som en del av forskning för att inhämta ny kunskap eller utveckla tandvården gäller särskilda regler om etikprövning, se lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor.

Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet har en lång historia i svensk hälso- och sjukvård och återfinns i flera olika lagar på hälso- och sjukvårdsområdet. Centralt i detta avseende är att studera följsamheten till Socialstyrelsens nationella riktlinjer, föreskrifter och allmänna råd. Nationella riktlinjer för tandvård uppdateras för närvarande och beräknas vara klara år 2022. Riktlinjernas rekommendationer ska ge vägledning för beslut på gruppnivå i lednings- och styrningsfrågor. De kan till exempel vara underlag vid fördelning av resurser eller när tandvården ska ändra ett arbetssätt eller en organisation. De kan också vara underlag när tandvården tar fram regionala och lokala vårdprogram. Riktlinjerna tydliggör att vissa behandlingar bör införas eller få ökade resurser medan andra bör minskas eller avvecklas. Det blir också möjligt för beslutsfattare på olika nivåer att fördela resurserna bättre efter olika gruppers behov. Rekommendationerna ligger även till grund för vilka behandlingar som ersätts enligt det statliga tandvårdsstödet. TLV använder riktlinjerna som underlag i sitt arbete med det statliga tandvårdsstödet. När det gäller följsamheten till nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd bör understrykas att tandvårdens förutsättningar skiljer sig från övrig hälso- och sjukvård i det avseendet att patientens kostnad är en faktor som kan påverka val av behandling.

En tredje aspekt av kvalitet är på vilket sätt en behandling genomförs. Även om det finns vetenskapligt stöd för valet av behandling, kan den utföras på ett så bristfälligt eller direkt felaktigt sätt att det påverkar vårdens kvalitet. I avsnittet 8.2.4 diskuterar utredningen sambandet mellan kvalitet och pris på åtgärder. Bristfälligt utförda behandlingar kan orsaka såväl besvär och lidande som höga kost-

[113] Sahlin et al. Så uppfattar tandläkare beprövad erfarenhet – några resultat från en enkätstudie. *Tandläkartidningen nr 7 2020.*

nader för patienterna. Det var bland annat mot den bakgrunden som regeringen 2019 införde en bestämmelse i förordningen om statligt tandvårdsstöd som möjliggör för Försäkringskassan att kräva återbetalning av ersättning för tandvårdsbehandling som medfört en risk för vårdskada och som uppenbart är i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Ett viktigt underlag för att identifiera brister i kvalitet i tandvården utgörs av det arbete Inspektionen för vård och omsorg (IVO) gör inom ramen för sitt uppdrag att utöva tillsyn och hantera klagomål enligt patientsäkerhetslagen. IVO har sedan myndighetens bildande år 2013 årligen redovisat iakttagelser från tandvårdstillsynen. Brister i diagnostisering och behandling samt i journaldokumentationen har varit de främsta iakttagelserna. Myndighetens viktigaste iakttagelser på tandvårdsområdet år 2018 var att vårdgivare behandlar patienter med kronor, broar och implantat trots att patienterna har karies och tandlossning, att uteblivna bettutvecklingskontroller hos barn leder till försenade diagnoser samt att patientjournaler saknar nödvändiga uppgifter. I en riskbaserad nationell tillsyn som år 2017 gjordes av 51 vårdgivare inom den privata vuxentandvården framkom också ett antal kvalitetsbrister. Det bör poängteras att detta handlade om riskbaserad tillsyn, det vill säga vårdgivarna hade valts ut för att de på olika sätt ansågs ha större risk för att uppvisa brister. De är således ingalunda representativa för svensk tandvård. Vårdgivarna saknade i stor utsträckning kunskap om sitt ansvar som vårdgivare, den utförda vården saknade ofta stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet och nästan samtliga journaler som granskades saknade grundläggande uppgifter.[114]

De kvalitetsbrister som IVO iakttagit, såväl i det ordinarie tillsynsarbetet som i riskbaserad tillsyn, kan ställas mot det faktum att en majoritet av patienterna i Sverige är nöjda med sin tandvård. Nio av tio personer känner förtroende för sin tandvårdsklinik och lika många känner sig trygga vid sin behandling.[115] Det förekommer också jämförelsevis få anmälningar om vårdskador på tandvårdsområdet till IVO. Nöjdheten och den låga anmälningsfrekvensen kan enligt utredningens bedömning ha sin förklaring i att de brister i kvalitet som IVO iakttagit, inte med nödvändighet uppfattas som problem

[114] IVO. 2017. *Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården – nationell tillsyn 2017.*
[115] Svenskt Kvalitetsindex 2017(SKI).

av patienterna. Få patienter besitter den kunskap som krävs för att avgöra om en vårdgivare uppfyller krav på att lämna undersökningsprotokoll eller om en behandling har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet.

Utredningen noterar att det i dag saknas ett krav i tandvårdslagen på att all tandvård som bedrivs i Sverige ska ha en god kvalitet som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det finns bestämmelser i patientsäkerhetslagen som även omfattar tandvårdens personal om att personalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.[116] Som nämns ovan har också förordningen om statligt tandvårdsstöd nyligen kompletterats med en bestämmelse där begreppet används. I förarbetena till tandvårdslagen lyfts även att med god kvalitet i 3 § avses bland annat att den ska ha den odontologisk-tekniska kvalitet som kan krävas med hänsyn till de resurser som står till förfogande samt att all tandvårdsverksamhet ska ha sådana resurser att vården kan bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.[117] Dock är det utredningens uppfattning att kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet bör lyftas fram och få en tydligare och mer heltäckande reglering i lagstiftningen på tandvårdsområdet. Det är en grundförutsättning för en effektiv kunskapsstyrning och kvalitetsutveckling av svensk tandvård.

7.3.9 Andra förutsättningar för kvalitetsutveckling och kunskapsstyrning i tandvården än i hälso- och sjukvården

Under senare år har utvecklingsarbetet för en mer kunskapsbaserad och jämlik vård intensifierats från såväl statens som sjukvårdshuvudmännens sida. Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården pekade år 2017 på behovet av en kombination av utvecklad statlig styrning och förtydligade krav på att regioner och kommuner tar ett ökat ansvar för nationell kunskapsstyrning inom sitt lagstadgade uppdrag att svara för hälso- och sjukvården. Utredningen lämnade förslag som syftar till att förbättra förutsättningarna för professionerna att verka enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, att få tillgång till nationella kunskapsstöd och

[116] 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659).
[117] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*

att involvera patienterna.[118] Vidare har regionerna tagit initiativ till en regiongemensam struktur för kunskapsstyrning, där regionerna gemensamt ska både ta fram och sprida ny kunskap samt identifiera luckor där staten kan ge bidrag.

På tandvårdens område sker den statliga kunskapsstyrningen i första hand genom de nationella riktlinjerna för vuxentandvård. De nuvarande riktlinjerna från år 2011 revideras för närvarande och nya riktlinjer beräknas vara klara år 2022. Styrningen med kunskap i den kliniska verksamheten sker med stöd av vårdprogram för olika patientgrupper och behandlingsområden. Även TLV:s föreskrifter om vilka åtgärder som kan användas vid vilka tillstånd utgör en form av kunskapsstyrning i tandvården. Vårdprogram för tandvård till barn och unga vuxna har utvecklats i samtliga regioner. Även för regionernas vuxentandvård har generella eller specifika vårdprogram utvecklats. Exempel på sådana är äldretandvård, implantatbehandling eller behandling av tandlossningssjukdom. Enskilda privata vårdgivare och större tandvårdsföretag utvecklar också egna vårdprogram och behandlingsrekommendationer. Även webbaserade kunskapsstöd som exempelvis Internetodontologi.se utgör ett stöd. Kunskapsspridning och fortbildning inom tandvården sker i hög grad inom ramen för de fackliga organisationerna och yrkes- och specialistföreningarna på området. Även kvalitetsregistret SKaPa utgör en viktig del av strukturen för kunskaps- och kvalitetsutveckling i tandvården.

En övergripande målsättning med en väl fungerande kunskapsstyrning bör vara att den styr mot god kvalitet och kostnadseffektivitet genom följsamhet till nationella riktlinjer och vårdprogram. Den ska ge förutsättningar för att bästa tillgängliga kunskap ska användas i varje patientmöte. När det gäller tandvården påverkas emellertid detta av det faktum att patienterna betalar en jämförelsevis hög andel av kostnaden. Tandvården ger därför ofta patienten större inflytande över valet av behandling än vad hälso- och sjukvården gör. En situation kan uppstå där nationella riktlinjer rekommenderar en viss åtgärd men där patienten tycker att kostnaden är för hög och därför önskar en åtgärd som är lägre rangordnad i riktlinjerna. Att detta förekommer konstaterades bland annat av Socialstyrelsen i en utvärdering av de nationella riktlinjerna för vuxentandvård år 2013 och har även lyfts i betänkandet *Kunskapsbaserad*

[118] SOU 2017:48 *Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*.

och jämlik vård – Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård (SOU 2017:48). Omvänt kan behandlaren ge tandvårdspatienten möjlighet att välja en dyrare behandling, exempelvis ett implantat i stället för en brokonstruktion, utan att det nödvändigtvis rangordnas högre i riktlinjerna. En behandling med ett lägre pris kan också innebära ett material av lägre kvalitet, vilket kan leda till behov av flera efterföljande åtgärder för att behandla samma problem. Detta riskerar att bli kostsamt för patienten och för det offentligt finansierade tandvårdssystemet. Patienternas möjlighet att påverka valet av åtgärder kan leda till att tandvården utför vård som inte baseras på bästa tillgängliga kunskap, men också att vård utförs som blir dyrare för patienten. En rimlig fråga är då om tandvårdslagstiftningen ger någon vägledning i dessa situationer? Utredningen kan konstatera att så inte är fallet. I 3 § tandvårdslagen ställs både kravet på att tandvården ska vara av god kvalitet och att den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Att i den kliniska vardagen göra rätt avvägning mellan följsamhet till befintliga kunskapsstöd och lyhördhet för patientens önskemål om val av behandling, är en svår uppgift som också rymmer en yrkesetisk dimension.

En annan skillnad mellan tandvården och hälso- och sjukvården när det gäller förutsättningarna att systematiskt och fortlöpande utveckla kvaliteten i verksamheten, handlar om tandvårdens ägarstruktur på utförarnivå. Regionerna har som sjukvårdshuvudmän i regel centrala resurser och metoder för att stödja sina kliniska verksamheter i arbetet med kvalitetsutveckling och kunskapsstyrning. Möjligheterna att implementera kunskapsstöd i form av vårdprogram eller rekommendationer är generellt bättre i en större offentlig organisation än i mindre privata företag. Även om trenden pekar mot ett stadigt minskande antal mindre företag, består den privata tandvårdsbranschen alltjämt av cirka 2 000 privata företag och drygt 3 500 mottagningar. Cirka 75 procent av landets tandvårdsmottagningar är privata.

Utredningen anser att när det gäller såväl statens som regionernas fortsatta arbete för förbättrad kunskapsstyrning är det angeläget att tandvårdens specifika förutsättningar beaktas. Tandvårdens delvis andra förutsättningar för kunskapsstyrning kräver särskilda och för tandvården anpassade strategier och metoder. Om de system och strukturer som byggs upp alltför ensidigt utgår från hälso- och sjukvårdens förutsättningar, finns det en risk att de inte går att tillämpa

fullt ut i tandvården. Samtidigt har tandvården minst lika stora behov som hälso- och sjukvården av en väl fungerande struktur för kunskapsstyrning och kvalitetsutveckling. Lika viktigt är dock att de strukturer som skapas, främjar samverkan med övrig hälso- och sjukvård.

Parallellt med statens initiativ fortsätter sjukvårdshuvudmännens arbete med etablerande av en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvården. Strukturen består i dag av 24 nationella programområden (NPO), varav ett är tandvård. Privattandvården företräds i arbetet av Privattandläkarna. Utredningens bedömning är att denna struktur för kunskapsstyrning innebär nya och förbättrade möjligheter för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården, inte minst genom att företrädare för de olika nationella programområdena träffas regelbundet. Genom att uppmärksamma och stimulera kunskapsutvecklingen när det gäller medicinska samband mellan oral ohälsa och övrig ohälsa, skapas förutsättningar och incitament för ökad samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården i den kliniska vardagen. Utvecklingsarbetet stöds också av sjukvårdsregionala programområden (RPO) och lokala programområden (LPO). Enligt de uppgifter utredningen inhämtat, har de privata vårdgivarna visat stort intresse att medverka i arbetet, vilket gör strukturen till en viktigt och ömsesidigt värdefullt forum för samverkan mellan offentliga och privata tandvårdgivare.

7.3.10 Bristfälliga kunskaper om tandvårdssystemet och om journalsystemens uppbyggnad

Dagens tandvårdsstöd är uppdelat i tre finansiella stödsystem – tandvård för barn och unga vuxna, särskilt stöd inom regionernas regi och ett tandvårdsstöd i statlig regi. Detta innebär att behandlare som hanterar patienter ur alla tandvårdsstöd behöver ha kunskap om tre olika regelverk, eller fler om vårdgivaren dessutom behandlar patienter från olika regioner. Utredningen har förståelse för att detta kan upplevas komplicerat. Dock är det en nödvändighet att en behandlare sätter sig in i regelverken för att stödja patienterna och ge dessa en möjlighet till det stöd de kan ges tillhörighet till. Detta likväl som att hålla sig uppdaterad med hur behandlingsriktlinjer och metoder förändras och utvecklas.

Behandlare som inte sätter sig in i det statliga tandvårdsstödet känner vanligen inte till hur detta bygger på lagstiftning där TLV:s

föreskrifter och allmänna råd direkt tillämpas i det dagliga arbetet med patienterna. Föreskrifterna förnyas årligen och nya tillstånd kan tillkomma. Förutsättningarna för att tillämpa befintliga tillstånd kan förändras och tillstånden kan även upphävas. Detta gäller även de tandvårdsåtgärder som är knutna till respektive tillstånd, allt eftersom myndigheten nås av konstaterade behov som finns inom tandvården, nationella riktlinjer eller andra behandlingsrekommendationer som ändras eller tillkommer.

Det statliga tandvårdsstödet har krav på att patienten ska uppfylla kriterierna för ett tillstånd för att en ersättningsberättigande behandling ska vara möjlig. Tillståndet kan till exempel vara en kavitet i tand på grund av primärkaries (tillstånd 4001). Finns ingen kavitet efter kariesaktivitet kan en lagning av tanden inte ersättas inom det tillståndet. Tillståndet och de tillhörande tandvårdsåtgärderna för behandling ska bidra till att inte onödig tandvård, eller i vissa fall icke-göra enligt nationella riktlinjer, utförs med statligt stöd vilket är en stoppfunktion inom regelverket. En patient som exempelvis önskar sätta en krona på en tand som endast behöver en mindre fyllning men där patienten inte uppfattar tanden som estetiskt tilltalande får, om behandlaren anser det är enligt vetenskap och beprövad erfarenhet, bekosta detta utan statligt tandvårdsstöd.

Stödet ersätter i de flesta fall olika sätt för att behandla ett tillstånd. Exempelvis rehabilitera en mindre tandlucka med bro, implantat alternativt tandreglering. Detta för att behandlaren och patienten tillsammans ska nå fram till vilken behandling som är bäst i det enskilda fallet.

En behandlare lär sig vanligen de tillstånd och tandvårdsåtgärder som förekommer i större omfattning på kliniken. Men ibland behöver mer sällan förekommande tandvårdsbehandling utföras. Det är inte ovanligt att behandlaren i dessa fall, i stället för att ringa Försäkringskassan, söka i webbstöd[119] eller direkt i föreskrifterna, förlitar sig på att journalsystemet guidar genom det statliga tandvårdsstödet. Flertalet journalsystem bygger dock på 1999 års tandvårdsstöds uppbyggnad där tandläkaren direkt väljer en tandvårdsåtgärd i journalen. Först när tandvårdsåtgärden är vald uppkommer i dessa fall i journalsystemet de tillstånd där behandlingen är möjlig att utföra

[119] kusp.tlv.se.

med statligt stöd.[120] Denna uppbyggnad följer därför inte det nuvarande regelverkets struktur och tillvägagångssätt[121] och inte heller hur en behandling planeras och beslutas där behandlaren först diagnosticerar patienter och därefter bedömer vad som bör utföras.

Det är tandvården, såsom beställare av journalsystemen, som kan påverka dess utformning. Utredningen anser att det borde finnas goda skäl för vårdgivarna att ställa krav på en bättre uppbyggnad av journalsystemen så att detta följer det statliga tandvårdsstödets systematik. Ett skäl är att behandlaren annars inte får kännedom om de olika behandlingsalternativ som det statliga tandvårdsstödet erbjuder för ett visst tillstånd. Vårdgivaren har en skyldighet att informera patienten om de behandlingsalternativ som finns för att behandla tillståndet. Det finns även en risk att behandlaren, när patienten sitter i stolen, inte aktivt väljer rätt tillstånd som motsvarar den diagnos som ställts, utan i stället tar det förvalda alternativet i journalsystemet. För behandlaren har valet när patienten sitter i behandlingsstolen inte någon direkt påverkan såsom journalsystemet är konstruerat. Patienten får det tandvårdsstöd som är beräknat i kostnadsförslaget. Patienten riskerar dock att få ett tillstånd i journalen, vilket implicerar en viss diagnos, som patienten inte har diagnosticerats med. Det medför även att statistiken över vilka tillstånd befolkningen har till viss del blir felaktig och i förlängningen kan fel slutsatser dras i forskning och utveckling av tandvården.

Det är även TLV:s ambition att regelverket kring statligt tandvårdsstöd ska kunna stödja behandlaren att välja sådana behandlingar som rekommenderas samt är kostnadseffektiva att utföra för visst tillstånd och vice versa. Enligt Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för vuxentandvård ska exempelvis bettslipning inte utföras vid akut käkledssmärta. Smärtan kan exempelvis bero på en tillfällig inflammation och svullnad i käkleden. TLV har därför ett krav inom tillståndet instabil ocklusion på att käkledssmärtan varat längre än tre månader. Innan dess är bettslipning inte en ersättningsberättigande behandling vid tillståndet. Det är därför av vikt att journalsystemet först visar tillstånden, inte tandvårdsåtgärderna.

Utredningen anser även att det faktum att journalsystemet inte följer regelverkets systematik är en bidragande orsak till att regelver-

[120] Utredningen har endast kännedom om två journalsystem som bygger på den systematik som varit gällande sedan år 2008.
[121] 2 § Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd, kommande omtryck HSLF-FS 2019:9.

ket upplevs som krångligt att förstå och hantera. Ett journalsystem som prioriterar diagnossättning, därefter val av aktuellt tillstånd och som slutligen visar vilka behandlingsalternativ som finns inom det statliga tandvårdsstödet, skulle på sikt förenkla för behandlaren, säkerställa att patienten presenteras samtliga behandlingsalternativ som kan ges inom stödet, förbättra statistiken kring befolkningens orala hälsa och generera en bättre journalföring.

7.4 Bedömningar och förslag

7.4.1 Inför etiska principer för tandvårdens prioriteringar

Bedömning: Tandvården bör omfattas av vissa etiska principer för tandvårdens prioriteringar.

Förslag: Behovs-solidaritetsprincipen om att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till tandvården ska införas i tandvårdslagen.

Förslag: Principen om att tandvården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet ska införas i tandvårdslagen.

Skälen för utredningens bedömning och förslag: I hälso- och sjukvårdslagen infördes år 1997 tre grundläggande etiska principer för prioriteringar.[122] Dessa var människovärdesprincipen som innebär att alla mänskor har lika värde och samma rätt oberoende av personliga egenskaper och funktioner i samhället, behovs-solidaritetsprincipen som innebär att resurserna bör fördelas efter behov samt kostnadseffektivitetsprincipen som innebär att vården har en skyldighet att utnyttja sina resurser så effektivt som möjligt. Utifrån dessa principer redovisades även allmänna riktlinjer för hälso- och sjukvårdens prioriteringar exemplifierade med breda prioriteringsgrupper[123], se avsnitt 7.1.2. I prioriteringsutredningens slutbetänkande[124] valde utredningen att uttryckligen exkludera tandvården i sitt förslag till

[122] Lag (1997:142) om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), sedermera 3 kap. 1 § andra stycket HSL.
[123] Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*
[124] SOU 1995:5 *Vårdens svåra val.*

etisk plattform för hälso- och sjukvården. Det närmare skälet till detta framgår inte av slutbetänkandet och inte heller av andra förarbeten. Utredningens antagande är att Prioriteringsutredningen, i likhet med många andra utredningar på hälso- och sjukvårdsområdet, gjorde bedömningen att skillnaderna mellan tandvården och hälso- och sjukvårdens när det gäller huvudmannaskap, finansiering och organisering är så omfattande att etiska principer avsedda för hälso- och sjukvården inte, utan omfattande anpassningar, skulle vara möjliga att tillämpa i tandvården. Det kanske tydligaste exemplet på skillnaden mellan systemen är att behandlaren i tandvården behöver ta ställning till andra omständigheter än enbart patientens medicinska eller odontologiska behov, däribland patientens betalningsförmåga eller preferenser när det gäller val av behandling. En annan skillnad är tandvårdens tydliga fokus på revisionsundersökning och förebyggande behandling, vilket i praktiken innebär att patienter med inga eller små behov, i betydelsen faktiska vårdbehov, prioriteras högre än vad patienter med inga eller små vårdbehov i hälso- och sjukvården gör. Även om det vore önskvärt att övrig hälso- och sjukvård också arbetade mer systematiskt med prevention och förebyggande insatser är dessa skillnader ett faktum.

Att regionernas skyldighet att erbjuda tandvård bygger på kronologisk ålder skulle kunna vara en försvårande omständighet för tillämpning av både behovs-solidaritetsprincipen och människovärdesprincipen. Detta beror emellertid på vad som avses med ett vårdbehov – barn kan på goda grunder anses ha ett behov av förebyggande tandvård i tidiga åldrar för att bibehålla en god tandhälsa i vuxen ålder.

Dessa omständigheter skulle sammantaget kunna anföras som argument för att en strikt tillämpning av den etiska plattformens principer är svår i tandvården. Utredningen anser att lagstiftarens motiv till införande av etiska principer i hälso- och sjukvården är relevanta även för tandvården. Den etiska plattformen sågs som en förstärkning och fördjupning av svensk hälso- och sjukvårds grundprincip, en god vård på lika villkor för hela befolkningen och anslöt till de värderingar och förhållanden som i många avseenden redan förelåg i praktiken. Trots att principerna kan synas självklara ansågs det viktigt att de formulerades och lagfästes. Principerna lyfter vad som är viktigt vid en prioritering i vården och innebär samtidigt att andra skäl för prioritering bör ges mindre genomslag. Det kommer

alltid finnas svårbedömda situationer, men principerna anger ett allmänt förhållningssätt vid prioritering och en vägledning inför ett ställningstagande. Människovärdesprincipen sågs som den viktigaste principen inom hälso- och sjukvård då denna naturligt är grundläggande för hela samhället. En människa ska betraktas och behandlas för den hon är och inte i egenskap av det hon har eller gör. Det är viktigt att slå fast att begåvning, social ställning, inkomst, ålder etcetera inte får avgöra vem som ska få vård eller till vilken kvalitet. Människovärdesprincipen räcker dock inte som urvalskriterium när resurserna är begränsade. Skälet till behovs-solidaritetsprincipen var att den har nära anknytning till den grundläggande humanitära motiveringen för vården. Hur stort behovet är beror på vilken svårighetsgrad som sjukdomen har, även hur långvarig sjukdomen är. I praktisk tillämpning har långvarigheten i hög grad setts som en del i svårighetsgraden. Att kunna prioritera vård till de som har störst behov, ge mer av vårdens resurser till de som är svårast sjuka och som har den sämsta livskvaliteten, beakta behov hos de svagaste, är tankar som sedan lång tid varit förankrade inom sjukvården.[125]

Utredningens sammantagna bedömning är att den etiska plattformens tre principer är centrala för målsättningen är att skapa ett mer jämlikt tandvårdssystem. Utredningen föreslår därför att principer om prioriteringar ska införas i tandvårdslagen. När det gäller den tredje av den etiska plattformens principer, kostnadseffektivitetsprincipen, har utredningen valt att kommentera den närmare i avsnitt 8.5.2. Skälen till utredningens ställningstagande kan sammanfattas på följande sätt.

Inledningsvis vill utredningen understryka att det handlar om vägledande principer, inte krav eller grund för sanktioner. Principerna är avsedda som vägledning i såväl organisering som i praktisk vardaglig hantering av patientflöden. Det kommer alltjämt vara regionens eller vårdgivarens ansvar att ytterst bestämma hur verksamheten ska organiseras och bedrivas.

När det gäller behovs-solidaritetsprincipen kan för det första konstateras att tandvården redan i dag i varierande utsträckning tillämpar en prioriteringsordning som innebär att patienter med större behov ges företräde framför patienten med mindre behov. Utredningen ser dock att det är viktigt att detta kommer till uttryck också i lagstiftning, som ett tydligare stöd för en praxis som redan

[125] Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

kan tillämpas. Tandvården är en del av hälso- och sjukvården och att de grundläggande principerna om vård efter behov och alla människors lika värde inte skulle omfatta tandvården är enligt utredningen svårt att motivera. Av solidaritet ska de med mindre behov avstå resurser till dem med större behov. Principen anger även en skyldighet att beakta behoven hos de svaga, som har mindre möjligheter än andra patienter att påverka och ställa krav. Tandvården får därmed ett ansvar att utreda och undersöka var behov finns. Detta kan särskilt anses gälla barn och ungas möjlighet till en fullständig tandvård.

För det andra ser utredningen det som väsentligt att en tillämpning av behovs-solidaritetsprincipen kan bidra till en viss omfördelning av resurser från relativt friska patienter, till patienter med större vårdbehov. Utredningens förslag om tandhälsoplan baserad på individuell riskbedömning bygger på principen om behov och att tandhälsoplanen ska ha en omfördelande effekt. Det är lämpligt att denna styrning av resurser också stöds av principer i ramlagstiftningen på tandvårdsområdet. Principen kan även bidra till en liknande omfördelning avseende resurser för abonnemangstandvårdens patienter, se vidare nedan.

För det tredje innebär det statliga tandvårdsstödets utformning med åtgärdsbaserad ersättning en viss risk för överkonsumtion av tandvård. Patientens uttalade efterfrågan på viss vård, vårdgivarens lönsamhetskrav, kompetensförsörjning eller politiska beslut om ett visst antal kliniker i regionen är alla faktorer som påverkar prioriteringen av resurser. Ur styrningssynpunkt innebär detta en komplex verklighet för beslutsfattare och behandlare. Utredningen anser därför att det i tandvårdslagen bör tydliggöras några huvudprinciper för styrning och fördelning av resurser i tandvården. Att den med störst behov ska ges företräde till vården bör vara en sådan huvudprincip. Det är ur ett jämlikhetsperspektiv även väsentligt att patienter prioriteras efter behov och inte efter en ekonomisk prioritering, exempelvis där patienter inom statligt tandvårdsstöd prioriteras framför patienter inom särskilt tandvårdsstöd. Ekonomiska hänsyn och ersättningssystem ska inte styra patientens möjlighet att få tandvård efter sina behov.

Av behovs-solidaritetsprincipen framgår indirekt att akuta fall, i betydelsen akut svåra problem, ska behandlas med en hög prioritet och därför hanteras med förtur. Detta medför att den bestämmelse

om att akuta fall ska ges förtur i 3 § andra stycket tandvårdslagen enligt utredningen kan utgå. Borttagandet av bestämmelsen om akut förtur är inte avsedd att förändra tandvårdens mottagande av akuta patienter. Dessa anses vanligen ha ett stort behov på grund av exempelvis svår värk och ska följaktligen prioriteras.

Huvudargumentet för införande av människovärdesprincipen i tandvårdslagen är att tandvård i grunden är en del av hälso- och sjukvården och att en grundläggande utgångspunkt för sådana välfärdstjänster är en respekt för alla människors lika värde. Principen har bedömts central för övrig hälso- och sjukvård och utredningen kan inte se några sakliga skäl varför principen inte också ska uttryckas i ramlagstiftningen på tandvårdsområdet. Människovärdesprincipens innebörd att alla människor har samma rätt till vård oavsett begåvning, social ställning, inkomst, ålder, etnicitet eller någon annan jämförbar faktor innebär en tydlig markering av vikten av att sträva mot ett jämlikt tandvårdssystem som förmår kompensera för människors olika förutsättningar och egenskaper. Eftersom tandvårdslagen i likhet med HSL inte är en rättighetslagstiftning utan i huvudsak reglerar huvudmäns och vårdgivares skyldigheter, innebär inte ett införande av människovärdesprincipen ett erkännande av varje patients absoluta rätt till vård. Principens innebörd är snarare att faktorer som exempelvis social ställning eller etnicitet inte får verka diskriminerande i mötet med vården. Inom såväl hälso- och sjukvården som tandvården finns dock vissa grundkrav som behöver vara uppfyllda, däribland möjligheten att kunna betala patientavgifter eller andra kostnader.

I ett system med begränsade resurser, såväl personella som ekonomiska, får en prioriteringsordning för vilka patienter eller patientgrupper som ska behandlas med förtur en större betydelse. Så är fallet i dag på många platser i landet. Inom regionerna finns vanligen fastställda prioriteringsordningar för folktandvårdsklinikernas hantering av patientflödena. De etiska principerna kan vara till hjälp vid framtagandet eller vid redigering av dessa. Principerna kan även stödja den privata vårdgivaren som ställs inför att prioritera tid och resurser eller den enskilde behandlaren i den kliniska vardagen.

Utredningen har fått information om att patienter inom folktandvården som har avtal om abonnemangstandvård i vissa regioner prioriteras framför patienter med samma riskprofil och behov men som inte ingått abonnemangsavtal och som därmed får vänta längre

på sitt revisionsbesök. Information som stödjer detta går även att hitta i regionala fastställda prioritetsordningar. En tillämpning av principen om att den med störst behov ska ges företräde kan således för folktandvården innebära en annan prioritering än den som görs i dag där patienter med frisktandvårdssavtal utgör en betydande andel av patienterna med hänvisning till avtalsförhållandet. För patienter med stora tandvårdsbehov finns en tröskel att ingå abonnemangsavtal eftersom en sämre tandhälsa medför en högre risk och därmed högre premie. Det finns även ett samband mellan en dålig tandhälsa och svag socioekonomisk position, vilket ytterligare försvårar patienternas möjligheter att ingå abonnemangsavtal. Om abonnemangslösningar leder till att patienter med stora tandvårdsbehov och social utsatthet prioriteras ned till förmån för resursstarkare och friskare patienter, kan det i någon mening ses som ett avsteg från såväl behovsprincipen som människovärdesprincipen. Det har även framförts till utredningen att patienter kan se sig nödgade att hos folktandvården teckna avtal för att få tillgång till tandvård i regioner med knappa resurser. Genom att lagfästa principen om att den med störst behov ska ges företräde till tandvården sätts patienter med stora behov framför patienter som har en avtalsrelation som fastställer en återkommande kontakt i det fall dessa har mindre behov.

Principen att den med störst behov ska ges företräde ska enligt utredningens förslag även gälla ersättningsberättigande tandvård som utförs av privata vårdgivare inom tandvårdsstödet. Även inom privattandvården kan tillämpningen av en behovsprincip innebära att resurserna i högre grad än i dag styrs från friska patienter till patienter med större vårdbehov. Det statliga tandvårdsstödets utformning är i detta avseende centralt. Enkelt uttryckt behöver ersättningssystemen vara utformade så att det blir mindre motiverat att kalla patienter med inga eller små vårdbehov till revisionsundersökningar utförda av tandläkare oftare än vad som är odontologiskt motiverat, exempelvis för att patienten själv efterfrågar det eller för att kliniken traditionellt arbetat på detta sätt.

I likhet med hur prioriteringsutredningen resonerade anser utredningen att endast behov av det som patienten har nytta av bör prioriteras, vilket innebär att behandling som inte förbättrar tandhälsan eller livskvaliteten hanteras som ett icke-behov i ett prioriteringssammanhang. Här bör en utgångspunkt för gränsdragningen enligt utredningen vara hur tandhälsa (och indirekt livskvalitet) de-

finieras i lagen om statligt tandvårdsstöd, nämligen frihet från smärta och sjukdomar, förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder och ett utseendemässigt godtagbart resultat. En rent estetisk behandling i syfte att åstadkomma ett utseendemässigt resultat utöver nämnda definition bör följaktligen prioriteras lågt och i mån av tid.

Även om tandvården kan tillämpa de etiska principerna fungerar de av hälso- och sjukvårdens fyra framtagna exemplifierande prioriteringsgrupper för de etiska principerna, se avsnitt 7.1.2, inte som ett stöd för tandvården i tillämpningen. Spännvidden i sjukdomsgrupper skiljer sig från hälso- och sjukvårdens eftersom diagnoser och tillstånd inom tandvården sällan är av livshotande slag. Tandvården har å sin sida behandlingar som fokuserar på förebyggande vård, något som av tandvården bedöms vara väsentligt för att bibehålla sin tandhälsa över tid och som sällan återfinns inom hälso- och sjukvården. Tandvård är inte heller en homogen vårdtjänst utan omfattar ett brett spektrum av åtgärder för smärtbehandling, sjukdomsbehandling, rehabilitering för att återställa funktion där tänder saknas, reparation efter skador i tänder eller konstruktioner samt habilitering för att förbättra den orala funktionsförmågan. Slutligen finns i behandlingspanoramat även behandlingar som kan bedömas såsom rent estetiska exempelvis tandblekning. Det bör övervägas om det kan finnas skäl för tandvården att utforma egna exemplifierande prioriteringsgrupper, även om detta sannolikt skulle innebära en stor utmaning. För tandvårdens del skulle exempelvis högt prioriterade patientgrupper kunna vara patienter med akut smärtproblematik eller annat akut tillstånd, exempelvis på grund av trauma. Även behandling av sjukdomstillstånd som, om det lämnas utan behandling, påverkar tandhälsan markant, exempelvis omfattande tandlossningssjukdom, bör prioriteras högt. Habilitering eller rehabilitering vid mer omfattande tandvårdsbehov bör rimligen prioriteras högre än habilitering eller rehabilitering av mindre tandvårdsbehov, även om gränsdragningen här kan vara svårt att göra. I det sammanhanget bör understrykas att det även fortsättningsvis måste finnas starka incitament för regelbunden och förebyggande tandvård, så att inte konsekvensen blir ett system där det som patient lönar sig att endast vända sig till tandvården akut och då prioriteras högt på grund av omfattande behov. Ett sådant incitament är utredningens förslag om tandhälsoplan som redovisas i kapitel 9.

Om tandvårdssystemet ska bli mer jämlikt genom tydligare vägledande principer för prioritering mellan patienter, är en central fråga vilka patienter som ska omfattas av en prioritering. Exempelvis kan diskuteras om patienter som vid upprepade tillfällen uteblir eller riskerar att tappa sin tandvårdskontakt ska prioriteras i den meningen att resurser läggs på att försöka nå dessa. Eftersom dessa patienters tandhälsa löper stor risk att försämras, kan de sägas ha ett stort behov som därmed skulle kunna motivera en prioritering av resurser för att nå patienterna.

Prioritering kan även behöva ske mellan patienter som omfattas av olika tandvårdsstöd. För regionerna medför det särskilda ansvaret för barn- och unga vuxna samt de särskilda tandvårdsstöden att dessa patientgrupper prioriteras framför övriga vuxna patienter. Men även för privata vårdgivare bör dessa patientgrupper ges en hög prioritet.

När en vårdgivare prioriterar bör denne inte bara fokusera på de som aktivt söker sig till kliniken och efterfrågar tandvård, utan även de patienter som mer passivt avvaktar nästa revisionskallelse. I vissa delar av landet är tillgängligheten ett problem beroende på bristande personella resurser. Patienter som står i kö för den återkommande revisionen kan ha väntat i flera år. Hur ska då dessa personers behov värderas när man inte har vetskap om den faktiska munhälsan? Utredningen anser att det är viktigt att alla i befolkningen har kännedom om sin tandhälsa och sitt tandvårdsbehov. Det är rimligt att patienter vars revisionsintervall sedan länge överskridits, prioriteras och att dessa bedöms ha ett relativt stort behov av att besöka tandvården. Först därefter är det reellt möjligt att ställa det faktiska behandlingsbehovet mot andras. Detta kan jämställas med en form av triagefunktion inom hälso- och sjukvården. Utredningen ser dock inte att en lagreglering som generellt lyfter patientens möjlighet att få en odontologisk bedömning av sitt tandhälsotillstånd, utförd inom viss tid, fyller någon funktion i tandvårdslagen.[126] Patienterna bör i stället prioriteras i enlighet med de etiska principerna och med stöd av den individuella riskbedömningen, se kapitel 9. Utredningens förslag om individuell tandhälsoplan ligger i linje med de föreslagna etiska principerna. Genom införande av tandhälsoplan får patienter med större behov en mer frekvent tillgång till undersökningar och viss förebyggande behandling jämfört patienter med mindre behov.

[126] Jämfört 2 kap. 2 § patientlagen.

Prioriteringen påverkas även av om vårdgivaren har tillgång till olika behandlarkategorier eller om tandläkaren utför all behandling. Om tandhygienister hanterar mycket av den förebyggande tandvården behöver en prioritering mellan tandläkarens insatser för sådan behandling och övriga behandlingar inte ske. Se även avsnitt 7.3.4 om fördelning av arbetsuppgifter mellan olika kompetenser.

Patientens betalningsförmåga i relation till principer för prioritering

En omständighet som i grunden utmanar tillämpningen av principer för prioritering i tandvården, är patientens faktiska betalningsförmåga. En skillnad mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård är att patienten inom tandvården vanligen betalar hela eller en stor del av kostnaden för behandlingen själv. På så sätt är betalningsförmågan av betydelse för att få tandvård. Detta förhållande skulle kunna tala mot införandet av en behovsprincip i tandvårdslagen, eftersom en patient kan ha ett omfattande behov som tandvården skulle prioritera högt, men som inte är möjligt att tillgodose på grund av patientens betalningsoförmåga. Det bör därför understrykas att den etiska plattformens principer omfattar alla patienter oavsett betalningsförmåga. Dock kan betalningsförmågan i praktiken påverka utfallet i den praktiska tillämpningen. Vissa omständigheter påverkar således tillämpningen. En första sådan är att patienten har kontakt med tandvården. Det säger sig självt att det inte är möjligt för en vårdgivare att inkludera patienter som de inte har en etablerad kontakt med i en prioritering baserad på principen att den med störst behov ska ges företräde till vården, om denna inte söker kontakt. Det betyder emellertid inte att förebyggande insatser utanför kliniken riktade till grupper som saknar tandvårdskontakt generellt bör nedprioriteras. Motiv för sådana insatser finns redan i dag i tandvårdslagen genom bestämmelsen om varje regions ansvar att i övrigt verka för en god tandhälsa hos befolkningen. Den andra omständigheten är, som nämnts ovan, att patienten har en faktisk betalningsförmåga och är villig att betala för sin tandvårdskostnad. Behovsprincipen bör således inte tolkas så att en person med omfattande tandvårdsbehov men utan betalningsförmåga regelmässigt ska ges företräde framför en person med mindre tandvårdsbehov och betalningsförmåga. En sådan konsekvent tillämpning av behovsprincipen är inte förenlig

med tandvårdssystemets finansieringsmodell och förutsätter ett förändrat system med avsevärt lägre patientkostnader.

7.4.2 Inför principer för den offentligt finansierade tandvårdens organisering

Bedömning: Tandvårdslagen bör innehålla principer för tandvårdens organisering.

Förslag: Helt eller delvis offentligt finansierad tandvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.

Förslag: 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.

Helt eller delvis offentligt finansierad tandvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet

Skälen för utredningens bedömning och förslag: Utredningen ska enligt direktivet lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt. Den viktigaste resursen vid produktion av välfärdstjänster som tandvård är personalen. Personalkostnader är även den dominerande kostnaden för verksamheten. Mot den bakgrunden har utredningen valt att analysera några aspekter på kostnadseffektivitet i tandvården.

Ett vanligt sätt att definiera kostnadseffektivitet är att beskriva det som en kvot mellan insatser, i termer av kostnader, och de effekter som uppnåtts. Utredningens har i sin analys valt att fokusera på, dels organisation och arbetsfördelning på kliniknivå, dels på hur tandvården är organiserad på verksamhetsnivå. Analysen avser helt eller delvis offentligt finansierad tandvård för vuxna. Svensk tandvård finansieras i varierande grad av offentliga medel. Den tandvård som regionen ansvarar för har en hög grad av offentlig finansiering, men även tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet finansie-

ras till del av offentliga medel genom ATB och högkostnadsskydd. De behandlingar som inte är ersättningsberättigande inom det statliga tandvårdsstödet är inte offentligt finansierade och bör inte omfattas av principer om kostnadseffektivitet, även om de påverkar tillgången till behandlare totalt sett.

Kostnadseffektivitet i den kliniska verksamhetens organisering handlar bland annat om de olika professionernas roller, uppgifter och ansvar. Personalsammansättningen har stor betydelse för effektiviteten i tandvården. Av såväl patientsäkerhetsskäl som andra kvalitetsskäl bör målsättningen vara att den som är bäst lämpad utför arbetsuppgiften. Det finns också en kostnadsaspekt i detta. I huvudsak gäller principen ju högre formell kompetens desto högre kostnad. Därför bör fördelningen av arbetsuppgifter och ansvar i det kliniska arbetet utgå från principen att styra mot den yrkeskategori som kan utföra uppgift till lägst sammantagen kostnad med bibehållen eller ökad kvalitet. Detta brukar benämnas principen om lägsta/bästa effektiva omhändertagandenivå. Det är en princip som är vägledande för hälso- och sjukvårdens organisering och som även bör gälla tandvården.

I tidigare avsnitt har utredningen konstaterat att det finns skillnader när det gäller vilka av tandvårdens professioner som utför vilka åtgärder. Att åtgärder som ligger inom tandhygienistens kompetens- och behörighetsområde utförs av tandläkare är i normalfallet inte kostnadseffektivt. Inte heller att en specialisttandläkare utför åtgärder som kan utföras av en allmäntandläkare med god kvalitet. I privat tandvård görs fler undersökningar av tandläkare och färre undersökningar av tandhygienister. De ökade kostnader som detta innebär belastar dels staten genom de subventioner som ges inom ramen för det statliga tandvårdsstödet, dels den enskilde patienten. Ur vårdgivarens perspektiv kan ett argument för att tandläkaren gör en undersökning som tandhygienisten skulle kunna utfört vara att detta efterfrågas av patienten. Ett annat argument kan vara att tandläkaren har kunskap om bettfunktion och om andra orala sjukdomar än karies och parodontit, vilket kan förbises när en tandhygienist utför undersökningen. Dock är det enligt utredningens uppfattning rimligt att en helt eller delvis offentligt finansierad verksamhet som tandvård bör organiseras och genomföras så kostnadseffektivt som möjligt, så länge den behandling som erbjuds uppfyller tandvårdslagens krav på en god tandvård samt följer gällande bestämmelser

avseende delegering. En patient utan käkledsproblematik och med god tandhälsa behöver således, enligt detta resonemang, inte träffa en tandläkare vid varje revisionstillfälle. Tandhygienisten kan dessutom ha möjlighet att vid behov konsultera en tandläkare vid undersökningen.

Inom övrig hälso- och sjukvård finns sedan år 1997 en bestämmelse om att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet.[127] Kravet om kostnadseffektivitet återfanns i 1982 års HSL endast genom formuleringen att ”Ledningen av hälso- och sjukvård skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet.”[128] Vid införandet av bestämmelsen år 1997 underströks att det är angeläget att resurserna inom hälso- och sjukvårdsverksamhet används på ett så effektivt sätt som möjligt[129]. Att hälso- och sjukvården till övervägande del är finansierad[130] med allmänna medel framfördes som ett skäl till bestämmelsen. Allmänna medel är begränsade och ska användas på bästa möjliga sätt, i betydelsen mesta möjliga hälsa för befolkningen givet de offentliga medel som finns. Verksamheter kan dock bedrivas med finansiering från endast privata eller ideella aktörer och utan offentlig finansiering. Det har inte ansetts finnas skäl till att kräva kostnadseffektivitet beträffande helt privat finansierade verksamheter. I den mån en verksamhet tillhandahåller hälso- och sjukvård som finansieras både via offentliga och icke-offentliga medel bör den delen av verksamheten som är offentligt finansierad omfattas av bestämmelsen.

Utredningen anser att lagstiftarens motiv till införande av bestämmelsen om kostnadseffektivitet i hälso- och sjukvården är relevanta även för stora delar av tandvården. Den tandvård som regionerna har ett särskilt ansvar för är jämförbar med hälso- och sjukvården såvitt avser finansierings- och utförarmodellen. Övrig tandvård inom det statliga tandvårdssystemet kan likställas med det som i förarbetet till bestämmelsen i hälso- och sjukvårdslagen beskrivs som sådan verksamhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård som finansieras både via offentliga och icke-offentliga medel. För sådan verksamhet ansåg lagstiftaren att den delen som är offentligt finansierad bör omfattas av bestämmelsen. När det gäller tandvård som berät-

[127] 4 kap. 1 § HSL (2017:30).
[128] 28 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
[129] Prop. 1995/96:176 *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*

tigar till stöd i det statliga tandvårdssystemet är det dock enligt utredningens uppfattning inte möjligt att separera olika delar utifrån finansieringskälla. En behandling finansieras delvis av patienten och delvis via staten genom högkostnadsskyddet. Sådan tandvård som omfattas av statligt tandvårdsstöd är därför inte möjlig att separera och det är rimligt att ett krav på kostnadseffektivitet omfattar denna tandvård i sin helhet. Kravet på kostnadseffektivitet bör dock inte omfatta tandvård som varken är regionens ansvar (tandvård för barn och unga vuxna samt det särskilda tandvårdsstödet) eller sådan tandvård som inte berättigar till statligt tandvårdsstöd. Sådan tandvård kan likställas med det som i förarbetena till bestämmelsen i HSL beskrivs som verksamhet med finansiering från endast privata eller ideella aktörer och utan offentlig finansiering. Inom tandvården gäller det främst rent estetiska behandlingar, men även behandlingar som av olika skäl prioriterats bort ifrån tandvårdsstödet eller bedömts inte vara kostnadseffektiva.[131] Det bör också påpekas att principen om att verksamheten ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet inte avser vårdens innehåll, utan endast dess organisering.

Utredningen föreslår mot denna bakgrund att det i tandvårdslagen införs en bestämmelse som motsvarar den som i dag finns i HSL avseende kostnadseffektivitet. Lydelsen föreslås vara att helt eller delvis offentligt finansierad tandvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Kravet omfattar såväl offentlig som privat verksamhet.

Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får vården koncentreras geografiskt

Den andra aspekten av kostnadseffektivitet som utredningen analyserat är hur verksamheten är organiserad på utförarnivå. I analysavsnittet ovan konstaterades att framför allt personalbrist på grund av rekryteringssvårigheter lett till kliniknedläggningar och kliniksammanslagningar i mer glesbefolkade kommuner och län. Att bibehålla folktandvårdskliniker i glesbygd kan vara motiverat ur ett regionalpolitiskt perspektiv, men är inte alltid kostnadseffektivt. Målkonflikten mellan kostnadseffektivitet och befolkningens närhet

[131] TLV.2019. *Handbok till HSLF-FS 2019:9, TLV:s föreskrift om statligt tandvårdsstöd, version 11.*

till tandvård innebär, enligt vad utredningen erfar, en svår politisk avvägning i flera regioner. Tandvårdslagen anger att regionen ska planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård, men ger inte någon närmare vägledning eller stöd för hur sådan bedömning ska göras. Det finns inte något uttryckligt krav på att verksamheten ska vara kostnadseffektiv, men inte heller på att tandvården ska erbjudas nära befolkningen. Samtidigt är just frågan om hur tandvården kan organiseras för att erbjuda god tandvård till hela befolkningen, trots bristande personella resurser och en ökande vårdtyngd, helt central för regionerna. Utredningen anser därför att det är motiverat att tandvårdslagen innehåller vissa principer för den offentligt finansierade tandvårdsverksamhetens organisering.

I HSL finns sedan 2018 bestämmelsen att regionen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt.[132] När bestämmelsen infördes argumenterade regeringen för att det i lagstiftningen behövs en bestämmelse om att vården ska ges nära invånarna. Även i fortsättningen ska vården i första hand finnas fysiskt nära patienterna. I allt större utsträckning kommer dock vården framöver att distribueras via olika tekniska lösningar. Målsättningen med denna förändring är att åstadkomma en större flexibilitet, där patientens behov med större individuell utformning och anpassning kan mötas av vården. Vidare angav regeringen att huvudmännen ska kunna erbjuda samma service och en jämlik vård till alla medborgare, men att vården inte kan förväntas vara utformad på samma sätt överallt, beroende på exempelvis skiftande förutsättningar i glesbygd jämfört med storstad. Det finns tillfällen när vården av olika skäl inte kan finnas fysiskt nära alla i befolkningen utan behöver koncentreras geografiskt. Av kvalitets- eller effektivitetsskäl kan vården till exempel behöva koncentreras vid behov av högre specialisering runt en viss patientgrupp, diagnos eller åtgärd. Det kan också finnas till exempel budgetmässiga eller samhällsekonomiska skäl för en geografisk centralisering. Det finns en gräns för hur mycket vård som distribueras på ett visst sätt kan få kosta, jämfört med andra skattefinansierade behov.

Även om avsteg från huvudregeln om geografisk närhet i HSL i första hand tar sikte på behovet av att samla viss kompetens eller medicinsk utrustning vid till exempel regionsjukhusen, anser utred-

[132] 7 kap. 2 a § HSL.

ningen att regeringens samlade motivering till införandet av paragrafen i HSL, är relevant även för tandvården. Geografisk närhet är generellt viktigare för patienter som av olika skäl har svårare att resa. Det kan exempelvis gälla barn, äldre i särskilt boende, med omfattande hemtjänst eller personer med funktionsnedsättningar. För många patienter är dock tandvård sällan förekommande och planerad vård, för vilken det bör finnas en större acceptans för att resa längre. Om undersökning och behandling dessutom, som i exemplet Folktandvården Direkt i Norrbotten, kan koncentreras till ett tillfälle som patienten själv väljer tidpunkten för, torde acceptansen för att vården erbjuds på ett längre avstånd öka. Utredningen anser att förändringar i hur tandvården organiseras är nödvändiga för att på sikt klara uppdraget att erbjuda god tandvård. Budgetmässiga och samhällsekonomiska skäl talar för en geografisk centralisering i vissa fall. Mot den bakgrunden är det angeläget att tandvårdslagen anger vilka principer som bör vara vägledande för tandvårdens organisering. Utredningen föreslår att en bestämmelse motsvarande den i HSL införs även i tandvårdslagen. Lydelsen föreslås vara att 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.

7.4.3 Privata vårdgivare ska vid anmodan samverka med regionen i planeringen av tandvården

Bedömning: Regionens planeringsansvar för tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov förutsätter en fungerande samverkan mellan offentliga och privata vårdgivare.

Förslag: Privata vårdgivare ska, vid anmodan av den region inom vilken de verkar, samverka med regionen i dess planering och utveckling av tandvården.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen ska enligt direktiven lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan bli mer resurseffektivt. I tandvårdens arbete för ökad resurseffektivitet är regionernas övergripande planeringsansvar centralt. Enligt tandvårdslagen ska regionen planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av

tandvård. Regionen ska se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Planeringen ska avse även den tandvård som erbjuds av annan än regionen.[133] Regionen har vidare en skyldighet att samverka i planeringen och utvecklingen av tandvården.[134]

Tandvårdslagen ställer dock inga krav på de parter som regionen är skyldiga att samverka med. Skyldigheten att samverka är således inte ömsesidig. Utredningen har i tidigare avsnitt, bland annat i analysen av ersättningsmodellerna i tandvård för barn och unga vuxna, lyft vikten av en dialog mellan regionen och privata utförare inför större förändringar i villkor och förutsättningar för att bedriva tandvård i regionen. När regioner samverkar är det likaså av vikt att privata vårdgivare besvarar initiativet.

Det är utredningens uppfattning att en väl fungerande samverkan kan bidra till ett mer resurseffektivt tandvårdssystem där regionens sammantagna resurser tas tillvara och regionen kan anpassa sin egen verksamhet efter det totala behovet av tandvård. De privata vårdgivarnas förutsättningar och deras val att erbjuda tandvård till grupper som regionen har ett särskilt ansvar för, exempelvis barn och unga vuxna, har stor betydelse för regionen i planeringen av tandvården utifrån befolkningens behov.

Tandvårdsmarknaden består av ett stort antal privata vårdgivare som bedriver vård, även om marknaden i storstäderna skiljer sig från den som finns på landsbygd och i glesbygd. För tandvård inom statligt tandvårdsstöd för vuxna patienter uppgår de privatas marknadsandel till 58 procent, för de särskilda stöden är andelen 40 procent. Barntandvårdens andel är lägre, 14 procent. Det är därför väsentligt att regionerna i sin skyldighet att planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov får viss kunskap om den privata tandvård som bedrivs i nuläget och hur förhållandena för de privata verksamheterna ser ut på sikt.

Utredningens kartläggning har visat att samverkan i vissa regioner tillämpas och fungerar väl, medan det i andra regioner sker i mycket begränsad omfattning. För att regionen ska kunna bedöma om det finns tillräckliga resurser för tandvård till hela befolkningen behöver de privata vårdgivarna på begäran lämna relevant informa-

[133] 8 § tandvårdslagen.
[134] 9 § tandvårdslagen.

tion till regionen. Utredningen ser att regionerna behöver ett starkare stöd i lagstiftningen för att få till stånd en samverkan, där denna inte fungerar. Utredningen föreslår därför att en bestämmelse införs i tandvårdslagen om att privata vårdgivare, vid anmodan, ska samverka med en region där vårdgivaren valt att placera sin verksamhet. Samverkan avser endast frågor som rör regionens planering och utveckling av tandvården i regionen som hanteras genom regionens beställarfunktion eller motsvarande.

Samverkan kan utföras på olika sätt. Ett mindre omfattande skriftligt remissförfarande eller en skriftlig förfrågan i visst avseende bör kunna hanteras av såväl små som stora vårdgivare. I vissa fall kan samverkan behöva utvecklas genom direkt dialog i ett mötesforum, alternativt genom deltagande i en tillfällig eller permanent, arbetsgrupp med representanter från båda sidor. För att möjliggöra för mindre vårdgivare att samverka, om denne inte kan avsätta tid och resurser såsom att avboka patienter i kalendern för att infinna sig i regionens lokaler, fordras möjlighet till representantskap, vilket vanligtvis hanteras av Privattandläkarnas lokalavdelning. Privattandläkarnas branschorganisation företräder cirka 80 procent av de privata tandvårdsföretagen. Men det bör även finnas möjlighet för intresserade vårdgivare att delta utan mellanled. Det är utredningens bedömning att den administrativa bördan för privata vårdgivare när det gäller samverkan inte bör bli alltför betungande.

Det bör ligga i bägge parters intresse att samverkan vid behov genomförs. Genom en väl fungerande samverkan kan privata vårdgivare få information om kommande förändringar inom regionen eller förslag till förändringar inom regionfinansierade stöden och ges även en möjlighet att påverka. Det finns inga sanktioner knutna till samverkan.

Det bör understrykas att det lagreglerade ansvaret för samverkan åvilar regionen och inte folktandvården i egenskap av vårdgivare. Det är således regionen i egenskap av beställare med övergripande planeringsansvar för tandvård utifrån befolkningens behov som enligt förslaget ska kunna anmoda privata vårdgivare att samverka. Enligt gällande konkurrenslagstiftning får företag som är konkurrenter inte komma överens om priser, rabatter eller leveransvillkor till kunder. De får inte heller dela upp marknaden mellan sig, exempelvis genom att komma överens om att inte konkurrera inom varandras områden eller sälja till varandras kunder. Samverkan i planeringen av tandvården utifrån befolkningens behov får således inte innebära en upp-

delning av tandvårdsmarknaden mellan vissa offentliga och privata vårdgivare eller innebära överenskommelser som på andra sätt strider mot konkurrenslagstiftningen. Poängteras bör också att regionerna, genom att initiera en samverkan med privata vårdgivare i viss fråga, inte i något avseende ger regionerna en beslutanderätt över den tandvård som de privata vårdgivarna bedriver. Förslaget medför således inte en möjlighet att ställa kravet att en vårdgivare ska ta sig an viss tandvård.

7.4.4 Tandvård ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet

Förslag: Tandvårdslagen ska innehålla bestämmelser om att tandvården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Skälen för utredningens förslag: Som framgår av utredningens analys i detta kapitel anser utredningen att en viktig förutsättning för ett mer jämlikt tandvårdssystem är att den behandling som ges är likvärdig och håller god kvalitet.

I de författningar som reglerar den verksamhet som hälso- och sjukvårdshuvudmän och vårdgivare bedriver, har kvalitetskravet formulerats på delvis olika sätt. Det varierar också i vilken utsträckning begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet knyts till kvalitetskravet direkt i lagtexten. I patientlagen och i patientsäkerhetslagen återfinns begreppet som en integrerad del av kvalitetskriteriet. I tandvårdslagen däremot finns inte vetenskap och beprövad erfarenhet med som kvalitetsnorm. Patientsäkerhetslagen omfattar dock även tandvård. Därtill regleras i förordningen om statligt tandvårdsstöd att tandvårdsbehandling inom statligt tandvårdsstöd som medfört en risk för vårdskada och som uppenbart är i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet inte är ersättningsberättigande. Bestämmelsen möjliggör för Försäkringskassan att ställa återbetalningskrav på utbetalt tandvårdsstöd till vårdgivaren.

Att patientlagen för övrig hälso- och sjukvård ställer kravet på att patienten ska få en hälso- och sjukvård av god kvalitet och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och att patientsäkerhetslagen ställer kravet att hälso- och sjukvårdspersonal

ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, kan i juridisk mening ses som en dubbelreglering. Regeringen gjorde i samband med utformningen av patientlagen bedömningen att föreskrifter om vilken kvalitet vården ska ha har ett starkt signalvärde och att det inte finns någon risk för att bestämmelserna ska tolkas olika i exempelvis ett tillsynssammanhang.[135] Vid framtagandet av tandvårdslagen lyftes i förarbetena kravet att all tandvårdsverksamhet ska ha sådana resurser att vården kan bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, även om kravet inte blev en del av själva författningstexten.[136]

Begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet har inte närmare definierats i lagarna och inte heller i propositionerna som låg till grund för riksdagens beslut om de lagar som nämns ovan. I tillämpningen används kriterierna vetenskap respektive beprövad erfarenhet ofta som alternativ. Det gäller exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer. Om det finns tillräcklig vetenskaplig evidens så väger det tyngre än beprövad erfarenhet. Dock, om det vetenskapliga underlaget brister eller delvis saknas, vägs i stället beprövad erfarenhet in. Vetenskapliga teorier och prekliniska studier är viktiga för att bedöma om en metod är rimlig, men när det handlar om direkt tillämpning i klinisk verksamhet ställs ofta krav på empiriska studier. Kravet på att vården ska bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet innebär bland annat att personalen är skyldig att känna till och iaktta de föreskrifter och allmänna råd som Socialstyrelsen meddelar angående vården. Personalen måste också följa utvecklingen inom sina respektive områden, så att de vid varje tillfälle kan ge den vård som är motiverad med hänsyn till vetenskap och beprövad erfarenhet.

En situation som kan uppstå inom såväl tandvård som övrig hälso- och sjukvård är att en behandlare vill tillämpa en oprövad metod som en sista åtgärd när övriga behandlingsalternativ är uttömda. Detta kan bli aktuellt om ingen beprövad metod finns som bedöms fördelaktigare, om patienten lämnat sitt samtycke och om metoden så långt som möjligt är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Utredningen har mot den bakgrunden övervägt om en tydligare reglering av kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet enligt utredningens förslag skulle kunna hindra

[135] Prop. 2013/14:106 *Patientlag*.
[136] Prop. 1984/85:79 *med förslag till tandvårdslag m.m.*

eller försvåra behandling i sådana situationer. Dock är det utredningens bedömning att detta hinder i sådana fall föreligger redan i dag, genom patientsäkerhetslagens krav avseende vetenskap och beprövad erfarenhet. Utredningens förslag innebär således inte någon förändring i detta avseende.

Utredningen kan konstatera att de krav som ställs på övrig hälso- och sjukvård avseende överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet endast delvis omfattar tandvården. För att skapa bästa möjliga förutsättningar för en kunskapsbaserad tandvård av god kvalitet, är överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet en viktig styrande princip som tydligare än i dag bör uttryckas i tandvårdslagstiftningen. Som påpekats tidigare graderar tandläkare och tandhygienister vetenskap och beprövad erfarenhet högre än de som jobbar i övrig hälso- och sjukvård. Tandläkare uttrycker större tillfredsställelse med att vetenskap och beprövad erfarenhet används som ett kvalitetskrav än övriga yrkesgrupper.[137] Utredningen föreslår mot denna bakgrund att det i tandvårdslagen förs in en bestämmelse om att tandvården ska bedrivas i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, genom att genom att tandvårdslagens definition av en god tandvård[138] även omfattar detta krav. Utredningen bedömer inte att införandet av bestämmelsen i tandvårdslagen medför någon svårighet ur ett tillämpningsperspektiv eftersom förslaget, i likhet med patientlagens dubbelreglering, inte medför någon risk för att bestämmelserna i patientsäkerhetslagen och tandvårdslagen ska tolkas på olika sätt. Det påverkar inte heller den tillsyn som görs av tandvården. Att i stället hänvisa till patientsäkerhetslagens bestämmelse ger inte samma tydlighet. Bestämmelsen är av sådan grundläggande betydelse för såväl patient som vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal att regleringen därför bör kunna återfinnas i mer än en lag. Genom att lyfta begreppet i tandvårdslagen läggs ansvaret för dessa grundläggande aspekter för en god tandvård på såväl huvudman som vårdgivare och behandlare vilket kan ha betydelse om vårdgivare och huvudman är olika aktörer. Även en huvudman som tar fram vårdriktlinjer har härigenom att beakta att den behandling som lyfts, och som därefter utförs av andra vårdgivare, har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Ut-

[137] *Tandläkartidningen nr 7 2020*. Så uppfattar tandläkare beprövad erfarenhet – några resultat från en enkätstudie.
[138] 3 § tandvårdslagen.

redningen vill dock betona att definitionen av en god tandvård i tandvårdslagen inte är en uttömmande beskrivning utan lyfter ett antal aspekter som är särskilt viktiga. Exempelvis återfinns bestämmelser om patientsäkerhet i patientsäkerhetslagen (2010:659).

7.4.5 Tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras

Bedömning: Tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras, dels för att möjliggöra samverkan med hälso- och sjukvården i ett gemensamt utvecklingsarbete, dels för att utveckla för tandvården specifika områden. Exempel på områden där det enligt utredningen kan finnas behov av att stimulera särskilda utvecklingsinsatser är

- främjande av digitalisering av vård och behandling, administration och information till patienter,
- utvecklande av hälsofrämjande och förebyggande insatser utanför klinikerna för att nå grupper som inte besöker tandvården,
- stöd till organisering, kapacitets- och produktionsplanering för effektivare användning av ekonomiska och personella resurser,
- främja samverkan mellan tandvård, hälso- och sjukvård och omsorg.

Bedömning: Det av regionerna inrättade nationella programområdet för tandvård (NPO tandvård) bör 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.

Skälen för utredningens bedömning: För att uppnå målsättningen om ett mer jämlikt tandvårdssystem behöver de förändrade förutsättningar som bland annat ökad urbanisering och demografiska förändringar innebär, mötas med nya arbetssätt och nya sätt att organisera tandvården, såväl på klinik- som på strukturnivå. Tandvården är en

del av hälso- och sjukvården. På hälso- och sjukvårdens område pågår ett omfattande förändrings- och utvecklingsarbete, bland annat med fokus på god och nära vård, ökad kunskapsstyrning och förutsättningar för vårdens medarbetare. Regionerna bedriver på eget initiativ och med egna resurser ett omfattande utvecklingsarbete. SKR och regeringen har också ingått överenskommelser inom områden som båda parter har identifierat som särskilt viktiga för den fortsatta utvecklingen. Det handlar exempelvis om att främja digitalisering av vård och behandling, administration och information till patienter och stöd till organisering, kapacitets- och produktionsplanering för effektivare användning av personella resurser.

Utredningen kan konstatera att de flesta av de utmaningar som parterna identifierat för hälso- och sjukvården även gäller tandvården. Tandvården har dock inte, med undantag för en överenskommelse om barnhälsovård, involverats i förändrings- och utvecklingsarbetet eller fått del av de stimulansmedel som tillförts. Utredningen anser att det inför överenskommelser, utredningsdirektiv eller andra initiativ regelmässigt ska prövas om det är motiverat att involvera tandvården i arbetet. Fördelarna med att uttryckligen inkludera tandvården i vissa av överenskommelserna är dels att det tillförs resurser till tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete, dels att gemensamma projekt och insatser främjar samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården. Ett exempel är överenskommelsen om standardiserade vårdförlopp som bland annat omfattar sjukdomsområden som hjärtsvikt, stroke och demenssjukdomar – diagnoser där sambandet med munhälsa är tydligt eller där förutsättningarna att bibehålla god munhälsa påverkas av sjukdomen. I arbetet med standardiserade vårdförlopp är strukturen för kunskapsstyrning genom programområden (NPO) central och underlättar samverkan eftersom det inrättats ett programområde för tandvård som har en kontinuerlig dialog med andra programområden. Exempel på områden där det enligt utredningen kan finnas behov av att stimulera särskilda utvecklingsinsatser är:

– Främjande av digitalisering av vård och behandling, administration och information till patienter.
– Utvecklande av hälsofrämjande och förebyggande insatser utanför klinikerna för att nå grupper som inte besöker tandvården.

– Att ge stöd till organisering, kapacitets- och produktionsplanering för effektivare användning av personella resurser.
– Att främja samverkan mellan tandvård, hälso- och sjukvård och omsorg.

För att närmare fastställa hur tandvårdens utvecklings- och förändringsbehov ser ut behöver en behovsinventering göras. Denna bör omfatta frågor om vilka aktörer som bör medverka i olika delar, hur samverkan med övrig hälso- och sjukvård kan utvecklas samt om det är motiverat med särskilda statliga utvecklingsmedel för tandvården. Det är viktigt att ett utvecklingsarbete inte bidrar till att ytterligare cementera uppdelningen mellan hälso- och sjukvården och tandvården i två separata system.

Utredningen bedömer att regionerna gemensamt har goda förutsättningar att initiera en sådan behovsinventering inom ramen för regionernas struktur för kunskapsstyrning. Det nationella programområdet för tandvård har genom sin sammansättning goda förutsättningar att även involvera privata vårdgivare samt säkerställa en god dialog med regeringen (Socialdepartementet) samt berörda statliga myndigheter. Utredningen bedömning är därför att det av regionerna inrättade nationella programområdet för tandvård (NPO tandvård) bör 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. Det är angeläget att privata vårdgivare erbjuds en möjlighet att delta i ett eventuellt utvecklingsarbete.

När det gäller frågan om nivån på eventuella utvecklingsmedel till tandvården anser utredningen att en översiktlig jämförelse med hälso- och sjukvården kan ge viss vägledning. Regionernas, statens och kommunernas sammanlagda utgifter för hälso- och sjukvård exklusive tandvård uppgick år 2017 till cirka 411 miljarder kronor. Samma år var statens, regionernas och kommunernas utgifter för tandvård drygt 11 miljarder kronor.[139] Tillskottet till hälso- och sjukvården i form av riktade statsbidrag har under senare år ökat markant. Överenskommelserna för år 2020 summerar till över 10 miljarder i direkta

[139] SCB. *Hälsoräkenskaperna.*

stimulansmedel till regioner och kommuner inom olika områden.[140] Om tandvården skulle tillföras utvecklingsmedel på motsvarande nivå i relation till sin andel av de båda sektorernas utgifter, skulle det motsvara cirka 260 miljoner kronor per år. Detta bör enligt utredningen vara ett riktmärke för tandvårdens del av befintliga överenskommelser på hälso- och sjukvårdens område i kombination med eventuella särskilda utvecklingsmedel.

7.4.6 Vårdgivarens ansvar för information till patienten tydliggörs

Förslag: Vårdgivarens ansvar för att ge patienten information om behandling och egenvård tydliggörs.

Nuvarande krav på information om tandhälsotillstånd och de behandlingsmetoder som finns att tillgå förtydligas. Med information om tandhälsotillstånd avses att vårdgivaren såväl ska förklara aktuell status och de eventuella sjukdomar eller tillstånd som finns i munnen som att förklara de metoder för att förebygga sjukdom eller skada som patienten behöver utföra i sin egenvård. Här inryms även att ge information om hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning Att ge information om behandlingsmetoder tydliggörs genom att vårdgivaren ska ge patienten information om för denne möjliga metoder för undersökning, vård och behandling, om tidpunkt för detta, förväntat vård- och behandlingsförlopp, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar samt eventuellt behov av eftervård. Därutöver införs krav på att vårdgivaren ska ge patienten information om vilket offentligt tandvårdsstöd som kan lämnas till patienten och i stort hur stödet fungerar samt vilka garantier som vårdgivaren lämnar för sina behandlingar.

Förtydliganden tillförs om att informationen ska anpassas till mottagarens individuella förutsättningar samt att den som lämnar information ska, så långt som möjligt, försäkra sig om att mottagaren förstått innehållet. Om information inte kan lämnas till en patient, ska den i stället såvitt möjligt lämnas till en närstående. Vårdnadshavarens rätt till information när patienten är ett barn utökas.

Ändring införs i patientsäkerhetslagen för att tydliggöra vad som gäller avseende information till tandvårdspatient.

[140] www.skr.se. *Överenskommelser mellan SKR och regeringen inom vård och omsorg*, publicerad 11 juni 2020. Uttag 2020-12-15.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har uppdraget att överväga åtgärder för att tandvårdssystemet ska uppfattas som mer förutsägbart. I avsnitt 7.1.8 lyfter utredningen patientens svårigheter att sätta sig in i såväl tandvårdens innehåll som vilket eller vilka tandvårdsstöd som patienten kan ha möjlighet att ta del av.

När patienten sitter i behandlarens stol är det naturligt att diskutera tandhälsostatus, förekomst av orala sjukdomar, eventuella behov av behandling och vilka alternativ till behandling som i så fall kan komma i fråga. Det är även väsentligt att vårdgivaren informerar patienten om vilken egenvård som patienten behöver utföra för att bevara, eller förbättra, sin tandhälsa.

Tandvårdslagen gäller för i princip all tandvård, oavsett inom vilket tandvårdsstöd som vården utförs samt även för sådan tandvård som bekostas helt av patienten utanför tandvårdsstöden. Tandvårdslagen anger i dag att vård och behandling så långt som möjligt ska utföras och genomföras i samråd med patienten (3 a §). Patienten ska få information om;

– sitt tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som det finns att välja bland (3 b §).
– kostnader för åtgärd eller kostnadsuppskattning av en sammantagen behandling (4 § 2 stycket).
– uppgifter om de material som använts i utförd protetik eller annan permanent behandling som ersatt förlorad tandsubstans, om patienten begär detta (4 § tredje stycket).

Den första informationspunkten ovan stämmer i stort överens med kravet i den äldre hälso- och sjukvårdslagen och har därefter inte utvecklats innehållsmässigt, undantaget ett tillägg rörande vårdnadshavares rätt till motsvarande information om dennes barn. Informationsplikten får anses vara relativt allmänt formulerad. I syftet att stärka patientens ställning i hälso- och sjukvården infördes år 2015 ytterligare krav om vilken information en patient inom hälso- och sjukvården ska få i syfte att utvidga och förtydliga informationsplikten.[141] Denna reglering omfattar inte tandvård.

Utredningen anser att ett förtydligande kring informationsinnehåll även är till nytta för patienter inom tandvården. Informations-

[141] 3 kap. 1 § patientlagen.

pliktens omfattning och innehåll behöver förtydligas. Utredningen föreslår därför att 3 b § tandvårdslagen, som reglerar information om tandhälsotillstånd och behandlingsmetoder, tillförs förtydliganden om att vårdgivaren även ska ge information om hjälpmedel för personer med funktionsnedsättning, tidpunkt för förväntad undersökning, vård och behandling, förväntat vård- och behandlingsförlopp, väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, behov av eftervård samt metoder för att förebygga sjukdom eller skada. Dessa tillägg som föreslås kan i mångt anses förtydliga det ansvar som får anses gälla redan i dag. Det finns ett stort signalvärde av att lagstiftaren tydliggör vårdgivarens informationsansvar. Detta gäller oavsett det faktum att många vårdgivare redan i dag ger denna information. Tandvården är en del av hälso- och sjukvården och patientens ställning behöver stärkas även i behandlingsstolen. Detta visar inte minst den rapport som presenteras av IVO och regionernas patientnämnder där informations- och delaktighetsbrister återkommande kan vara att beslut rörande patienten fattas utan patientens involvering, information ges på olämpligt eller otydligt sätt, närstående och föräldrar känner sig nonchalerade och att patienter inte får vara med och påverka den vård som ges.[142]

Det är behandlaren som i det aktuella fallet bäst kan förklara för patienten vad denne sett vid undersökningen, hur det bäst behandlas och vilka alternativa behandlingsmetoder som finns, hur behandlingen går till, vad som kan inträffa och hur patienten kan förebygga att det tillståndet inträffar på nytt. Att få patienten att förstå orsakssammanbandet mellan en oral sjukdom och det patienten behöver göra för att motverka vidare sjukdomsutveckling är väsentligt och kan inte nog poängteras. Informationen som ges ska vara en allsidig korrekt belysning, begriplig för patienten, samt ges i rätt tid så att patienten kan ta ställning till om behandling ska ske och i så fall på vilket sätt. Det ska även finnas möjlighet för patienten att ställa frågor kring diagnostiserad sjukdom, sitt tillstånd eller annat hänfört till fortsatt behandling. Utan informationen får patienten svårt att utöva sitt självbestämmande[143] och välja den behandlingsmetod som passar patienten bäst, givet de förutsättningar patienten har. Finns det

[142] IVO. 2019. *Rapport: Patienternas berättelser 2018 – Analys av patienters och närståendes berättelser gällande delaktighet och information.*
[143] 3 § 4 punkten tandvårdslagen.

skäl för behandlaren att avråda får en viss behandling, givet patientens tandhälsa eller annat skäl, är även detta viktigt att det lyfts.

Kravet på att redovisa alla relevanta behandlingsalternativ för patienten är något som redan i dag regleras i tandvårdslagen. Dock är det utredningens bedömning att detta inte efterlevs. Risk finns att behandlaren endast belyser den behandlingsmetod som denne föredrar att utföra, som tar minst tid, eller ger bäst intäkt. Det är inte alltid den behandling som på sikt är bäst för patienten. I det enskilda fallet kan ett behandlingsalternativ även vara att avvakta ytterligare behandling.

Förtydligandet kring informationsinnehåll är inte avsett att vara uttömmande förtecknat. Finns det annan information som patienten behöver ska även denna ges. Samtidigt är det givetvis inte meningen att behandlaren ska informera alla patienter om samtliga punkter i den föreslagna regleringen, utan informationen ska vara anpassad till varje patients förutsättningar och behov.

Patientsäkerhetslagen (2010:659) innehöll tidigare en reglering om hälso- och sjukvårdens ansvar att ge information till patienten och dennes närstående. I och med patientlagens införande ändrades regleringen i sak genom att i stället endast hänvisa till patientlagens regler om informationsskyldighet. Patientsäkerhetslagen gäller avseende tandvård, men detta är dock inte fallet vad gäller patientlagen, vilket leder till otydlig rättstillämpning avseende tandvårdspatienter. Utredningen föreslår därför att patientsäkerhetslagen förtydligas genom att komplettera med en hänvisning till tandvårdslagens reglering.

Information om offentliga tandvårdsstöd och om garantier

Det är ofrånkomligt att regelverk och anvisningar till tandvård för barn och unga vuxna, statligt tandvårdsstöd samt särskilt tandvårdsstöd i regionernas regi är komplicerade att sätta sig in i som patient. Detaljeringsgraden är nödvändig och bland annat föranledd av att offentliga medel helt eller delvis finansierar behandlingen. Regelverken är till stor del uppbyggda med krav på kunskap om odontologiska begrepp, vilket patienten sällan har. Det har dock inte varit lagstiftarens tanke att patienten själv fullt ut ska förstå regelverken. Det är behandlarens uppgift att vara insatt i hur de olika stöden fungerar och vilket tandvårdsstöd som patienten kan komma att ta

del av. Samtidigt bör understrykas att kunskapen om det statliga tandvårdsstödets och de regionala stödens regelverk varierar mellan behandlare. Till utredningen har framförts att specialister ofta kan mindre om stöden än behandlare i allmäntandvården, vilket kan försvåra uppfyllandet av informationsplikten. Vid ovanliga tillämpningar av olika tandvårdsstöd kan det vara svårt att hävda att alla behandlare ska besitta nödvändig kunskap.

Att vuxna personer i dag, tio år efter att det nya tandvårdsstödet för vuxna infördes, i endast begränsad utsträckning känner till att det finns ett statligt högkostnadsskydd och hur detta fungerar ser utredningen som en signal att informationen till patienterna inte fungerar tillfredställande. Utredningen ser det som angeläget att behandlaren tar på sig ett ansvar att informera patienten om tandvårdssystemet och föreslår därför att tandvårdslagen tillförs ett krav att vårdgivaren ska ge patienten information om vilket, eller vilka, tandvårdsstöd som patienten kan få ta del av eller få tillhörighet till och enkelt informera om hur stödet är konstruerat. Detta i likhet med hur andra yrkesgrupper guidar konsumenten i för dem relaterad lagstiftning, exempelvis byggnadsentreprenören i byggregler, eller bolånegivaren i regler om amorteringskrav. Vanligt förekommande behandlingar inom statligt tandvårdsstöd innebär sällan problem för vårdgivaren att förklara för patienten om de är ersättningsberättigande eller inte, hur karenstrappan är konstruerad etcetera. Är det något mer ovanligt som ska utföras kan vårdgivaren behöva återkomma till patienten efter att ha behandlingsplanerat och kontrollerat mot regelverket.

En vuxen patient som inte kan anses berättigad till särskilt stöd kan behöva information om hur skyddet mot höga kostnader inom det statliga tandvårdsstödet är uppbyggt och fungerar. Förslaget om införande av tandhälsoplan kan även behöva förklaras för patienten, vilken tandvård som ges till patientavgift och vilken tandvård som ges inom skyddet för höga kostnader.

Det kan även röra sig om att ge information om att tandvård som patienten behöver inom tandvård för barn och unga vuxna ges utan kostnad för patienten.[144] Detta kan tyckas vara allmän kunskap efter många år med fri tandvård för gruppen. Utredningen har dock erfarit

[144] 15 a § tandvårdslagen: Landstinget får ta ut avgift vid uteblivanden samt om patienten på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

att unga patienter vars vårdnadshavare har utländsk härkomst uteblir från besök i större utsträckning. När unga patienter med odontologiska behov uteblir kan ett skäl därtill kan vara en oro från vårdnadshavaren för att barnets tandvård ska bli kostsam. Det är därför väsentligt att i samband med kallelsen informera om att tandvården ges utan kostnad för patienten. Det är även viktigt att informera om vikten av att utföra förebyggande tandvård. För patienter inom tandvård för barn och unga vuxna kan det även av vikt att förklara vilken tandvård om omfattas och vilken behandling som patienten får betala för, se vidare avsnitt 7.2.4.

Information kan även behöva lämnas till en vuxen patient vars somatiska sjukdom försämrats och påverkar motoriken för att utföra den egna munhygienen. Det kan också handla om en patient som återkommer med tandskador efter epileptiska anfall. Att i dessa fall som behandlare kontrollera om sjukdomen kan ge tillhörighet därtill och därefter informera patienten om att det kan finnas en möjlighet till särskilt stöd, och vad detta i så fall skulle innebära, bör vara det normala förfarandet. Utredningens bild är dock att behandling, exempelvis av tandskador, orsakade av ett epileptiskt anfall, görs utan att varken behandlaren eller patienten är medveten om att det finns ett särskilt tandvårdsstöd för detta. Bristande kunskap hos såväl patienterna som behandlarna gör att relevant information inte lämnas. Utredningen ser sammanfattningsvis förslaget om att införa ett informationskrav om offentliga tandvårdsstöd som väsentligt. Ett krav om att informera om tandvårdsstödet har tidigare inte funnits i lagstiftningen och är på så vis en utökning av kraven på tandvården. Samtidigt är detta något som flertalet vårdgivare redan informerar sina patienter om. Signalvärdet att detta blir ett krav kan dock inte underskattas.

Många vårdgivare har redan i dag en kunskap om tandvårdsstödet i sin helhet. För andra vårdgivare, som aktivt valt att endast hantera exempelvis det statliga tandvårdsstödet, innebär förslaget att vårdgivaren behöver sätta sig in i ytterligare regelverk. Reglerna kring det särskilda tandvårdsstödet är delvis gemensam lagstiftning, delvis regionala riktlinjer per region. Till viss del kan regionerna behöva vara behjälpliga med en informationsinsats inför ikraftträdandet.

Vilka garantier som vårdgivaren lämnar för behandlingar såsom installation av implantat, broar eller tandkronor varierar. Det finns även vårdgivare som lämnar garantier på annan behandling såsom fyll-

ning. Det är utredningens uppfattning att dagens krav i förordningen om statligt tandvårdsstöd om att i prislistan ange vilka garantier som lämnas är otillräckligt. Det är viktigt att vårdgivaren vid diskussion om olika behandlingsalternativ även informerar om vilka garantier som patienten kan komma i åtnjutande av samt vad som gäller när en konstruktion går sönder inom tandvård för barn och unga vuxna eller inom särskilt stöd. Ett sådant utökat ansvar att informera om garantivillkor kan bidra till att tandvårdssystemet blir mer förutsägbart för patienterna, vilket är i linje med utredningens uppdrag.

Information om patientens kostnad och om dentalt material

Eftersom patienten betalar en andel, alternativt hela kostnaden, för tandvård är det av stor vikt att patientens kostnad klargörs tidigt. Redan innan undersökningen eller behandlingen ska vårdgivaren upplysa patienten om kostnaden för åtgärden. Ska en följd av behandlingar utföras ska patienten få information om de beräknade sammanlagda kostnaderna. Ändras kostnadsberäkningen eller förutsättningarna för behandlingsförslaget ska patienten upplysas om detta och om anledningen därtill. Detta framgår av tandvårdslagen[145] och gäller således för i princip all tandvård, oavsett tandvårdsstöd samt om tandvården utförs utanför tandvårdsstödet.

För tandvård inom statligt tandvårdsstöd finns även ytterligare krav avseende information; bland annat prislistor, eventuella garantier, skriftligt kostnadsförslag om vård vid mer än ett tillfälle, kvitto, en kopia av det underlag som det tandtekniska laboratoriet lämnat över kostnaderna för det tandtekniska arbetet.

Material som tandläkaren använder för att laga eller ersätta tänder och som stannar kvar i munnen efter slutförd behandling kallas dentalt material. Det kan till exempel vara en kompositfyllning, en porslinstand eller en implantatstödd bro. Om patienten begär det är vårdgivaren skyldig att lämna ut ett intyg med uppgifter om vilka material som använts vid behandlingen som permanent ersatt förlorad vävnad. Detta krav framgår av tandvårdslagen[146] och gäller följaktligen för i princip all tandvård. Vad gäller statligt tandvårdsstöd finns även ett krav på att till kvittot foga en kopia av det underlag

[145] 4 § andra stycket.
[146] 4 § tredje stycket.

som det tandtekniska laboratoriet lämnat över kostnaderna för det tandtekniska arbetet.[147]

Kraven på informationen om kostnad och dentalt material i tandvårdslagen låg initialt i rak följd i tandvårdslagen efter kravet på information om tandhälsotillstånd och om behandlingsmetoder. Därefter har andra regler tillkommit som förskjutit sammanhanget och information om patientkostnad och material har hamnat som bisats till en införd regel att vårdgivaren får ta ut ersättning som är skälig för undersökning och behandling. Paragrafen innehåller således två olika sakfrågor. Utredningen föreslår därför att stycken om informationsansvar flyttas till en sammanhållen informationsparagraf för ökad tydlighet och förutsägbarhet kring vilken information som ska förmedlas till patienten.

Informationen behöver anpassas till mottagaren

Att vårdgivaren lämnar information till patienten innebär inte med automatik att mottagaren är fullt införstådd med innebörden av den information som lämnats. För övrig hälso- och sjukvård finns i patientlagen regler om hur information ska lämnas. Information ska anpassas till mottagarens individuella förutsättningar såsom ålder, mognad, tidigare erfarenhet av tandvård och språklig bakgrund. Det är även viktigt att den som lämnar information så långt som möjligt försäkrar sig om att mottagaren förstått informationens innehåll och betydelse. Om mottagaren önskar, eller om det med hänsyn till mottagarens individuella förutsättningar behövs, ska informationen lämnas skriftligen. Utredningen anser att det är av vikt att denna reglering även återfinns avseende tandvårdspatienter i tandvårdslagen. Att patienten blir välinformerad har betydelse för dennes förutsättningar att vara delaktig i sin vård och behandling, kunna fatta välgrundade beslut om olika behandlingsalternativ och lämna ett reellt samtycke.

Vårdnadshavares och närståendes möjlighet till information

I dag har vårdnadshavaren, när patienten är ett barn, enligt tandvårdslagen en rätt att få information om patientens tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som kan erbjudas. Informa-

[147] 11 § 2 stycket förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

tionen får inte lämnas om sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta. Utredningen föreslår att bestämmelsen kompletteras med att vårdnadshavaren till ett barn ska ges möjlighet att få information om behandlingskostnad och använda dentala material enligt ovan. Även om tandvård för barn och unga vuxna lämnas utan avgifter kan det uppstå en kostnad om den unge patienten på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Det är i detta fall väsentligt att kostnaden för behandlingen tydligt redovisas för vårdnadshavaren innan behandlingen påbörjas. Även yngre patienter kan i vissa fall behöva få olika former av protetik, såsom kronor, implantat eller broar. Vårdgivaren ska i dessa fall på begäran av vårdnadshavaren ge ett intyg med uppgifter om vilka material som används för att permanent ersätta förlorad vävnad.

Det finns inga bestämmelser i tandvårdslagen kring närståendes möjlighet till information. Enligt patientsäkerhetslagen har vårdgivaren en skyldighet att lämna information om en patient drabbats av en vårdskada och patienten begär att informationen ska lämnas till närstående, eller om patienten inte själv kan ta del av informationen. Undantaget är situationer när sekretess eller tystnadsplikt hindrar detta. Vad gäller närståendes rätt till information i övrigt hänvisas till patientlagen, en lagstiftning ej tillämplig för tandvård.[148]

Utredningen föreslår att närstående ska ges möjlighet att, såvitt möjligt, få information om en patient i det fall informationen inte kan lämnas till patienten. Bestämmelsen avser endast fall när informationen inte kan lämnas till patienten. Även i fall där patienten är i stånd att ta emot information kan det dock finnas tillfällen när det är lämpligt att närstående informeras om exempelvis patientens hälsotillstånd. En sekretessprövning ska alltid utföras innan informationen lämnas ut. Undantaget från informationsplikten blir tillämpligt exempelvis om patienten saknar närstående eller om den eller de närstående inte kan nås inom rimlig tid. För bedömning om vem som kan ses som närstående hänvisas till patientlagens förarbeten där följande skrivning finns: ” Vem som är närstående får avgöras från fall till fall. Med närstående avses i första hand familjen och andra anhöriga, men även andra, som t.ex. mycket nära vänner, kan i det enskilda fallet vara att anse som närstående (jfr prop. 1996/97:60 s. 44)”.

[148] 3 kap. 8, 8 c §§, 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

7.4.7 Behandlarens tillvägagångssätt vid tillämpning av det statliga tandvårdsstödet tydliggörs

Förslag: Det tillvägagångssätt som vårdgivaren har för att patienten ska få tandvårdsstöd för sin behandling tydliggörs.

Skälen för utredningens förslag: I propositionen 2007/08:49 om statligt tandvårdsstöd poängteras att det inte är tandvårdsåtgärderna som är ersättningsberättigande per se. Det krävs att vårdgivaren ställer en diagnos, eller identifierar en situation som enligt regelverket motiverar att en behandling utförs. Ersättningsberättigande tandvård ska vara sådana behandlingar som utförs med en diagnos, eller en adekvat riskbedömning och en behandlingsplan, som grund.[149] Uppgift om ställd diagnos ska därtill alltid dokumenteras i patientjournalen. Förfarandet innebär ingen större förändring till hur tandvården bedrivits tidigare eftersom en diagnos alltid ska ställas innan en behandling utförs. Att ersättning inte lämnas utifrån tandvårdsåtgärd var dock en nyhet i 2008 års tandvårdsstöd, tidigare stöd har utgått från en åtgärdslista.

Behandlaren identifierar exempelvis ett kariesangrepp och dokumenterar diagnosen, samt anger i tandvårdsstödet ett tillstånd för karies. Därefter kan behandlaren dels tillämpa åtgärder för att söka förklaringar till varför karies uppkommit genom kostanamnes och genomgång av patientens egenvård samt vid behov initiera en beteendemedicinsk behandling för att på sikt minska risken för sjukdom. Dels tillämpa åtgärder för att behandla tanden lokalt med lagning. Från denna huvudregel om diagnos finns dock undantaget revisionsundersökning. Undersökningen utförs i detta fall på den grund att det enligt bestämt revisionsintervall är dags för en ny kontroll. Undersökningen i sin tur kan dock leda till att behandlaren finner skäl att diagnosticera en oral åkomma, eller finner andra behandlingsbehov av olika tillstånd.

Tillvägagångsättet där behandlaren ställer en diagnos, fastställer vilket tillstånd inom det statliga tandvårdsstödet som diagnosen omfattar och där tillståndet i sin tur anger vilka behandlingar som är ersättningsberättigande att utföra framgår inte i lagstiftningen. Utredningen ser att det finns flera skäl att tydliggöra detta i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. För det första underlättas behandlarens förståelse för hur regelverket ska tillämpas och säker-

[149] Prop. 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd.*

ställer att vårdgivaren, och indirekt patienten, får kunskap om de olika behandlingsalternativ som finns inom stödet vid ett visst tillstånd. Ett annat skäl är att säkerställa att det tillstånd som väljs samstämmer med den diagnos som ställts avseende patienten.

Flertalet av dagens digitala journalsystem som återfinns på tandvårdsmarknaden är framtagna enligt tidigare tillvägagångssätt där behandlaren väljer vilken behandling som utförs, därefter framkommer i vilka tillstånd som behandlingen är ersättningsberättigande. Journalsystemen utvecklas efter kundernas, vårdgivarnas, önskemål. Genom att i lagen befästa det tillvägagångsätt som tandvårdssystemet är uppbyggt efter, poängterar vikten av att tillämpa systemet i en korrekt ordning.

7.4.8 Regionen och inte folktandvården ska ansvara för tandvård för barn och unga vuxna samt specialisttandvård för vuxna

Förslag: Det är regionen och inte folktandvården som ska svara för fullständig tandvård till barn och unga vuxna och specialisttandvård för vuxna.

Skälen för utredningens förslag: När tandvårdslagen infördes ansågs det viktigt att regionerna själva skulle bedriva viss del av tandvården. Detta hade sannolikt delvis historiska förklaringar. Folktandvårdens stora betydelse för den successivt förbättrade tandhälsan bland barn under mitten av 1900-talet gjorde att det bedömdes viktigt att säkerställa en fortsatt folktandvårdsverksamhet för barn och ungdomar. Av lagstiftningen framgår därför att folktandvården ska svara för fullständig tandvård till barn och unga vuxna och specialisttandvård för vuxna. Folktandvården ska även svara för övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstinget anser vara lämplig. Ansvaret för regionens tandvård har därefter förtydligats under början av nittiotalet i samband med ett politiskt beslut att öka inslagen av konkurrens inom kommunal verksamhet för en ökad effektivitet. Folktandvården behöver inte utföra den angivna tandvården i egen regi utan den kan utföras av andra vårdgivare. Dock ska det grundläggande ansvaret att fastställa kvantitativa och kvalitativa mål för verksamheten samt följa upp denna i förhållande till de mål och krav som anges i tandvårdslagen ligga kvar hos regionerna.

Såväl tandvård till barn och unga vuxna som specialisttandvård bedrivs i dag även av andra vårdgivare än folktandvården. Vad gäller specialisttandvård är det relativt vanligt att regionen knyter till sig privata vårdgivare som utför specialisttandvården vid behov. Utredningen har också tidigare i detta kapitel uttryckt sin uppfattning att en jämnare fördelning mellan offentliga och privata utförare när det gäller tandvårdsmarknadens olika delar är önskvärt. Detta kan bidra till ökad resurseffektivitet och till en mer varierad patientsammansättning för, framför allt, folktandvården.

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. Utredningen föreslår därför att tandvårdslagen ändras så att det är regionen och inte folktandvården som ska ansvara för fullständig tandvård till barn och unga vuxna och specialisttandvård för vuxna.

7.4.9 Avgifter vid uteblivande samt ersättning för tandvård som inte är regionens ansvar

Förslag: Grunder för avgifter om barn och unga uteblir från tandvårdsbesök inom tandvård till barn och unga vuxna ska beslutas av regionfullmäktige.

Förslag: När tandvård till barn och unga utförs av regionen på begäran och denna inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat, ska ersättningen från patienten fastställas enligt grunder som regionfullmäktige bestämmer.

Skälen för utredningens förslag: I tandvårdslagen regleras i dag folktandvårdens ansvar för tandvård till barn och unga, för specialisttandvård samt för övrig tandvård till vuxna i den omfattning som regionen bedömer lämplig.[150] I tandvårdslagen regleras även att den

[150] 7 § tandvårdslagen (1985:125).

tandvård som omfattas av tandvård till barn och unga vuxna ska vara avgiftsfri för patienten. Uppkommer kostnader med anledning av att patienten uteblivit från avtalat tandvårdsbesök, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som regionen bestämmer. Regionen får också ta ut avgift, om patienten på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Av vuxna patienter som får tandvård inom allmän- och specialisttandvård får regionen ta ut vårdavgifter enligt grunder som regionfullmäktige bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet.[151] Det är således regionen som beslutar om avgifter och ersättning från barn och unga vuxna, men regionfullmäktige som ska besluta om grunder för vuxna patienters kostnad enligt bestämmelserna.

Regionen är en politiskt styrd organisation. Det är därför lämpligt att grund för avgifter för sådan tandvård som omfattas av regionens åtagande beslutas av regionfullmäktige. Utredningen kan inte se något skäl till att bestämmelserna om avgifter när barn och unga uteblir från tandvårdsbesök inte ska fattas av regionfullmäktiges ansvar. Utredningen föreslår därför att om kostnader uppkommer med anledning av att patienten uteblivit från avtalat tandvårdsbesök som omfattas av regionens ansvar, får avgift tas ut av patienten enligt grunder som regionfullmäktige bestämmer.

I tandvårdslagen regleras i dag även avgifter för tandvård till barn och unga vuxna som inte ingår i regionens åtagande. Det gäller om patienten inom barn- och ungdomstandvården på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Dessa avgifter bör snarare ses som ersättning till vårdgivaren för utförd tandvård eftersom denna tandvård ges utan subvention och det är patienten som står för hela kostnaden. Sålunda är det inte en schablonmässig avgift utan kostnaden fastställs inom regionen med självkostnadsprincipen för sådan vård som utförs av folktandvården. Utredningen anser att bestämmelsen behöver förtydligas. När sådan tandvård utförs av regionen, det vill säga folktandvården, är det rimligt att grunder för ersättningen beslutas av regionfullmäktige. Om en privat vårdgivare på begäran ger tandvård till barn och unga som inte omfattas av regionens ansvar som en del av barnpengen eller motsvarande, bör ersättningen inte bestämmas av regionfullmäktige. I en

[151] 15 a § tandvårdslagen.

sådan situation gäller tandvårdsmarknadens princip om fri prissättning och har så gjort sedan lång tid tillbaka.[152] Detta i likhet med annan estetisk tandvård och motsvarande som den vuxna patienten begär. Utredningen föreslår mot denna bakgrund att 15 a § tandvårdslagen ska ha innebörden att ersättning får tas ut, om patienten som omfattas av 7 § 1 på begäran ges tandvård som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Ersättning för sådan tandvård som inte ingår i regionens ansvar enligt 7 § 1 får tas ut av patienten. När sådan tandvård utförs av regionen fastställs ersättningen enligt grunder som regionfullmäktige bestämmer.

Utredningen föreslår samtidigt att det tillförs en bestämmelse i tandvårdslagen om den ersättning som vårdgivaren får för att utföra tandvård inom tandvård till barn och unga vuxna som regionen ansvarar för enligt 7 § 1 tandvårdslagen. Sådan ersättning lämnas av regionen enligt grunder som regionfullmäktige bestämmer. Det föreslås även finnas en möjlighet, i likhet med hur regionalt särskilt tandvårdsstöd till vuxna har reglerats, att regionen kommer överens med vårdgivaren om något annat. Utredningen kan konstatera att regionen redan i dag beslutar om den barnpeng och eventuellt tillägg som lämnas per barn, men att detta inte tidigare reglerats.

[152] Prop. 1997:98/112 *Reformerat tandvårdsstöd.*

8 Barn och unga vuxna

I det här kapitlet redovisar utredningen sina främsta iakttagelser och slutsatser samt bedömningar och förslag avseende tandvård till barn och unga vuxna. Denna del av det svenska tandvårdssystemet skiljer sig på många sätt från övriga delar. Tandvården till barn och unga vuxna kännetecknas av en stark tradition av hälsofrämjande och förebyggande arbete, något som bidragit till en god tandhälsa på befolkningsnivå. Patientgruppen kännetecknas av en stor spridning i ålder och den bettutveckling som naturligt sker hos barn och unga ställer särskilda krav på vård och behandling. Därutöver organiseras och finansieras tandvården till barn och unga vuxna enligt en annan modell än inom övriga delar av tandvårdssystemet.

Enligt tandvårdslagen ska regionerna genom sina folktandvårdsorganisationer svara för att regelbunden och fullständig tandvård ges till barn och unga vuxna upp till 23 års ålder. Detta innebär för regionerna ett ansvar att till personer i dessa åldrar som är skrivna i länet erbjuda regelbunden och avgiftsfri tandvård. Inom tandvården till barn och unga vuxna finns ingen lagstiftad rätt att välja vårdgivare. Tandvårdslagen ger emellertid regionerna frihet att sluta avtal med privata vårdgivare om att utföra tandvård till barn och unga vuxna, vilket samtliga regioner också gör i olika utsträckning. En mer utförlig beskrivning av villkoren för de privata vårdgivarna inom tandvården till barn och unga vuxna återfinns i kapitel 7.

Utredningen har valt att särskilt analysera förutsättningarna för att erbjuda tandvård till patientgruppen som är mellan 20 och 23 år, eftersom denna grupp de senaste åren gradvis övergått från det statliga tandvårdsstödet till den regionfinansierade tandvården till barn och unga vuxna. Andra perspektiv som behandlas i detta kapitel är de regionala skillnader som finns i tandvården till barn och unga vuxna samt det riskbedömningssystem som tillämpas av regionerna. Även förutsättningar för datainsamling samt kunskapsstyrning av

tandvården till barn och unga vuxna diskuteras. Sist i kapitlet redovisar utredningen ett antal förslag och bedömningar.

Utredningens analys baseras till viss del på statistik och resultat som presenteras i kapitlen 5 och 6. I dessa fall finns hänvisningar till det aktuella avsnittet. Till stor del grundas också analysen på dialoger och diskussioner med olika företrädare för tandvården till barn och unga vuxna.

8.1 Höjd åldersgräns för tandvård till barn och unga vuxna innebär ett större åtagande för regionerna

Riksdagen fattade år 2016 beslut om att stegvis höja åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna. Den 1 januari 2017 höjdes åldersgränsen till att omfatta personer till och med det år de fyller 21 år. Den 1 januari 2018 höjdes åldersgränsen till att omfatta personer till och med det år de fyller 22 år. Slutligen höjdes åldersgränsen den 1 januari 2019 till att omfatta personer till och med det år de fyller 23 år. I dag omfattas därmed patienter av det statliga tandvårdsstödet från och med det år då de fyller 24 år.

Utredningens sammanställning av SCB:s befolkningsstatistik visar att den höjda åldersgränsen för tandvård till barn och unga vuxna innebär att regionerna sammantaget ansvarar för tandvård till ungefär 460 000 fler personer år 2019 jämfört med tre år tidigare. Som kompensation för de ökade kostnaderna höjdes det generella statsbidraget till regionerna med 276 miljoner kronor år 2017, ytterligare 141 miljoner kronor år 2018 samt slutligen ytterligare 159 miljoner kronor år 2019. Totalt uppgår den ekonomiska kompensationen således till 576 miljoner kronor per år från och med år 2019. Per patient motsvarar därmed statens ekonomiska kompensation till regionerna cirka 1 250 kronor år 2019.

De senaste åren har enstaka regioner valt att tillämpa en högre åldersgräns för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna än den som vid tillfället varit reglerad i tandvårdslagen. Västra Götaland var år 2012 först med att erbjuda avgiftsfri tandvård utöver det lagreglerade åtagandet, som vid tidpunkten avsåg personer till och med det år då de fyllde 19 år. Regionen höjde åldersgränsen stegvis, och sedan år 2014 omfattas personer som under året fyller 24 år. Förändringen motiverades främst som en folkhälsosatsning för att få fler

unga att fortsätta besöka tandvården regelbundet. Även Region Gävleborg genomförde en stegvis höjning av åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna innan denna blev lag, och sedan år 2018 omfattas personer som under året fyller 24 år. Region Sörmland har under vissa år haft en högre åldersgräns än den lagreglerade men i dag tillämpas samma åldersgräns som i riket.

8.2 Andra förutsättningar för datainsamling om barns och unga vuxnas tandvård och tandhälsa

Enligt lagen om statligt tandvårdsstöd har vårdgivaren en skyldighet att lämna uppgifter om utförd tandvård till Försäkringskassan samt om patientens tandhälsa till Socialstyrelsens tandhälsoregister.[1] Uppgifterna, som därmed täcker merparten av all tandvård som ges till den vuxna befolkningen, utgör sedan underlag för statistiken om tandhälsa, mätt som kvarvarande och intakta tänder, tandvårdskonsumtion och besöksmönster. Det finns inte någon uppgiftsskyldighet i tandvårdslagen avseende tandvård och tandhälsa hos patienter som omfattas av avgiftsfri tandvård. Detta medför att uppgifter om barns och unga vuxnas tandhälsa inte ingår i tandhälsoregistret. Att tandvården till denna patientgrupp är ett regionalt ansvar, som hanteras på olika sätt i olika regioner, medför också att tillgången till nationella uppgifter om tandvård till barn och unga vuxna är mer begränsad än för vuxna. Att åldersgränsen för tandvård till barn och unga vuxna under perioden 2017–2019 stegvis höjts från 19 till 23 år har därmed försämrat möjligheten att studera och följa upp tandvård och tandhälsa för denna patientgrupp.

8.2.1 Bristfälliga nationella data om annan oral ohälsa än karies hos barn och unga vuxna

Ett problem som bland annat lyfts av Socialstyrelsen är att den rapportering som görs i dag om barn och unga vuxnas tandhälsa i huvudsak endast omfattar karies. Myndigheten sammanställer heller inte på ett samordnat sätt statistik om förekomsten av andra tandsjukdomar hos barn och även om antalet barn med andra munhälso-

[1] 3 kap. 3 § Lag (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

problem än karies är relativt litet försvårar detta möjligheterna till nationell uppföljning. Ett exempel på ett område där Socialstyrelsen påpekar behovet av ett utökat kunskapsunderlag är parodontit bland unga vuxna.[2] Denna fråga har aktualiserats ytterligare i och med att personer i åldrarna 20–23 år omfattas av tandvården till barn och unga vuxna och därmed inte ingår i statistiken över patienter i det statliga tandvårdsstödet.

Ett annat område gäller förekomsten av erosionsskador, vilka har blivit allt vanligare bland barn och unga vuxna. Detta tillstånd, som förklaras mer i detalj i kapitel 5, kan i korthet beskrivas som en förlust av mineral i tänderna som inte är orsakad av karies. För vissa grupper av barn har förekomsten av erosion ökat på befolkningsnivå. Detta lyfts bland annat av Socialstyrelsen som år 2017 konstaterade att så många som en av tre svenska tonåringar har erosionsskador på tänderna, en utveckling som till stor del förklaras av ett högt intag av söta drycker som läsk och juice.[3] Förekomsten av ätstörningssjukdomar som medför kräkningar är en annan bidragande orsak. Detta pekar på behovet av uppgifter om fler sjukdomar och sjukdomstillstånd än karies i den nationella uppföljningen av tandhälsa hos barn och unga vuxna.

Utredningen kan konstatera att det utöver parodontit och erosion även kan vara motiverat att studera tillstånd hos barn och unga vuxna där en försenad diagnosticering medfört försämrade förutsättningar till behandling. Exempel på sådana tillstånd kan vara retinerade hörntänder eller annan ortodontibehandling. Omfattande läkemedelsbehandling av barn och dess effekter på tandhälsan är ett annat område som lyfts till utredningen i detta sammanhang.

8.2.2 Bristfällig kunskap om vilken tandvård som barn och unga vuxna får

Tandvården till barn och unga vuxna utgör en viktig del av det svenska tandvårdssystemet. Det finns ett vetenskapligt stöd för att goda tandvårdsvanor i tidig ålder bidrar till god tandhälsa i vuxen ålder. Uppgifter om den tandvård som utförs på barn och unga vuxna är därför av betydelse för såväl planering av tandvård som för forskning och utvärdering. Emellertid är förutsättningarna för syste-

[2] Socialstyrelsen. 2008. *Framtida statistikredovisning om barn och ungdomars tandhälsa*.
[3] Socialstyrelsen. 2017. *PM om tandvård till barn, unga och asylsökande i tandhälsoregistret*.

matisk uppföljning på nationell nivå sämre vad gäller tandvården till barn och unga vuxna än inom andra delar av tandvårdssystemet. Precis som för vuxna patienter, har respektive vårdgivare uppgifter och information om de barn och unga vuxna som är listade vid den egna mottagningen. Eftersom de allra flesta barn är listade hos en vårdgivare och regelbundet besöker tandvården, är den totala täckningen för denna del av befolkningen i regel god. Patientjournalen hos vårdgivaren med uppgifter om tandstatus, eventuella diagnoser och utförda behandlingar finns för varje patient oavsett ålder som besökt en behandlare enligt de krav som gäller i patientdatalagen.[4] Det förekommer dock att barn behandlas av privata vårdgivare utan att detta rapporteras till regionens tandvårdsenhet, ofta på grund av att privattandläkaren upplever administrationen alltför omfattande för den ersättningen som ges. Detta är en av flera faktorer som medför att statistik över barns tandvård är bristfällig.

Uppgifter om tandvård till barn och unga vuxna sammanställs inte i något nationellt register på det sätt som görs för den ersättningsberättigande tandvården i det statliga stödet. Ett skäl till det är att det i gällande regelverk inte finns någon uppgiftsskyldighet för tandvård och tandhälsa hos patienter som omfattas av avgiftsfri tandvård enligt tandvårdslagen[5]. En stor del av den tandvård som utförs på barn och unga vuxna finns tillgänglig i det nationella kvalitetsregistret SKaPa. Framför innehåller registret data från regionernas folktandvårdsorganisationer, men allt fler privata vårdgivare ansluter sig varje år. Dessa uppgifter följs bland annat upp i SKaPa:s årsrapport och genom ett fåtal indikatorer på SKL:s webbplats Vården i siffror. Som tidigare nämnts samlar Socialstyrelsen in aggregerade data från regionerna i syfte att följa utvecklingen av tandhälsa bland rikets barn och unga vuxna, där ett exempel är myndighetens årliga rapport om kariesförekomst bland barn och ungdomar.

Regionerna, och till viss del även vårdgivarna själva, väljer hur tandvården till barn och unga vuxna ska utformas, kategoriseras och dokumenteras så länge vårdgivaren följer bestämmelserna om journalföring i patientdatalagen (2008:355) samt respektive regions riktlinjer. Såvitt utredningen kunnat utröna, tillämpar vårdgivare som bedriver tandvård till barn och unga vuxna vanligen det statliga tandvårdsstödets åtgärds- och tillståndskoder för utförd vård på dessa

[4] 3 kap. patientdatalagen (2008:355).
[5] 7 § 1 p. och 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

patienter inom sin journalföring. Dock krävs justeringar för den behandling och de tillstånd som kan vara unika för tandvård till barn och unga vuxna, exempelvis för premedicinering med lugnande medicin och tillståndskod för interceptiv tandreglering. Dessa ytterligare koder kan bestämmas av den enskilda regionen.

Enligt utredningens bedömning saknas det samordning mellan regionerna när det gäller koder utvecklade för barn och unga vuxna. I huvudsak används kodverket från det statliga tandvårdsstödet. Som framgår i kapitel 6, har regionerna även valt att tillämpa delvis olika ersättningssystem inom tandvården till barn och unga vuxna. De flesta regioner ger en enhetlig och fast ersättning per barn som är listade hos en mottagning (offentlig eller privat) men kompletterar den fasta ersättningen med en rörlig del. Den rörliga delen av ersättningen är då ofta knuten till vissa specifika åtgärder med koder som vårdgivaren rapporterar in för att få ersättning för den tandvård som utförts.

8.3 Bättre tandhälsa bland barn men alltjämt kvarstår skillnader mellan grupper

8.3.1 Tandhälsan bland barn har förbättrats under lång tid

Tandhälsan bland barn i Sverige har under lång tid blivit allt bättre. Detta gäller såväl yngre som äldre barn. I internationella jämförelser har svenska 12-åringar god tandhälsa och redan år 1995 nådde Sverige WHO:s mål för år 2020 om att 12-åringar i medeltal ska ha maximalt 1,5 kariesskadade tänder. De senaste åren har utvecklingen varit positiv för landets 19-åringar, bland vilka en betydande minskning av andelen med karies har observerats. Samtidigt finns det avvikelser från den övergripande positiva trenden. Sedan år 2010 har kariesförekomsten bland 6-åringar gradvis ökat och Socialstyrelsen konstaterar att Sverige på riksnivå sannolikt inte kommer att nå WHO:s mål om 80 procent kariesfria 6-åringar år 2020.[6]

Även när det gäller gruppen unga vuxna mellan 20 och 23 år visar utredningens kartläggningar på en förbättrad tandhälsa över tid. Medianpatienten i dessa åldrar hade fler intakta tänder år 2016 jämfört med år 2009, en utveckling som gällde såväl kvinnor som män.

[6] Socialstyrelsen. 2020. *Karies bland barn och ungdomar – epidemiologiska uppgifter för år 2018*.

8.3.2 Indikationer på ökad ojämlikhet i yngre barns tandhälsa

Utredningen kan vidare konstatera att det trots en positiv utveckling av barns tandhälsa på befolkningsnivå, finns tecken på en ökad ojämlikhet i barns tandhälsa. Det finns grupper av barn som halkar efter och där utvecklingen snarare pekar mot en högre kariesförekomst, vilket innebär att skillnaden i tandhälsa mellan helt kariesfria och sjuka som helhet blir större. En sammanställning av kariesförekomst bland barn i åldrarna 3–9 år i Västra Götalandsregionen visar på en negativ, om än avstannande, kariesutveckling under 2010-talet där andelen barn med 4 eller fler karierade tänder är högre i dag än för 10 år sedan. Att situationen har förvärrats bland de mest kariesdrabbade barnen är något som bekräftas av resultat i den senaste årsrapporten från SKaPa.[7] Det så kallade SiC-indexet (Significant Caries Index) har under perioden 2011 till 2019 ökat bland rikets 6-åringar.[8] Ökningen återfinns genomgående i samtliga regioner och både bland flickor och pojkar. Även bland 12-åringar syns tendenser till ökade skillnader i tandhälsa mellan grupper under samma period.

När det gäller patientgruppen unga vuxna 20–23 år visar utredningens kartläggning att skillnaderna mellan de som har sämst respektive bäst tandhälsa i åldersgruppen minskar över tid. År 2016 hade de 10 procent i befolkningen med bäst tandhälsa 10 fler intakta tänder än de 10 procent i befolkningen med sämst tandhälsa. Detta kan jämföras med en skillnad på 12 tänder mellan grupperna år 2009.

8.3.3 Familjens socioekonomiska situation har betydelse för tandhälsan bland barn och unga vuxna

I flertalet studier har påvisats att det föreligger ett samband mellan ett barns och dess föräldrars tandhälsa. Därtill har familjens socioekonomiska situation en betydelse för skillnader i tandhälsan bland barn och unga vuxna. Nyligen publicerade studier visar att ojämlikheter i tandhälsa utifrån socioekonomiska faktorer som föräldrarnas födelseland och utbildningsnivå samt ekonomiskt bistånd är tydligast hos barn mellan 3 och 6 år gamla.[9] Jämfört med jämnåriga, har

[7] SKaPa. 2020. *Årsrapport 2019*.
[8] SiC-index definieras som medelvärdet av skadade tänder för den tredjedel av alla barn och ungdomar som har flest skadade tänder.
[9] André Kramer, AC. 2018. *On dental caries and socioeconomy in Swedish children and adolescents – Clinical and register-based studies*.

barn i dessa familjer upp till fyra gånger högre risk för kariesskador. Socialstyrelsen har tidigare analyserat tandhälsan i befolkningen och de skillnader som finns i tandhälsa mellan olika befolkningsgrupper.[10] Resultaten visar att karies är upp till dubbelt så vanligt bland barn och unga vuxna vars föräldrar har dålig tandhälsa. De barn och unga vuxna vars föräldrar är födda i länder utanför EU/EES har en högre risk för att drabbas av karies än övriga studerade grupper. Andra faktorer som negativt påverkar kariesrisken bland barn och unga vuxna är om familjen får ekonomiskt bistånd samt om föräldrarna har låg utbildningsnivå. Som beskrivs i avsnitt 8.4 nedan, har dessa bakgrundsfaktorer även en betydelse för om barn eller unga vuxna uteblir från regelbundna undersökningar. Utredningen har också studerat tandhälsan bland unga vuxna personer mellan 20 och 23 år. Även dessa analyser visar att det finns stora skillnader i tandhälsa som beror på socioekonomiska aspekter. Personer vars föräldrar har en förgymnasial utbildning har färre intakta tänder jämfört med de vars föräldrar har en eftergymnasial utbildning.

Bostadsort är, utöver socioekonomiska faktorer som utbildning, inkomst och födelseland, en faktor som i ett flertal studier har visat sig vara viktig för att förklara förekomsten av karies. Ett exempel på detta är en studie från år 2016 där en lägre kariesförekomst påvisades bland barn och unga vuxna 7–19 år bosatta på landsbygden, jämfört med samma patientgrupp bosatta i en tätort.[11] Detta skulle delvis kunna förklaras av att familjer med svag socioekonomisk position, i högre utsträckning är bosatta i större städer. Socialstyrelsen har även visat att det finns en områdeseffekt, där befolkningsstrukturen i patientens bostadsområde har en betydelse för såväl tandhälsa som besöksfrekvens hos barn och unga vuxna.[12] Ett exempel på detta är Stockholm, där barn och unga vuxna boende i socioekonomiskt utsatta områden har en sämre tandhälsa och uteblir från tandvården i större utsträckning även om deras föräldrar har hög utbildningsnivå och inkomst.[13] Även det motsatta förhållandet kunde observeras, där

[10] Socialstyrelsen. 2013. *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga*.
[11] André Kramer, AC. 2018. *On dental caries and socioeconomy in Swedish children and adolescents – Clinical and register-based studies*. En tätort (”urban areas”) kan i grova drag beskrivas som ett kluster av närliggande områden med en viss befolkningstäthet. På motsvarande sätt kan landsbygd (”rural areas”) definieras som ett område som inte möter kriterierna för en tätort. Se Eurostat för en mer utförlig beskrivning av dessa definitioner.
[12] Socialstyrelsen. 2013. *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga*.
[13] I studien definieras ett resurssvagt område som ett närområde med en hög andel utrikes födda i befolkningen och ett resursstarkt område som ett närområde med huvudsakligen inrikes född befolkning.

barn i en familj med svag socioekonomisk position boende i ett resursstarkt område har en bättre tandhälsa och fler besök i tandvården än jämförelsegruppen.

Sammantaget kan utredningen konstatera att det, trots en generellt positiv utveckling av tandhälsan på befolkningsnivå, finns skillnader i tandhälsa mellan grupper av barn och unga vuxna som består och i vissa avseenden ökar. Barn och unga i resurssvaga familjer besöker tandvården mer sällan och de vars föräldrar har en ekonomisk eller socioekonomisk utsatt position löper en större risk att drabbas av karies än andra barn. Longitudinella studier visar även att de barn som har karies redan vid 3 års ålder har utvecklat betydligt fler kariesskador som 6-åringar jämfört med barn som är kariesfria vid den initiala mätningen.[14]

8.4 Unga vuxna mellan 20 och 23 år gör fler besök i tandvården efter den höjda åldersgränsen

Personer mellan 20–23 år har tidigare varit den grupp i det statliga tandvårdsstödet som har haft lägst besöksfrekvens. Orsakerna till detta är att unga vuxna patienter generellt har en god tandhälsa vilket gör att det inte finns skäl till lika täta kontakter med tandvården som för äldre. Under treårsperioden 2014–2016 besökte strax under 70 procent av befolkningen 20–23 år tandvården, en andel som var 15 procentenheter lägre än för övriga vuxna befolkningen. Kvinnor i dessa åldrar besöker tandvården oftare än män, och det är större skillnader i besöksfrekvens mellan könen än vad som är fallet för andra åldersgrupper i befolkningen. Statistik från SKaPa indikerar att patientgruppen har en högre besöksfrekvens efter övergången från det statliga tandvårdsstödet till den regionfinansierade tandvården.[15] Under treårsperioden 2017–2019 besökte cirka 80 procent av befolkningen 20–23 år tandvården. Utredningen bedömer det som troligt att avgiftsfriheten är huvudskälet till ökningen. Även det faktum att regionerna har omfattande rutiner för kallelser och upp-

[14] André Kramer, AC. 2018. *On dental caries and socioeconomy in Swedish children and adolescents – Clinical and register-based studies*.

[15] Alla folktandvårdsorganisationer är sedan år 2018 anslutna till SKaPa, och dessa har merparten av alla listade barn och unga vuxna. Dock finns privata vårdgivare som inte är anslutna till SKaPa, vilket innebär viss undertäckning av barn som är listade privat.

följningar inom tandvården till barn och unga vuxna än inom allmäntandvården till vuxna har sannolikt spelat en roll.

8.5 Barn och unga vuxna som uteblir från tandvården

Omkring 14 procent av befolkningen upp till och med 23 års ålder var år 2019 inte listade på någon av landets tandvårdsmottagningar. Den främsta förklaringen till detta är att de flesta barn under 2 år ännu inte har besökt tandvården för första gången. Andra skäl kan vara att personen inte nås trots upprepade försök eller att kontakten med tandvården tappas vid flytt till ett annat län. Hur vanligt förekommande detta är varierar mellan regioner, bland annat beroende på hur tandvården är organiserad. I vissa regioner, exempelvis Uppsala, Sörmland och Västmanland, har myndiga patienter själva möjligheten att avlista sig från en vårdgivare. Genom folktandvårdens så kallade sistahandsansvar finns för olistade patienter dock alltid en möjlighet att kontakta tandvården för att återigen lista sig, oavsett tidigare val.

Att regionerna ansvarar för att regelbunden tandvård ges till barn och unga vuxna innebär även ett ansvar för att följa upp när patienten av olika anledningar uteblir från tandvården. Om en patient uteblir trots upprepade påminnelser, genomför vårdgivaren riktade insatser för att få kontakt med patienten. Gäller det barn under 18 år ska regionen, som en sista åtgärd, göra en orosanmälan till socialtjänsten. Utredningen kan konstatera att det finns flera samspelande faktorer till att en patient inte besöker tandvården även bland barn och unga vuxna trots att tandvården är avgiftsfri för patienten. Studier har visat att tandvårdsrädsla kan vara en orsak.[16] Familjens socioekonomiska förutsättningar spelar också en roll för ett barns besöksfrekvens, vilket bland annat har framkommit i studier gjorda av Socialstyrelsen.[17] Barn till föräldrar som själva inte besöker tandvården löper upp till fyra gånger högre risk att utebli från sitt inbokade tandvårdsbesök jämfört med de barn vars föräldrar besöker tandvården. De socioekonomiska förhållandena har stor betydelse för besöksmönstret i tandvården. Detta visar sig bland annat i att barn och unga

[16] Fägerstad, A. 2019. *No-shows in dental care: perspectives on adolescents' attendance pattern*, Klingberg, G. & Broberg, AG. 2007. *Dental fear/axiety and dental behavior management problems in children and adolescents: a review of prevalence and concomitant psychological factors.*
[17] Socialstyrelsen. 2013. *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga.*

vuxna som lever med en ensamstående förälder, en ung förälder, i en familj som får ekonomiskt bistånd eller har föräldrar med låg utbildningsnivå löper en ökad risk att inte besöka tandvården. Även barn till utrikes födda föräldrar löper en större risk att inte besöka tandvården, jämfört med barn till inrikes födda föräldrar. Resultaten visar att en hög besöksfrekvens i tandvården bland vuxna även är en viktig förutsättning för en väl fungerande och effektiv tandvård till barn.

En sammanställning av uppgifter som utredningen har tagit del av visar att det finns samband mellan graden av uteblivande och den socioekonomiska strukturen inom ett område. Två exempel är Kronoberg och Stockholm, där regionerna kan se att en högre andel uteblir från sitt tandvårdsbesök bland asylsökande barn och patienter boende i regionens utanförskapsområden. Även patientens ålder har en stor betydelse. Som ett exempel var andelen i Kronoberg som uteblev från ett inplanerat tandvårdsbesök år 2018 dubbelt så hög i åldersgruppen 20–23 år jämfört med åldersgruppen 3–19 år. Troliga förklaringar är att tandvården till unga vuxna inte längre är föräldrarnas ansvar, utan den enskilde individens, samt att gruppen på grund av en större rörlighet med studier, resor och kanske utflyttning till annan ort inte väljer att prioritera sin tandvård.

Att barn och unga vuxna uteblir från tandvården är ett problem, både därför att personerna riskerar att få försämrad tandhälsa och därför att uteblivandet tar resurser i anspråk. Den tid, kostnad och administration som regionerna lägger på att upprepade gånger kontakta patienten är en aspekt, att behandlartiden hade kunnat användas för att behandla andra patienter är en annan. Vårdgivaren kan förvisso ha rätt att enligt regionens regler debitera patienten för uteblivet besök, men denna ersättning täcker sällan det produktionsbortfall som en outnyttjad tid innebär. På flera håll i landet arbetar regionerna systematiskt med att följa upp och hantera uteblivanden. Ett exempel på detta är Västra Götaland, där en specifik arbetsgrupp inom folktandvården övertar kontakten med de patienter som klinikerna inte når trots upprepade kallelser och tidsbokningar.

8.6 Regionala skillnader i tandvård till barn och unga vuxna

Den vårdgivare som regionerna själva ansvarar för, folktandvården i respektive region, har av tandvårdslagen särskilt utpekats att vara de som ska svara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år de fyller 23 år. Regionerna får dock sluta avtal om utförandet av vården med andra vårdgivare. Hur regionerna inom ramen för det kommunala självbestämmandet väljer att definiera ansvaret för denna tandvård varierar. Detta får till följd att det skiljer sig mellan regioner när det gäller vilken avgiftsfri tandvård som barn och unga vuxna patienter erbjuds. Detta är en naturlig konsekvens av den svenska förvaltningsmodellen med kommunalt självstyre och tandvården är ingalunda den enda offentliga verksamhet där det förekommer regionala variationer i utbudsnivå, innehåll och omfattning. Dock, mot bakgrund av utredningens uppdrag att lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan bli mer jämlikt, är det ofrånkomligt att inte översiktligt beskriva och analysera regionala skillnader vad gäller den tandvård som ges till barn och unga vuxna.

8.6.1 Innebörden av tandvård som är nödvändig för att uppnå ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat

De begränsade resurserna i tandvården medför att det inte alltid är möjligt för vårdgivaren att erbjuda vård i obegränsad omfattning till samtliga patienter. För att ge regionerna stöd i sin prioritering inom tandvården, infördes år 1999 förändringar i tandvårdslagen som gav regionerna möjlighet att under vissa förutsättningar ta ut en avgift av patienten. Detta avser specifikt de fall där behandlingen inte anses vara nödvändig för att uppnå ett, från odontologisk synpunkt, funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.[18] Denna förändring föranleddes bland annat av att det för privata vårdgivare som utför tandvård på barn och unga vuxna inte fanns något hinder mot att ta betalt av patienten för tandvård utöver det som ersattes av regionerna. Förändringen innebar därmed att förutsättningarna för de privata och offentliga vårdgivarnas på denna del av tandvårdsmarknaden blev mer likvärdiga.

[18] Prop. 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd* samt 15 a § första stycket tandvårdslagen (1985:125).

Ett exempel där regionerna kan välja att ta betalt av patienten är vid tandregleringsbehandling av mindre bettfel. Regionerna finansierar i dag fullt ut tandreglering för de patienter där exempelvis bettfelet medför funktionsstörningar, risk för skador på tänder och omgivande vävnader eller innebär allvarlig en psykisk belastning.[19] Eftersom behovet av behandling i andra fall kan anses måttligt utifrån dessa aspekter är det i stället upp till regionen att avgöra i vilken utsträckning patienten ska debiteras för denna tandvård. Vad som finansieras kan således variera mellan regioner. Andra exempel på områden där kostnaden kan tas ut från patienten är vid kosmetisk tandvård, såsom tandsmycken och tandblekning, merkostnad för val av dyrare material vid rehabiliterande behandling eller upprepat slarv från patienten som leder till att bettskena eller tandregleringsapparatur förloras eller förstörs.

Utredningen kan konstatera att det i dag inte finns en nationell standard kring vilken tandvård som anses odontologisk nödvändig för att uppnå ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat. Vikten av att små vårdbehov tillfredsställs bör också värderas och sättas i relation till större behov. Resurser förbrukas och kan tränga bort behandling av större vårdbehov samtidigt som all behandling kan medföra en risk för biverkningar och den risken bör beaktas om vårdbehovet är litet. Det finns regionala skillnader i bedömningen av vilken tandvård som uppfyller dessa kriterier och den avgift som i annat fall tas ut av patienten. Enligt uppgifter som delgivits utredningen, bedrev regionerna ett utvecklingsarbete för ett antal år sedan i syfte att enas om en miniminivå för tandvård till barn och unga vuxna utan att kunna uppnå samsyn. Endast regionerna Norrbotten, Västerbotten, Jämtland-Härjedalen och Västernorrland har kunnat enas om en gemensam nivå i syfte att säkerställa en likartad bedömning av olika behandlingsalternativ vid avsaknad av permanenta tänder på barn, ungdomar och unga vuxna.

8.6.2 Regionerna tillämpar olika revisionsintervall

Variationer i revisionsintervall mellan patienter beroende på tandhälsa och risk är en naturlig del av tandvårdens arbetssätt. När det gäller barn och unga vuxna behöver revisionernas tidpunkt och

[19] Prop. 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd*.

intervall även anpassas till tandutvecklingen. Det finns tillfällen i ett barns tandutveckling där behovet att bli undersökt av tandläkare är större, exempelvis vid tiden för den första permanenta tandens eruption (cirka 6 års ålder), inför hörntändernas eruption (9–10 års ålder) och den sammantagna bettutvecklingen (cirka 15–16 års ålder). Värt att notera i sammanhanget är att det även kan finnas medicinska nackdelar med att kallas för undersökning oftare än vad som är odontologiskt motiverat. Ett exempel på detta är om barnet utsätts för en högre stråldos än vad som är berättigat enligt strålskyddslagen om röntgen tas vid undersökningen.

Utredningen kan konstatera att det inom tandvården till barn och unga vuxna finns regionala skillnader när det gäller tidpunkten för det första tandvårdsbesöket, det fortsatta besöksintervallet, riskbedömningen samt vilken profession som genomför undersökningen. Exempel på detta är att barn boende i Region Uppsala kallas till ett tandläkarbesök en gång vartannat år oavsett risk, intervallet är dock inte tvingande. Motsvarande längd mellan revisionsundersökningar utförd av tandläkare i bland annat Västerbotten, Kalmar och Sörmland som längst får vara 4 år för patienter med låg risk. Däremellan kan undersökning utföras av annan yrkeskategori i enlighet med regionernas riktlinjer.

Utifrån regionernas riktlinjer finns således skillnader i hur ofta barn och unga vuxna kallas till undersökning i tandvården och vilken behandlare som utför undersökningen. Statistiken över barns tandvårdsbesök i kapitel 6 indikerar även på stora skillnader över landet. Utredningen gör bedömningen att en stor del av skillnaderna kan härledas till variationer i regionernas vårdriktlinjer, i kombination med andra faktorer såsom låg besöksfrekvens bland socioekonomiskt utsatta barn och avståndet till närmaste klinik. I regionen med högst besöksfrekvens besöker 70 procent av alla barn och unga vuxna tandvården årligen, jämfört med 50 procent i regionen med lägst besöksfrekvens. Det är troligt att skillnader i tandhälsa kan spela en viss roll för de regionala skillnaderna. Utredningen anser dock att skillnaderna i besöksfrekvens är så pass stora att de kan ifrågasättas utifrån såväl ett jämlikhets- som ett resursperspektiv.

I samband med utredningens verksamhetsbesök i landets sex sjukvårdsregioner har det från flera håll påtalats att intervallen mellan revisionsundersökningar för barn och unga vuxna successivt har förlängts. De regioner som väljer att förlänga sina revisionsintervall be-

dömer att detta är förenligt med kravet på regelbunden, fullständig och god tandvård till barn och unga vuxna samtidigt som resurser frigörs till annan tandvård. I folktandvården är belastningen ofta hög inom andra verksamheter såsom akut tandvård, tandvård inom ramen för de särskilda tandvårdsstöden och övrig allmäntandvård till vuxna. På många håll i landet har tandvården svårt att rekrytera personal. I en situation där barns tandhälsa under lång tid har utvecklats i positiv riktning, har frågan aktualiserats om de revisionsintervall som traditionellt tillämpats är odontologiskt motiverade. I en rapport som SBU tog fram redan år 2007 dras slutsatsen att det finns starkt vetenskapligt stöd för möjligheten att identifiera barn och unga som löper liten risk för att drabbas av karies under de närmaste 2–3 åren.[20]

8.6.3 Förebyggande insatser ser olika ut över landet

Som tidigare nämnts, har utredningen kunnat konstatera att det finns regionala skillnader i vårdutbud inom tandvården till barn och unga vuxna. Utredningen kan även se att det finns skillnader i tillämpning av vetenskaplig metodik och val av sjukdomsförebyggande insatser riktade till barn. SBU visar i en systematisk genomgång från år 2014 att det genomgående finns ett stort behov av behandlingsforskning inom de flesta områden inom tandvården till barn och unga vuxna.[21] Vad gäller kariesförebyggande insatser visar rapporten att daglig tandborstning med fluortandkräm är den mest kostnadseffektiva metoden för att förebygga karies. Det finns regioner som i förebyggande syfte rekommenderar att permanenta tänder fissurförseglas, vilket innebär att tandens tuggyta täcks, vanligen med ett plastmaterial. Andra regioner kan fluorlacka tänder eller använda fluorsköljning. Utredningen ser det som angeläget med ett bättre vetenskapligt underlag för att bland annat bedöma kostnadseffektiviteten för dessa och liknande behandlingar.

Även vad gäller omfattningen på de insatser som ges till utsatta grupper finns skillnader mellan regionerna. Som beskrivs ovan har skillnaderna i tandhälsa mellan vissa grupper av barn ökat de senaste åren där barn i socioekonomiskt utsatta familjer löper en ökad risk för karies. Att drabbas av karies tidigt i livet är därtill en faktor som

[20] SBU. 2007. *Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling.*
[21] SBU. 2014. *En systematisk kartläggning och granskning av systematiska översikter inom barn- och ungdomstandvården – vad vet vi egentligen?*

kan påverka risken för sjukdom och rehabiliteringsbehov senare i livet, vilket pekar på vikten av ett systematiskt sjukdomsförebyggande arbete för denna patientgrupp. Folktandvården har på många håll etablerat ett samarbete med BVC och MVC och som innebär att blivande föräldrar och föräldrar tidigt uppmärksammas på betydelsen av en god tandhälsa. Utredningen har under sina verksamhetsbesök i landets sjukvårdsregioner erfarit att detta samarbete har varit framgångsrikt. Utökade hembesök är exempel på en modell där tandvården kan spela en viktig roll och dess medverkan har bland annat stimulerats genom överenskommelser mellan regeringen och SKR inom området barnhälsovård. Enligt vad utredningen erfar varierar det dock mellan regioner i vilken utsträckning tandvården beretts möjlighet att delta i arbetet.

8.6.4 Utredningens sammanfattande bedömning

Regionala variationer i omfattningen av den avgiftsfria tandvården till barn och unga vuxna eller vilka revisionsintervall som tillämpas är en naturlig konsekvens av den svenska förvaltningsmodellens grundläggande princip om kommunal självstyrelse. Regionernas förutsättningar varierar stort och det kan därför vara väl motiverat att tandvården planeras och bedrivs på olika sätt. Olika individer har också olika behov och för många barn och unga med god tandhälsa kan det vara väl motiverat att förlänga revisionsintervallen för att på så sätt frigöra resurser till individer med större behov. Ur ett jämlikhetsperspektiv är det emellertid viktigt att regionala skillnader i hur tandvården till barn och unga vuxna bedrivs inte bidrar till ökade skillnader i tandhälsa. En god tandvård till barn och unga måste baseras på bästa tillgängliga kunskap och ha stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Nationella riktlinjer behöver därför enligt utredningen utvecklas för tandvård till barn och unga vuxna, se vidare avsnitt 8.9.4.

8.7 Tandvård till barn och unga vuxna som är folkbokförda i en annan region

En svårighet som lyfts av regioner med stora utbildningsorter är att unga vuxna besöker tandvården på studieorten men alltjämt är folkbokförda i sin hemkommun. Detta kan dels vara vid akuta besvär,

dels vid vanlig allmäntandvård. En person som studerar i grundskola eller gymnasium upp till 21 års ålder ska, enligt Skatteverkets rättsliga vägledning, vara folkbokförd hos sina föräldrar eller vårdnadshavare även om studenten regelmässigt tillbringar sin dygnsvila på annan plats. Går studenten vid högskola eller universitet är grundregeln att man ska vara folkbokförd på studieorten. Men det finns även regler kring dubbel bosättning och var studenten har merparten av sin dygnsvila. [22] Det går endast att vara skriven på en plats och regionerna kontrollerar var patienten är folkbokförd eftersom det är den region där den personen är folkbokförd som ska betala för tandvården. Regionerna tillämpar olika modeller för att lösa tandvårdsersättningen för de barn och unga vuxna som studerar utanför den egna regionen, vilket framgår av svaren på en enkät som utredningen skickade ut till kontaktpersoner i dåvarande SKL:s tandvårdsnätverk i mars 2018. 12 av 21 regioner anger att patienten fritt kan välja vårdgivare utanför den egna regionen. I vissa av dessa regioner krävs att vårdgivaren auktoriserar sig enligt regionens tillämpningsrutiner för lagen om valfrihetssystem (LOV). I ett fåtal regioner kan patienten inte välja fritt utanför egna regionen, men regionen löser ändå patientens behov genom ett remissförfarande eller att behandlingsförslaget godkänns i förväg. En region tillämpar en närhetsprincip, där barn och unga vuxna som bor nära gränsen till en annan region fritt kan välja att få tandvård där i stället.

I resterande 9 regioner kan patienten inte fritt välja vårdgivare i en annan region för den planerade tandvården utan hänvisas till att om möjligt utföra tandvården i samband med en vistelse på hemorten. Vid behov av akut tandvård är möjligheterna större att välja en tillfällig vårdgivare utanför egna regionens gränser. Generellt gäller att det är reglerna i patientens hemregion som styr den ersättning vårdgivaren får för att behandla en patient som är folkbokförd i ett annat län. Som ett exempel får vårdgivare i Västra Götaland som behandlar patienter folkbokförda i Hallands län, den ersättning för tandvården som Halland ger till sina vårdgivare och har att följa Hallands riktlinjer kring den vård som utförs.

[22] Skatteverkets hemsida. https://www.skatteverket.se/privat/folkbokforing/attvarafolkbokford/folkbokfordparattadress och https://www.skatteverket.se/privat/folkbokforing/flyttanmalan/anmalaflyttsomstudent, uttag 2020-09-23.

8.7.1 Ungefär 10 procent är inte skrivna på sin studieort

Det finns i dag inga uppskattningar om hur många barn och unga vuxna som årligen besöker tandvården utanför den egna regionen. Statistik från SCB visar att antalet personer som studerar på annan ort än hemorten är relativt vanligt förekommande men att det ändå är en stor majoritet som studerar inom gränserna för den region man också är bosatt i. Höstterminen år 2017 studerade ungefär 15 000 personer på ett gymnasium i en annan region än där man var folkbokförd. Samma termin studerande drygt 21 000 personer i åldrarna 19–23 år på en högskola i en annan region. Sammantaget var detta en studiesituation för ungefär 10 procent av alla barn och unga vuxna mellan 16 och 23 år.

I och med att tandhälsoregistret inte inkluderar tandvård till barn och unga vuxna är det svårt att kvantifiera hur många som behandlas utanför det egna länet. Det har i olika sammanhang lyfts till utredningen att framför allt mindre vårdgivare kan uppleva processen att teckna avtal eller motsvarande med olika regioner som tidskrävande och administrativt betungande. Dock bör poängteras att det inte heller mellan regionerna finns upparbetade samarbetskanaler och att samma administration och villkor i regel gäller för folktandvården som för de privata vårdgivarna för att kunna behandla barn och unga från en annan region.

För att en vårdgivare ska kunna behandla en ung patient som är folkbokförd i ett annat län, behöver vårdgivaren först kontrollera om möjlighet till utomlänstandvård kan ges ifrån patientens hemregion. Om så är fallet krävs i flera fall att denne ansöker om att bli auktoriserad genom LOV ifrån patientens region, eller på annat sätt bli godkänd i 6 regioner med andra regler, för att utföra tandvården. Detta kan för en vårdgivare i en större studieort i praktiken medföra kontakter och anslutning till ett flertal regioner med olika regler och ersättning för den utförda tandvården. Därtill tillkommer återrapportering till respektive region med statistik och data enligt lokala rutiner i patienternas hemregion. Dessa aspekter har lyfts till utredningen som skäl till att vårdgivare kan välja att avstå att utföra tandvård på barn och unga vuxna som är folkbokförda i andra län.

8.7.2 Problemen med utomlänstandvård har aktualiserats av den höjda åldersgränsen för avgiftsfri tandvård

Diskussionen om utomlänstandvård har aktualiserats i och med höjningen av åldersgränsen för tandvård till barn och unga vuxna från 19 till 23 år. Förändringen har inneburit att regionerna fått ansvar för en patientgrupp med stor rörlighet. Det är många som under denna period i livet flyttar för studier och arbete, vilket förvårar hanteringen ur vårdgivarens perspektiv. Statistik från UKÄ visar att ungefär 70 000 personer upp till 24 års ålder påbörjar studier vid landets universitet eller högskolor varje år. Ungefär hälften av dessa personer väljer att flytta till en ny stad för att studera.[23] Ett känt problem är att det råder bostadsbrist på många av de etablerade studieorterna, vilket kan vara ett skäl till att många studenter inte folkbokför sig på studieorten och detta får även följdeffekter för tandvården.

Utredningen kan sammanfattningsvis konstatera att möjligheterna för barn och unga vuxna att få tandvård utanför den egna regionen varierar. Ett sådant exempel är tandregleringsåtgärder där omfattningen kan skilja sig åt mellan olika regioner. För vårdgivarna är den administrativa processen för att erbjuda tandvård till barn och unga vuxna ofta komplicerad och ser olika ut över landet. Ett annat problem är olika ersättningsmodeller. Sammantaget är detta faktorer som bedöms ha en negativ påverkan på patientens möjlighet till likvärdig tandvård över landet, vilket enligt utredningen riskerar att bidra till en ökad ojämlikhet. Utredningen ser det som troligt att en konsekvens av reformen om höjd åldersgräns för avgiftsfri tandvård är att tandvård till utomläns folkbokförda patienter har blivit vanligare.

8.8 Avgiftsfri tandvård till unga vuxna – några sammanfattande iakttagelser

8.8.1 Positiv utveckling av tandhälsan bland unga vuxna

Utredningens kartläggning av tandhälsan bland unga vuxna visar på en gradvis och positiv utveckling under lång tid. Ett exempel på detta är att Socialstyrelsens uppföljningar av tandhälsan hos barn och unga vuxna visar på en fördubbling av andelen kariesfria 19-åringar i landet sedan år 2000. Statistik från SKaPa indikerar samma utveckling,

[23] Sveriges förenade studentkårer. 2018. *SFS bostadsrapport 2018.*

där det dessutom går att observera en lägre spridning mellan de med bäst och sämst tandhälsa i åldersgruppen.[24] Den senast tillgängliga statistiken i Socialstyrelsens tandhälsoregister för personer 20–23 år visar också på en mycket god tandhälsa jämfört med övriga delar av befolkningen. Dessa positiva indikationer motsägs endast av vissa indikationer på ökad förekomst av erosion för patienter i dessa åldrar.

8.8.2 Effekter av höjd åldersgräns för avgiftsfri tandvård

Åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna har successivt höjts till att i dag omfatta alla personer till och med det år de fyller 23 år. Reformens syfte är att bidra till god tandhälsa och tandvård på lika villkor i befolkningen. I förarbetena motiverades reformen bland annat av det faktum att unga vuxna är en patientgrupp som i stor utsträckning studerar och som ännu inte är etablerad på arbetsmarknaden. Den genomsnittliga disponibla inkomsten för målgruppen är därmed förhållandevis låg i relation till den övriga vuxna befolkningen, vilket försvårar möjligheten att på egen hand täcka höga tandvårdskostnader om sådana skulle uppstå.

År 2020 är det första året då hela åldersgruppen 20–23 år omfattas av tandvård till barn och unga vuxna i stället för det statliga tandvårdsstödet. Förändringen påverkar tandvården till denna patientgrupp på flera sätt. Den främsta skillnaden är att patienten inte själv bekostar sin tandvård, något med största säkerhet påverkar benägenheten att besöka tandvården och även vilken tandvård som utförs. Besöksstatistiken visar också att en förändring är att gruppen i lägre utsträckning än tidigare besöker privata vårdgivare, detta eftersom de privata vårdgivarnas andel av tandvårdsmarknaden för barn och unga är lägre än inom det statliga tandvårdsstödet.

Utredningen har i flera olika sammanhang diskuterat dessa aspekter med representanter från tandvårdens olika aktörer, och kartlagt tillgänglig information om patientgruppens tandvård och tandhälsa. Baserat på denna information, ser utredningen det som troligt att den förändring som reformen har inneburit för huvudmän, vårdgivare och patienter har fått effekter för tandvården till barn och unga vuxna och även inneburit följdeffekter inom andra delar av tandvårdssystemet. Likväl är det viktigt att poängtera att det ännu är

[24] SKaPa. 2020. *Årsrapport 2019.*

för tidigt att studera vilka långsiktiga effekter reformen har haft på tandhälsan för patientgruppen.

8.8.3 Fler besök i tandvården efter reformen – men finns det ett behov?

Utredningen kan konstatera att besöksmönstret i tandvården för gruppen unga vuxna 20–23 år har förändrats i och med den höjda åldersgränsen för avgiftsfri tandvård. År 2016, det sista året då patientgruppen ingick i det statliga tandvårdsstödet, besökte ungefär 40 procent tandvården. Knappt 70 procent hade en regelbunden tandvårdskontakt. Aktuell statistik från SKaPa visar att besöksfrekvensen för patientgruppen är ungefär 10 procentenheter högre i dag än innan reformen, och nära nog densamma som för yngre barn och ungdomar. Troligt är också att intervallen mellan besök i tandvården för patientgruppen har blivit kortare. Utredningen har erfarit att de flesta regioner tillämpar ett revisionsintervall på 24 månader för patienter inom tandvård till barn och unga vuxna. Den äldre statistiken indikerar att det tidigare var längre tid än så mellan besöken i tandvården för många unga vuxna patienter. I stället syns en tydlig nedgång i besöksfrekvens när patienten vid 24 års ålder byter tandvårdssystem till det statliga tandvårdsstödet. Sammantaget har reformen inneburit att fler besök görs i tandvården, vilka mestadels hanteras av folktandvården.

Utredningen har på olika sätt, bland annat med stöd av TLV, studerat besöksmönster för olika delar av befolkningen justerat för skillnader i tandhälsa. Analyserna visar att det bland unga vuxna patienter i det statliga tandvårdsstödet finns en tendens till att besöka tandvården i större utsträckning än vad som är förväntat givet den genomsnittliga tandhälsan i gruppen. Framför allt är detta mönster tydligt bland unga kvinnor. Det finns enligt utredningen indikationer på att även patienter mellan 20 och 23 år besöker tandvården oftare än vad som är motiverat givet deras tandhälsa.

8.8.4 Den höjda åldersgränsen har påverkat regionernas organisering av tandvården

Reformen om höjd åldersgräns för tandvård till barn och unga vuxna har medfört att folktandvården ansvarar för tandvård till ungefär 460 000 fler personer år 2019 jämfört med år 2016. Även om många unga vuxna tidigare hade abonnemangstandvård hos folktandvården, har åtagandet haft en stor påverkan på tandvårdens planering och organisering. Att patientgruppen blir större innebär för regionerna ett större åtagande i och med att fler patienter som hamnar högt i prioriteringsordningen måste tas om hand.

Även om regionerna har kompenserats ekonomiskt av staten för det utökade åtagandet, kvarstår problemet att rekrytera utbildad och legitimerad personal. I flertalet rapporter lyfts professionerna inom tandvården fram som yrken där det i nuläget råder störst brist på personal i landet.[25] Andra aspekter, som stora pensionsavgångar bland behandlare och att folktandvården konkurrerar med större tandvårdskedjor om personalen, medför att utbudet av arbetskraft till tandvården för närvarande är begränsat. Utredningens slutsats är att delar av den vård som erbjuds till den nya målgruppen sker på bekostnad av andra patientgrupper som prioriteras lägre och att en ökad vårdproduktion riktad till barn och unga vuxna riskerar att leda till undanträngning av andra patientgrupper. En vuxen patient med ett stort, dock ej akut, tandvårdsbehov kan i en sådan situation komma att prioriteras ned till förmån för en ung vuxen patient med ett jämförelsevis lägre behov.

8.8.5 Systematisk riskgruppering kan bidra till en effektivare fördelning av tandvårdens resurser

Utredningen kan konstatera att regionernas kunskap om den unga befolkningen och dess risk för orala sjukdomar varierar. Enligt statistiken är den absoluta merparten av landets barn och unga vuxna listade hos folktandvården – cirka 86 procent. Folktandvården har, bland annat tack vare sin stora andel av marknaden, förutsättningar att på ett systematiskt sätt inhämta och sammanställa information

[25] SCB. 2019. *Arbetskraftsbarometern 2019: Vilka utbildningar ger jobb?* och Socialstyrelsen. 2020. *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård: Nationella planeringsstödet 2020*.

om sina unga patienter på folktandvårdsklinikerna regionalt. Däremot är kunskapen om tandhälsan hos de barn och unga vuxna som är listade hos privata vårdgivare lägre. Den individuella riskbedömningen används i regel som ett komplement till olika populationsstrategier för att förbättra munhälsan i länet.

I flera regioner används beslutsstöd för att klassificera barns risk för karies vilket bland annat kan fungera som ett underlag för att fastställa barnets revisionsintervall. Ett exempel är Region Uppsala där klassificeringen sker i de tre riskgrupperna grön (frisk), gul (lägre risk för sjukdom) och röd (hög risk för, eller befintlig, sjukdom). 71 procent av alla listade barn och unga vuxna 2–23 år i regionen bedömdes vara friska år 2019. 17 procent bedömdes ha lägre risk för sjukdom och 12 procent en hög risk för sjukdom.

Kunskapen om barns kariesförekomst är god genom de årliga rapporter som Socialstyrelsen tar fram. Däremot är kunskapen om annan oral ohälsa hos barn, till exempel erosioner och parodontal sjukdom, bristfällig. Genom tandhälsoregistret är kunskapen god om vilken tandvård den vuxna befolkningen får, medan motsvarande kunskap om barns tandvård saknas. En rikstäckande modell för riskbedömning skulle enligt utredningen möjliggöra en mer systematisk uppföljning. I en fullt utbyggd modell för riskbedömning skulle vårdgivares parametrar om barnets tandstatus och risk för tandsjukdom kunna rapporteras vidare. Ett register där dessa parametrar ingår skulle därigenom kunna användas både för uppföljning av eventuella regionala eller andra skillnader, men även förändringar och utveckling av barns tandhälsa och vårdpanorama över tid – information som i dag efterfrågas av vetenskapen och av myndigheter med uppdrag att följa hälsans utveckling, däribland Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten. Möjligheten skulle även finnas för regionerna att ha en differentierad kapiteringsersättning baserad på individuell risk hos patienten.

8.9 Bedömningar och förslag

8.9.1 Avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna ska erbjudas till och med det år de fyller 19 år

Förslag: Regionen ska ansvara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år då de fyller 19 år. Sänkningen av den nuvarande åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna ska göras med beaktande av vårdgivarnas förutsättningar att fullfölja påbörjade behandlingar. Ikraftträdandet av förändrad åldersgräns ska anpassas till ikraftträdandet av andra föreslagna förändringar av tandvårdssystemet.

Skälen för utredningens förslag: Den övre åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna har mellan åren 2017 och 2019 successivt höjts och omfattar i dag personer till och med det år då de fyller 23 år. Utredningen föreslår att unga vuxna mellan 20 och 23 år inte längre ska omfattas av regionens skyldighet att erbjuda avgiftsfri tandvård utan i stället omfattas av statligt tandvårdsstöd. Skälen till detta kan sammanfattas på följande sätt.

För det första ser utredningen det som angeläget att i första hand styra offentliga resurser till de patienter som har störst behov av tandvård. Den kartläggning som utredningen har gjort av patienterna i olika delar av tandvårdssystemet visar att tandhälsan för gruppen unga vuxna är god på befolkningsnivå. De senaste 20 åren har flertalet studier visat på att det framför allt är bland äldre barn och unga vuxna som en positiv utveckling av tandhälsan har skett. Trots detta finns tydliga indikationer på att det även är bland unga vuxna patienter som konsumtionen av basundersökningar är högst, justerat för skillnader i tandhälsa mellan grupper. Argument som framfördes för avgiftsfri tandvård till personer i åldrarna 20–23 år var att detta skulle främja regelbundenhet och på sikt minska skillnader i tandhälsa mellan grupper.[26] Utredningens analys av besöksmönster och tandhälsa i olika åldersgrupper indikerar att införandet av avgiftsfri tandvård till gruppen 20–23 år har medfört att friska patienter konsumerar mer tandvård än vad som är odontologiskt motiverat, med vissa undanträngningseffekter och ineffektiv användning av tandvårdens samlade resurser som följd. Utredningen bedömer därför att

[26] Ds 2015:59 *Särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa*.

ett statligt tandvårdsstöd till gruppen unga vuxna mellan 20 och 23 år i och med förslaget om tandhälsoplan bättre skulle svara mot principen om tandvård efter behov och att en sådan förändring skulle ge förutsättningar till ökad resurseffektivitet genom att resurser frigörs inom andra delar av tandvårdssystemet där tandvårdsbehoven är större.

För det andra, kan utredningen konstatera att reformen med en utökad tandvård till barn och unga vuxna tar betydande resurser i anspråk inom folktandvården. Tandvårdsmarknaden har som helhet blivit allt mer uppdelad de senaste åren, och folktandvården har i dag 86 procent av patienterna inom tandvården för barn och unga vuxna. En redan ansträngd folktandvård har fått ett större åtagande när det gäller barn och unga vuxna, vilket lett till undanträngningseffekter och en prioriteringsproblematik. Det råder i dag brist på tandvårdspersonal i stora delar av landet, vilket är något som alla vårdgivare måste hantera och förhålla sig till. Folktandvårdens befolkningsansvar ställer dock särskilt stora krav vad gäller lokal närvaro och tillgänglighet. Möjligheten att rekrytera personal i mer glesbefolkade delar av landet är begränsade, och styrs i hög grad av faktorer som urbanisering och demografiska förändringar. Utredningens bedömning är att en sänkt åldersgräns för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna till 19 år kan förbättra folktandvårdens förutsättningar att i en tid av knappa personella resurser klara sitt lagreglerade uppdrag och åtagande. En större del av tandvårdsmarknaden blir konkurrensutsatt jämfört med i dag, vilket skapar incitament för privata vårdgivare att ta ett större ansvar för tandvård till gruppen unga vuxna 20–23 år. Folktandvården får större möjligheter att fördela resurser till andra delar av sin verksamhet, såsom allmäntandvård till vuxna, vilket skulle förbättra konkurrensen på tandvårdsmarknaden som helhet. Av flera olika skäl, såsom ersättningssystemets konstruktion, omfattande administration vid upphandling och avtal samt patienttillgång, är folktandvården den främsta aktören inom tandvård till barn och unga vuxna, medan de privata vårdgivarna är större inom den vuxentandvård som finansieras genom det statliga tandvårdsstödet. Att finansieringsansvaret för tandvården som ges till en patientgrupp på cirka 460 000 individer till regionen har inneburit ett inte obetydligt ingrepp i den konkurrensutsatta tandvårdsmarknaden och förstärkt tudelningen av marknaden. En sänkt åldersgräns skulle enligt utredningens bedömning bidra till att motverka denna tudelning av tandvårdsmarknaden och öka dynamiken genom att en

relativt stor patientgrupp överförs från en prisreglerad till en konkurrensutsatt del av tandvårdsmarknaden.

Ytterligare ett skäl till utredningens förslag är att en sänkt gräns för avgiftsfri tandvård innebär mindre administrativa kostnader för att upprätthålla en kontinuerlig kontakt med en rörlig patientgrupp. Statistik från SCB visar att det är vanligt att i åldrarna 20–23 år studera på annan ort än hemorten och ungefär 10 procent studerar i ett annat län än där man är folkbokförd. Vissa regioner ger möjligheten att fritt välja vårdgivare inom en annan region och andra inte, vilket gör det svårt att navigera i systemet för både patient och vårdgivare. Olika regler innebär därtill administrativa problem för regionerna vad gäller finansieringen och hur avtal upprättas med vårdgivare i andra regioner. Utredningens bedömning är att systemet med listning inte är anpassat för en geografiskt rörlig patientgrupp och att förutsättningarna för att bibehålla en god munhälsa inte ska försvåras av komplicerade regler för hur ersättning ska betalas över regiongränser. I dialog med företrädare för tandvården har framkommit att uteblivandet är nära nog dubbelt så högt för patienter i åldrarna 20–23 år jämfört med övriga patienter inom tandvården till barn och unga vuxna. Detta är både en fråga om kostnader och om effektivt resursutnyttjande.

Ur ett samhällsodontologiskt perspektiv kan det förvisso vara väl motiverat att erbjuda avgiftsfri tandvård till unga vuxna. Ju högre upp i ålder en person kostnadsfritt kan göra regelbundna förebyggande tandvårdsbesök, kan det ge möjligheter för att personen bibehåller en regelbunden tandvårdskontakt och en god tandhälsa senare i livet. Unga vuxna har generellt sett lägre inkomster än äldre vuxna, exempelvis för att de studerar eller är arbetssökande. För unga vuxna med mer omfattande tandvårdsbehov och svag ekonomi kan avgiftsfri tandvård innebära en möjlighet att i tid åtgärda problem som annars riskerar att påverka tandhälsan för lång tid framöver. Även ur ett bettutvecklingsperspektiv kan det vara motiverat att erbjuda unga vuxna en möjlighet till avgiftsfri behandling.

Det sista steget i den successiva höjningen av åldersgränsen för avgiftsfri tandvård gjordes så sent som år 2019. Det innebär att det i dagsläget är för tidigt att kunna dra några säkra slutsatser om effekterna på unga vuxnas tandhälsa av den höjda åldersgränsen. Däremot finns det möjligheter att studera skillnader i besöksmönster och tandvårdskonsumtion mellan åren då unga vuxna omfattades av det

statliga tandvårdsstödet och när samma grupper omfattas av den avgiftsfria tandvården. Utredningen kan se att reformen om höjd åldersgräns har inneburit att besöksfrekvens i tandvården i dag är högre för patienter mellan 20 och 23 år än då de mottog statligt tandvårdsstöd. En fråga är hur stor risken är att dessa patienter som i dag får kostnadsfri tandvård kommer att avstå tandvård när de själva kommer att behöva bära en del av kostnaden. Utredningen bedömer att denna risk förvisso föreligger men att den kan motverkas av förslaget om tandhälsoplan. För både vårdgivare och patient innebär införandet av tandhälsoplan att övergången mellan den avgiftsfria tandvården i regionernas regi och det statliga tandvårdsstödet blir enklare än i dag. I den unga vuxna patientens tandhälsoplan finns en fastställd tidplan för den framtida tandvården, vilken patienten då tar med sig in i det statliga tandvårdsstödet. På detta sätt kan kontakten bibehållas mellan patienten och tandvården i en fas i livet då den sociala rörligheten är stor. Patientens kostnad för besök inom tandhälsoplan föreslås vara 200 kronor, vilket innebär en låg ekonomisk tröskel.

Sammanfattningsvis är det alltså utredningens bedömning att avgiftsfri tandvård till unga vuxna i åldersgruppen 20–23 år inte innebär 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 dessutom 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.

8.9.2 Riskbedömning av barn och unga vuxna

Bedömning: Bedömning avseende risk för oral sjukdom, eller progression av befintlig oral sjukdom, bör utföras på alla patienter som omfattas av avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna. Riskbedömningen bör göras med stöd av en särskild anpassad version av det riskbedömningssystem som enligt förslag ska utvecklas inom det statliga tandvårdsstödet.

Skälen för utredningens bedömning: Som framgår av kapitel 9 föreslår utredningen att individuell riskbedömning ska erbjudas till alla patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd. Riskbedömningen ska utgöra grund för ersättning av undersökning och viss förebyggande tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. I kapitel 9 redovisar utredningen också förslaget att Socialstyrelsen, Försäkringskassan och TLV ska ges ansvar för utveckling, reglering och implementering av ett statligt nationellt riskbedömningssystem. Förslaget innebär bland annat att en digital struktur för inrapportering av vissa uppgifter från samtliga vårdgivare inom det statliga tandvårdsstödet till Försäkringskassan ska utvecklas och implementeras i tandvården för en individuell riskbedömning. Det är utredningens bedömning att riskbedömning i enlighet med det system som föreslås för det statliga tandvårdsstödet även bör omfatta barn och unga vuxna. Skälen till detta är följande.

För det första ger enhetlig, systematisk och nationell risk-bedömning även inom tandvården till barn och unga vuxna bättre förutsättningar än i dag att följa risken för sjukdom och sjukdomsutveckling på nationell nivå från barn till vuxen. För närvarande är Socialstyrelsens årliga sammanställning av tandhälsans utveckling i rapporten ”Karies bland barn och unga” en av få uppföljningar som sker av barns tandhälsoutveckling på nationell nivå.

Ett andra argument för en enhetlig nationell riskbedömningsmodell är att det skulle synliggöra regionala skillnader i tandhälsa av barn och unga vuxna och bidra till en mer nationellt enhetlig bedömning av dessa patienters nuvarande och framtida tandvårdsbehov. Det kan därmed bidra till att minska de regionala skillnaderna i tandvård och, på sikt, tandhälsa. Riskbedömning är ett viktigt verktyg för att fastställa revisionsintervallet för undersökning och av förebyggande och regelbunden tandvård. Det finns dock ingen nationell samsyn mellan regionerna, eller mellan vårdgivare, om vilka kriterier och parametrar som riskbedömningen bör omfatta för barn och unga. Metoderna för att bedöma och kategorisera olika risknivåer varierar således. En systematisk och nationell riskbedömning kan vara ett viktigt underlag för tandvården i planeringen av den dagliga verksamheten, exempelvis vad gäller patientflöden, arbetsfördelning och tillgång till personella resurser. En mer transparant redovisning och bättre möjlighet att studera barn och unga vuxnas tandhälsa ger

underlag till beslutsfattare i diskussioner om omfattningen av den tandvård som erbjuds och effekter av regionala och lokala insatser.

Ett tredje argument är att en enhetlig riskbedömningsmodell som tillämpas av samtliga vårdgivare skulle garantera förbättrade möjligheter till uppföljning och forskning. Bland annat möjliggörs longitudinella studier av befolkningens tandhälsoutveckling. Ett annat exempel är förbättrade möjligheter till registerbaserade studier om bakomliggande orsaker till skillnader i tandhälsa mellan grupper av barn.

Mot denna bakgrund är det utredningens bedömning att riskbedömning bör göras även av alla patienter som omfattas av avgiftsfri barn- och ungdomstandvård. Riskbedömningen bör göras med stöd av en särskild anpassad version av det riskbedömningssystem som föreslås utvecklas för det statliga tandvårdsstödet. Socialstyrelsen, TLV och Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla och reglera ett riskbedömningssystem anpassat för tandvård till barn och unga vuxna.

8.9.3 Data om barn och unga vuxnas tandhälsa och tandvård till tandhälsoregistret

Bedömning: 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 behandlingsåtgärd. 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. 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. Utredningen bedömer att TLV bör ges i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen utveckla ett sådant särskilt kodverk för barn och unga vuxna.

Skälen för utredningen bedömning: Tandvård till barn och unga vuxna utgör en betydande del av svensk tandvård. Att systematiskt och på nationell nivå inhämta uppgifter om tandvård och tandhälsa bland

barn och unga vuxna är därför centralt för möjligheterna att utveckla, följa upp tandhälsan och utvärdera behandlingsmetoder inom tandvården, bland annat mot ökad jämlikhet. Respektive region skulle även genom nationell uppföljning med hjälp av tandhälsoregistret bättre kunna följa utvecklingen av barn och unga vuxnas tandhälsa inom sin region. Avseende vuxna patienter fyller Socialstyrelsens tandhälsoregister en funktion som statistikbas för uppföljning, utvärdering och forskning på tandhälso- och tandvårdsområdena. Registret har därmed en viktig funktion när det gäller nationell kunskapsstyrning, uppföljning och utveckling. Utredningen anser i likhet med såväl regeringen som tidigare utredningar och berörda myndigheter att det vore önskvärt att inkludera uppgifter om barn och unga vuxnas tandhälsa samt tandvård till barn- och unga vuxna i tandhälsoregistret.

Socialstyrelsen redovisade i mars 2017 på regeringens uppdrag ett förslag till hur tandvård till barn, unga och asylsökande skulle kunna omfattas av tandhälsoregistret. Socialstyrelsen föreslog att regionerna skulle vara skyldiga att samla in, kontrollera och lämna uppgifter om de aktuella patienternas tandhälsa och utförd tandvård till myndigheten. Regionerna skulle enligt förslaget även vara skyldiga att lämna uppgifter om tandvård som utförts av andra vårdgivare än folktandvården. Myndigheten föreslog också att uppgifter om tandstatus per tandnummer och tandyta samt uppgifter om extern orsak vid tandskada, liksom uppgifter om föräldrarnas födelseland skulle omfattas av uppgiftsskyldigheten, vilket till del är mer omfattade än de uppgifter som rapporteras in för vuxna i dag. Socialstyrelsens bedömning var att den tekniska lösningen som används för insamling av uppgifter från journalsystem till kvalitetsregistret SKaPa skulle kunna användas även för detta ändamål. Dock bedömdes regionerna behöva investera i en särskild databasserver samt avsätta resurser för drift, underhåll och utveckling av en särskild IT-plattform.

När det gäller tillvägagångssättet för att inkludera uppgifter om barn och unga i tandhälsoregistret gör utredningen bedömningen att det väsentliga är att uppgifterna kommer in genom ett så automatiserat förfarande som möjligt utan att det innebär en ökad administrativ börda och kostnad för vårdgivare och huvudmän. Erfarenheterna från andra delar av tandvårdssystemet är att det är svårt att motivera vårdgivare att dokumentera och rapportera in uppgifter om detta inte också utgör ett villkor för ekonomisk ersättning. I det

perspektivet bör det enligt utredningen övervägas om ett system för uppgiftsinhämtning av uppgifter om barn och unga vuxna kan bygga på redan befintliga digitala system som vårdgivare redan tillämpar i dag och är förtrogna med. Inom det statliga tandvårdsstödet ersätts de anslutna vårdgivarna per utförd åtgärd. För att ersättningen ska betalas ut från Försäkringskassan behöver vårdgivaren från sitt journalsystem rapportera in uppgifter dels om patienten, dels om den tandvård som utförts på patienten. Grunden för denna rapportering är det statliga tandvårdsstödets tillstånds- och åtgärdskoder.

Inom tandvården till barn och unga vuxna ser de rapporteringskrav som vårdgivaren måste förhålla sig till annorlunda ut. Detta beror bland annat på att vårdgivaren ersätts av den egna regionen enligt en kapiteringsmodell där merparten av ersättningen är fast och knuten till varje listat barn eller ung vuxen. I regionerna ställs krav på rapportering av bland annat epidemiologiska data och information om basundersökning i de avtal regionerna har med vårdgivare inom tandvården till barn och unga vuxna. Kraven på inrapportering av data är dock delvis olika mellan regioner. Vissa, dock inte alla, regioner kompletterar den fasta ersättningen med en rörlig del för viss behandling (se kapitel 6). I regioner där i stort sett all tandvård till barn och unga vuxna utförs av folktandvården, har regionen i regel bättre kunskap om vilken tandvård som utförs i och med att folktandvården använder sig att ett gemensamt journalsystem. I regioner med många privata vårdgivare, har regionen sämre möjligheter till att följa upp utförd vård.

Genom att i princip samtliga vårdgivare inom tandvården är anslutna till det statliga tandvårdsstödet, används TLV:s koder för tillstånd och åtgärder även inom andra tandvårdsstöd än det statliga. När det gäller tandvård till barn och unga vuxna har det kommit till utredningens kännedom att vårdgivare ofta av praktiska skäl noterar tillstånd och behandlingsåtgärder enligt samma kodsystem som för vuxna patienter när så är möjligt i samband med sin journalföring över den tandvård som utförts. Tandvård som kan vara specifik för barn, exempelvis interceptiv tandreglering och lugnande premedicinering, registreras ofta utifrån lokalt upprättade koder specifikt för dessa ändamål. Det finns starka incitament för vårdgivares följsamhet till TLV:s koder för vuxna patienter eftersom en inrapportering från det egna journalsystemet är en förutsättning för att få ersättning. Härigenom har rutinen att behandlaren tillämpar kodverket

etablerats. När det gäller tandvård till barn och unga vuxna kan inrapportering av uppgifter om tandhälsa, tillstånd och behandling regleras i avtal. Det saknas dock en nationellt enhetlig praxis och systematik för vilka uppgifter som rapporteras. Utredningen anser att detta är en grundförutsättning för att kunna följa upp och analysera tandhälsan bland barn och unga vuxna och den tandvård som utförs på dessa patienter. Utredningens bedömning är att behövs ett rapporteringsstöd med koder för tillstånd och åtgärder inom tandvård till barn och unga vuxna som utgår från samma struktur som nuvarande kodstruktur inom det statliga tandvårdsstödet, med kompletterade koder för tillstånd och åtgärder som är specifika för patientgruppen. Fördelarna med detta är flera. Ett sådant rapporteringsstöd förbättrar markant jämförbarheten av barn och unga vuxnas tandhälsotillstånd och den tandvård som utförs. Det finns i dagsläget såväl kunskapsluckor som regionala skillnader i val av behandling för olika grupper av barn. Utredningen kan konstatera att det otillräckliga kunskapsunderlaget när det gäller barn och ungas tandhälsa även var något som utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd pekade på.[27] Vidare skulle ett rapporteringsstöd som utgår från det statliga tandvårdsstödets kodstruktur innebära att historiken av orala sjukdomstillstånd kan följas på ett bättre sätt än i nuläget. Framför allt skulle detta vara av värde för exempelvis longitudinella studier från barn till vuxen. En mer systematisk rapportering skulle också skapa ett bättre underlag för regionerna i deras arbete med att planera tandvården utifrån befolkningens behov. Ett exempel skulle kunna vara en kod för barn som uteblir från tandvård. Detta är inget som är kodifierat inom statligt tandvårdsstöd, men det kan finnas skäl för uppföljning av uteblivanden inom tandvården till barn och unga vuxna.

Utredningens sammanvägda bedömning är att Socialstyrelsens tandhälsoregister 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 behandlingsåtgärd. Genom att anpassa rapporteringen till den digitala struktur som utredningen föreslår ska utvecklas för riskbedömning och fastställande av tandhälsoplan samt den befintliga kodstruktur för inrapportering av tillstånd och åtgärder som finns i det statliga tandvårdsstödet, skapas enligt utredningen tillräckligt starka incita-

[27] SOU 2015:76 *Ett tandvårdsstöd för alla - Fler och starkare patienter.*

ment för god följsamhet hos vårdgivarna. Registrering av koder förekommer redan i dag inom tandvården till barn och unga vuxna. Att uppgifterna överförs till Försäkringskassan innebär i princip inget merarbete för behandlaren. Uppgifter om patienten skickas automatiskt till Försäkringskassan via ett IT-system som är integrerat med vårdgivarens journalsystem, och uppgifterna skickas därefter direkt vidare till Socialstyrelsens tandhälsoregister. Detta är ett tillvägagångssätt som tillämpas i dag för uppgifter om tandhälsa i form av kvarvarande och intakta tänder till tandhälsoregistret.

En förutsättning för att kunna rapportera utförda åtgärder på barn och unga vuxna är att ett särskilt rapporteringsstöd i form av ett nationellt kodverk för dessa patienter utvecklas som ett komplement till nuvarande kodverk inom det statliga tandvårdsstödet. Utredningen bedömer att TLV bör ges i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen utveckla ett sådant särskilt kodverk för barn och unga vuxna.

8.9.4 Nationella riktlinjer bör omfatta barn och unga vuxna

Bedömning: 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.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen har i tidigare kapitel lyft betydelsen av att svensk tandvård baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. En förutsättning för att denna målsättning ska kunna uppnås är att det finns ett uppdaterat och tillämpbart kunskapsstöd som omfattar tandvårdens samtliga patientgrupper. När det gäller kunskapsstöd i olika former är Socialstyrelsens nationella riktlinjer bland de mest betydelsefulla. Nationella riktlinjer är avsedda som stöd för ledning och styrning när syftet är att fördela resurser efter befolkningens behov och så att de gör största möjliga nytta. Riktlinjerna, som är framtagna utifrån aktuell forskning och beprövad erfarenhet, visar på nyttan och riskerna med olika åtgärder. De kan också utgöra väg-

ledning för vårdgivare men är inte bindande uttalanden om lämpliga behandlingsåtgärder eller rådgivning till patienter i enskilda fall.

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med en uppdatering av de befintliga nationella riktlinjerna för vuxentandvård. De nya riktlinjerna publiceras i remissversion år 2021 och i slutversion år 2022. Arbetet inkluderar dels att uppdatera befintliga rekommendationer i de fall detta är nödvändigt, dels att ta fram nya rekommendationer som är viktiga ur ett styrnings- och ledningsperspektiv för helt nya områden och patientgrupper, bland annat avseende barn.

De nationella riktlinjerna fungerar i dag som ett underlag vid framtagandet av mer behandlarnära regionala och lokala vårdprogram för vuxentandvård. När det gäller regionala och lokala vårdprogram för tandvård till barn finns inga nationella riktlinjer att utgå från, eftersom de nuvarande riktlinjerna inte omfattar barn. Utredningen konstaterar att regionerna i dag tillämpar olika lägstanivåer för vad som anses rymmas inom begreppet fullständig och kostnadsfri tandvård. Kriterier för att exempelvis behovsgradera tandregleringsbehandling skiljer sig åt över landet. Även när det gäller att förebygga karies tillämpas olika åtgärder i olika regioner. Att regionerna tillämpar olika revisionsintervall är ett annat exempel på de regionala skillnaderna.

SBU har tagit fram flera rapporter som gett värdefull kunskap om förebyggande tandvårdsinsatser, riskbedömning och undersökningsintervall. Samtidigt har SBU identifierat ett antal kunskapsluckor och efterlyst goda vetenskapliga studier för att fylla dessa luckor. I brist på nationella riktlinjer har regionerna tagit fram egna vetenskapliga underlag inom områden där sådana är relativt lättillgängliga exempelvis om hur individuella riskbedömningar kan vara underlag för revisionsintervall och vårdprogram. Ett annat område är förebyggande insatser riktade till populationer och individer.

Alla patienter bör erbjudas tandvård som baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygger på vetenskap och beprövad erfarenhet. Att inkludera tandvård till barn i Socialstyrelsens nationella riktlinjer är därför av central betydelse för möjligheterna att nå en mer jämlik tandvård och tandhälsa.

9 Vuxna utan särskilda behov

9.1 Analys

I kapitlet redovisas utredningens analys samt bedömningar och förslag avseende den tandvård som erbjuds till vuxna utan särskilda behov och som finansieras genom statligt tandvårdsstöd och patientavgifter. Det omfattar således sådan tandvård som ges till personer som är över eller under året fyller 24 år och sådan tandvård som inte berättigar till särskilt tandvårdsstöd som regionerna ansvarar för.

När det gäller tandvården till vuxna utan särskilda behov är det främst förutsättningar kopplat till kön, ålder, inkomst, utbildningsnivå och födelseland som analyseras särskilt. Analysen avseende andra förutsättningar som fysisk eller psykisk ohälsa, funktionsnedsättning och vård- och omsorgsbehov återfinns i första hand i kapitel 10.

Analysen i detta kapitel utgår från iakttagelser som utredningen gjort som berör jämlikhetsaspekter av tandhälsans utveckling bland vuxna och tandvårdssystemets funktionssätt för denna del av tandvården. Vissa aspekter, exempelvis prissättning, prisutveckling och behandlarkoncentration i olika delar av landet, behandlas endast översiktligt i detta kapitel och mer ingående i kapitel 7.

De faktauppgifter som redovisas i kapitlet är i huvudsak hämtade från betänkandets bakgrundskapitel och saknar därför i vissa fall källhänvisning. För faktauppgifter som inte återfinns i betänkandet redovisas källan i fotnot.

9.1.1 Vuxnas tandhälsa förbättras – men skillnaderna mellan grupper kvarstår

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.

Flera uppföljningar under senare år, bland annat baserade på Socialstyrelsens tandhälsoregister, visar att tandhälsan på befolkningsnivå utvecklas positivt bland de vuxna som besöker tandvården. Antalet kvarvarande och intakta tänder i befolkningen har ökat under den senaste tioårsperioden, vilket indikerar en förbättrad tandhälsa. Den demografiska utvecklingen med växande och samtidigt åldrande befolkning innebär att befolkningen i dag har 20 miljoner fler tänder än för tio år sedan. Detta har lett till det som ibland beskrivs som tandvårdens paradox – ju fler tänder befolkningen har kvar, desto större är det potentiella behovet av vård och behandling i framtiden. Detta ställer ökade krav på tandvårdens prioriteringsförmåga samt kostnads- och resurseffektivitet.

Även den självskattade tandhälsan i befolkningen blir allt bättre. År 2018 var det 75 procent av befolkningen mellan 16 och 84 år som upplevde sin tandhälsa som god eller mycket god, vilket kan jämföras med 72 procent tio år tidigare. Allt färre upplever också sin tandhälsa som dålig eller mycket dålig.

När det gäller tandhälsans fördelning i den vuxna befolkningen framträder i princip samma mönster som för det allmänna hälsotillståndet. Lågutbildade, personer med låg inkomst och personer med svag anknytning till arbetsmarknaden har färre kvarvarande och intakta tänder. Detsamma gäller personer födda utanför EU. Även när det gäller upplevd tandhälsa är skillnaderna tydliga på det sättet att dessa grupper skattar sin egen tandhälsa som sämre än grupper med högre utbildning, högre inkomst och som är födda i Sverige.

Utredningen kan mot denna bakgrund konstatera att tandhälsan i Sverige utvecklas på liknande sätt som folkhälsan i övrigt. I de flesta avseenden förbättras tandhälsan på befolkningsnivå, men utvecklingen skiljer sig åt mellan olika grupper i samhället. För vissa grupper har utvecklingen gått långsammare eller stått stilla. Hälsoklyf-

torna består således och för att nå målet om en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem krävs en kombination av generella insatser för hela befolkningen och riktade insatser för vissa grupper. Exempel på generella insatser kan vara ett system som möjliggör för alla att utan större hinder av kostnaden få sin tandhälsa undersökt och sitt tandvårdsbehov bedömt. Riktade insatser kan vara dels ett tandvårdsstöd som ger högre subvention när vårdbehovet är större, dels ett uppsökande och hälsofrämjande arbete för att nå grupper som inte regelbundet besöker tandvården.

Finansieringsmodellen för tandvård till vuxna där patienten 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 finansieringsmodellen påverkar tandhälsan negativt, beror i hög grad på samhällsutvecklingen i stort. Den statliga Jämlikhetskommissionen konstaterade i sitt slutbetänkande från 2020 att Sverige efter en historiskt positiv utveckling med en relativt sett hög grad av jämlikhet 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 övergripande bedömning att finansieringsmodellen för tandvård till vuxna i kombination med ökade socioekonomiska skillnader i samhället i stort, befäster de befintliga skillnaderna i tandhälsa. Dock påverkas tandhälsan av en rad andra faktorer än patientens betalningsförmåga. Inte ens ett helt avgiftsfritt tandvårdssystem skulle sannolikt leda till jämlik tandhälsa. Erfarenheterna av helt avgiftsfria vårdtjänster som exempelvis screeningprogram är en lägre täckningsgrad i grupper med socioekonomiskt svag position. Samma mönster kan noteras för den avgiftsfria tandvården till barn och unga vuxna.

9.1.2 Både lägre besöksfrekvens och sämre tandhälsa bland personer med svag socioekonomisk position

Som framgår av kapitel 6 har utredningen med stöd av bland annat statistik och simuleringsmodeller från SCB, studerat sammansättningen av de andelar av befolkningen som under år 2018 besökte,

respektive inte besökte, tandvården. Studien visar att personer med låg ekonomisk standard är överrepresenterade i gruppen som inte gjort ett besök i tandvården under året. Detsamma gäller för personer födda utanför EU. Även faktorn utbildningsnivå påverkar benägenheten att besöka tandvården – ju högre utbildningsnivå, desto högre besöksfrekvens. Dessa resultat avseende besöksfrekvens pekar i en liknande riktning som för tandhälsan – personer med låg utbildningsnivå, låga inkomster eller som inte har en stark anknytning till arbetsmarknaden har i genomsnitt en sämre tandhälsa.

Försäkringskassan konstaterade i rapporten ”När tänderna får vänta” från år 2012 att benägenheten att besöka tandvården är lägre i de grupper som i stor utsträckning har uppgett att de har en dålig tandhälsa. Detta förhållande kvarstår alltjämt. Det är alltså inte så att sämre tandhälsa innebär mer frekventa tandvårdsbesök, snarare tvärtom, med undantaget att det är vanligare bland personer med dålig tandhälsa att besöka tandvården vid akuta besvär. Detta indikerar att det finns en grupp i Sverige som är i behov av tandvård, men som avstår från att regelbundet besöka tandvården. En uppskattning baserad på SCB:s undersökning om levnadsförhållanden är att det kan vara så många som 260 000 personer i åldrarna 16 år och äldre som under ett år avstår från att besöka tandvården trots behov. Som en andel av befolkningen motsvarar detta cirka 3 procent.

9.1.3 Besöksfrekvens och konsumtionsmönster återspeglar inte fullt ut befolkningens behov

Sedan år 2008 har andelen som under ett år besöker tandvården sjunkit stadigt. Minskningen är större bland män än bland kvinnor och det är framför allt personer i åldrarna 30–64 år som i lägre utsträckning besöker tandvården. Bland de allra yngsta och äldsta i den vuxna befolkningen syns en trend med att fler besöker tandvården. Att dra slutsatser om sambandet mellan tandhälsa, besöksfrekvens eller tandvårdskonsumtion är komplext. Det beror bland annat på att en betydande del av tandvårdskonsumtionen utgörs av förebyggande insatser, som exempelvis regelbundna undersökningar. Att regelbundet undersöka sin tandhälsa bidrar till att bibehålla en god tandhälsa eftersom det innebär att exempelvis tidiga stadier av, eller förhöjd risk för, karies eller parodontit kan upptäckas och behandlas. Detta skulle tala för att personer med god tandhälsa också konsu-

merar jämförelsevis mycket tandvård, när undersökningar och förebyggande behandling inkluderas i begreppet tandvård. Å andra sidan kan hög konsumtion av reparativa eller protetiska behandlingar indikera en sämre tandhälsa. Som jämförelse ser sambandet mellan hälsa och vårdkonsumtion inom övrig hälso- och sjukvård ofta ut så att en frisk patient har låg vårdkonsumtion, eftersom vårdens fokus i huvudsak är vård och behandling av redan befintlig ohälsa.

En förklaring till den sjunkande besöksfrekvensen på befolkningsnivå kan alltså vara att tandhälsan totalt sett förbättrats och att det faktiska behandlingsbehovet därför minskat. En studie som utredningen gjort i samarbete med TLV visar att andelen av de basundersökningar som görs som inte leder till någon efterföljande behandling har ökat under den senaste tioårsperioden. Givet ett antagande om att antalet personer som får förslag om behandling, men som tackar nej, har varit konstant under perioden, kan denna studie ses som en indikation på att befolkningens tandhälsa blivit bättre. För att pröva den tesen krävs dock en analys av vilken typ av tandvård som konsumeras av olika patientgrupper och hur konsumtionsmönstret har förändrats över tid. Vilka tillstånd som behandlas och vilka åtgärder som konsumeras i olika grupper av befolkningen är centralt för förståelsen av sambandet mellan tandhälsa och tandvårdskonsumtion.

En annan bidragande orsak kan vara tandvårdens bristande kapacitet på grund av resursbrist och kompetensförsörjningsproblem. Att kompetensförsörjningsproblem uppstår kan i sig har olika förklaringar, vilket analyseras närmare i kapitel 7. I flera regioner som utredningen har besökt tillämpas i dag längre revisionsintervall för vuxna patienter än tidigare. Regionernas lagstadgade skyldighet att erbjuda tandvård till barn och unga vuxna och tandvård inom det särskilda tandvårdsstödet påverkar folktandvårdens kapacitet att ta emot vuxna patienter inom allmäntandvården. Även om den generella bilden är att patienter kallas tillräckligt ofta, anger både regioner och enskilda vårdgivare ofta resursbrist som ett av skälen till de längre revisionsintervallen. Dock bör i detta sammanhang understrykas att revisionsundersökning i sig inte gör patienter friskare. Längre revisionsintervall kan i många fall vara väl motiverat ur ett odontologiskt perspektiv eller åtminstone inte förenat med sådan risk att det inte bör tillämpas, även om det givetvis finns en gräns för hur långa intervallen bör vara.

En tredje omständighet som delvis kan förklara den sjunkande besöksfrekvensen är den höjda åldersgränsen för avgiftsfri tandvård. Den data som används för att följa upp besöksfrekvensen bygger på uppgifter om det statliga tandvårdsstödets användning. Under perioden 2017 till 2019 har personer mellan 20 och 23 år gradvis övergått från det statliga tandvårdsstödet till den regionfinansierade tandvården för barn och unga vuxna. Eftersom detta är en patientgrupp med en i genomsnitt låg besöksfrekvens, påverkar det till viss del statistiken. Hur stor påverkan som reformen har haft på statistiken över besöksfrekvensen bland vuxna i tandvården går inte att fastställa, eftersom det inte går att säga hur många besök personer mellan 20 och 23 år hade gjort år 2019 om de omfattats av det statliga tandvårdsstödet. Data visar dock att besöksfrekvensen har minskat med 2 procentenheter bland personer 25 år och äldre under perioden 2016–2019.

9.1.4 Inga betydande könsskillnader i tandhälsa – men kvinnor konsumerar mer tandvård än män

Statistik över tandvårdskonsumtion inom det statliga tandvårdsstödet mätt i undersökningsminuter visar att vuxna kvinnor konsumerar mer tandvård än vuxna män. Mönstret gäller oavsett ålder. Unga kvinnor i åldern 25–29 år vänder sig till tandvården för en undersökning 14 procent oftare än statistiskt förväntat, det vill säga med hänsyn taget till deras förväntade tandhälsa. Män konsumerar mindre tandvård än statistiskt förväntat och det är i åldersgruppen 30–39 år som mäns konsumtion avviker mest från genomsnittet. Frågan blir då om detta är motiverat av att kvinnor har sämre tandhälsa än män. När tandvårdskonsumtionen justeras för skillnader i tandhälsa, mätt som kvarvarande och intakta tänder, förefaller så inte vara fallet. På befolkningsnivå finns inga tydliga skillnader i antalet kvarvarande tänder och intakta tänder mellan kvinnor och män. Medianen för kvarvarande tänder är för vissa åldersgrupper en tand lägre bland män, medan det i de flesta åldersgrupper inte föreligger någon skillnad alls. Antalet kvarvarande tänder skiljer sig något mer mellan män och kvinnor över 80 år, där den manliga medianpatienten generellt hade något fler tänder än motsvarande kvinnliga. Vad gäller ej intakta tänder finns inga skillnader alls upp till 75 års ålder, efter detta är medianvärdet i vissa åldersgrupper en tand mer bland kvinnor. Inte heller då statistiken delas upp på undergrupper finns några

tydliga skillnader i kvarvarande och ej intakta tänder mellan könen. Fördelat efter utbildningsnivå syns en tendens till att kvinnor med lägre utbildningsnivå har ett något lägre medianantal kvarvarande tänder än män i de äldsta åldersgrupperna, en skillnad som inte finns för yngre åldersgrupper eller bland de med högre utbildningsnivå.

9.1.5 Fler besöker endast tandvården akut

Andelen personer som endast besöker tandvården vid akuta besvär har de senaste åren ökat i de flesta grupper i befolkningen. Män skiljer ut sig genom att vara mer frekventa besökare i den akuta tandvården än kvinnor – ett omvänt förhållande jämfört med övriga typer av tandvårdsbesök. En förändring över tid är att andelen kvinnor under 35 år som endast besöker tandvården akut har ökat och under den senaste treårsperioden var det i dessa åldersgrupper vanligare för kvinnor än för män att besöka tandvården akut.

Det finns vissa regionala skillnader som sannolikt, åtminstone delvis, kan förklaras av bristande tillgänglighet till tandvård på grund av långa avstånd. I Norrbotten, exempelvis, är akutbesöken mer än dubbelt så vanliga som i Halland och Västra Götaland. Om patienter väljer att besöka tandvården akut eller för regelbundna undersökningar hör även samman med socioekonomisk position. Det är vanligare att endast göra akutbesök i tandvården bland personer med låg utbildning, låg inkomst eller som är födda utanför EU. Utredningen kan också konstatera att folktandvården har betydligt fler patienter som enbart går akut jämfört med privata vårdgivare. Bland 2018 års patienter var det 23 procent som fick en akut undersökning hos folktandvården.[1] Motsvarande andel bland den privata tandvårdens patienter var strax under 10 procent. Detta mönster har varit relativt konstant under perioden 2009–2018. En trolig förklaring är regionernas så kallade befolkningsansvar, vilket av regionerna tolkats som ett ansvar att ha jouröppna kliniker alla dagar på året för alla patienter som behöver uppsöka tandvården akut, vilket inte alla privata vårdgivare har.

[1] Åtgärd 103 heter Kompletterande eller akut undersökning. Statistiken avser även då folktandvården utför kompletterade kontroller, exempelvis inför bettrehabilitering.

9.1.6 Äldre konsumerar mer tandvård än yngre – och har sämre tandhälsa

Utbyggnaden av tandvården i Sverige under 1900-talet har i hög grad påverkat tandhälsan hos dagens äldre generationer. Vårdpanoramat förändras successivt. Den omfattande utbyggnaden av folktandvården, ett systematiskt förebyggande arbetssätt och införandet av en allmän tandvårdsförsäkring på 1970-talet har sammantaget medfört att dagens trettio- och fyrtiotalister har en bättre tandhälsa än tidigare generationer. Tandhälsa och tandvårdsbehov bland personer över 65 år ser i dag annorlunda ut än för några årtionden sedan. Fler intakta och kvarvarande tänder och mer fastsittande protetik kännetecknar dagens äldre. Generellt gäller dock såväl i dag som tidigare att äldre har större tandvårdsbehov och sämre tandhälsa än yngre. Med ålder ökar framför allt risken för orala sjukdomar, men även ett visst slitage relaterat till det naturliga åldrandet gör att tandhälsan generellt sett blir sämre med stigande ålder. Behovet av att laga tidigare lagade tänder ökar också med åldern på grund av att lagningarna har en begränsad livslängd.

Underlag från Socialstyrelsen visar också att skillnaderna i tandhälsa – mätt som kvarvarande och intakta tänder – ökar med ålder. Unga vuxna som går över från den avgiftsfria tandvården som bekostas av regionerna till det statliga tandvårdsstödet har i regel en god tandhälsa och skillnaderna i tandhälsa inom gruppen unga är små. Därefter ökar spridningen i tandhälsa långsamt upp till 70-årsåldern då en försämring kan ses, både vad gäller färre kvarvarande tänder och färre intakta tänder hos de individer som har sämst tandhälsa i åldersgruppen. Vid en närmare studie av den procentuella fördelningen för antal kvarvarande och intakta tänder framgår att det utöver en generell förbättring även finns en tendens till en minskad spridning i befolkningens tandhälsa. Därutöver kan en förbättring konstateras mellan åren 2009 och 2018, oavsett om patientens tandhälsa är bra eller dålig. De som år 2018 har den jämförelsevis sämsta tandhälsan i befolkningen, har en något bättre tandhälsa än de som hade den sämsta tandhälsan år 2009. På samma sätt gäller att de som år 2018 har den bästa tandhälsan, hade en bättre tandhälsa än de som låg bäst till år 2009.

9.1.7 Skyddet mot höga kostnader har en omfördelande effekt mellan inkomstgrupper

I dag har cirka 16 procent av den vuxna befolkningen som besöker tandvården tandvårdskostnader som överstiger 3 000 kronor per år, vilket innebär att de tar del av det statliga tandvårdsstödets högkostnadsskydd. Detta är en andel som varit relativt konstant de senaste åren. Nyttjandet av högkostnadsskyddet ökar med åldern upp till 74 år för att sedan avta kraftigt bland personer äldre än 75 år. I relation till befolkningen är det något vanligare att kvinnor nyttjar högkostnadsskydd, men nyttjandegraden i relation till antalet patienter är högre för män eftersom kvinnor besöker tandvården i högre utsträckning.

Ett sätt att analysera hur högkostnadsskyddet i det statliga tandvårdsstödet förmår att kompensera för människors olika ekonomiska resurser, är att studera de patienter som får störst subvention utifrån aspekter som exempelvis inkomst. Som framgår av kapitel 6 tar patienter med låga inkomster i hög uträckning del av den statliga subventionen inom högkostnadsskyddet. Därutöver är låginkomsttagare överrepresenterade bland de patienter som har de allra högsta subventionerna. Den grupp som får 20 000 kronor eller mer i subvention under ett år är patienter som gjort relativt omfattande och kostsamma behandlingar. En statlig subvention på den nivån betyder att behandlingen haft ett sammanlagt referenspris på minst 30 000 kronor.[2] En sådan behandling kostar patienten efter avräknat högkostnadsskydd cirka 10 000 kronor, eller mer om vårdgivarens priser är högre än referenspriset. Enligt utredningens analys uppvisar denna grupp den största inkomstspridningen, jämfört med grupper med lägre subventioner. Det är både personer med de högsta inkomsterna och personer med mycket låga inkomster som tar del av de högsta subventionerna. Statistiken ger således inte stöd för tesen att gruppen höginkomsttagare skulle vara överrepresenterade när det gäller kostsamma behandlingar. Andelen med de lägsta inkomsterna ökar ju högre subventionerna är. Mot denna bakgrund är det utredningens bedömning att högkostnadsskyddet fungerar relativt väl ur ett jämlikhetsperspektiv genom att det har en omfördelande effekt. Detta är ett resultat som också är i linje med tidigare studier, bland annat av Inspektionen för Socialförsäkringen år 2016.[3] Högkostnadsskyd-

[2] Summan av alla de utförda åtgärdernas referenspris eller vårdgivarens pris på åtgärden om detta är lägre än referenspriset.
[3] ISF. 2016. *Omfördelning inom tandvårdsstödets högkostnadsskydd*.

det möjliggör för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en lägre kostnad och det nyttjas relativt jämnt av alla inkomstgrupper.

9.1.8 ATB har en begränsad stimulerande effekt för förebyggande och regelbunden tandvård

Flera uppföljningar under senare år har visat att ATB har en begränsad effekt på besöksfrekvensen[4], vilket beskrivs i kapitel 6. ATB har heller inte någon betydande omfördelande effekt mellan socioekonomiska grupper eller grupper med olika tandvårdsbehov i befolkningen. Detta konstaterades bland annat av Riksrevisionen redan år 2012 och gäller enligt utredningens analys fortfarande.[5] Utredningen kan även baserat på en egen studie konstatera att höjningen av ATB inte märkbart påverkat besöksfrekvensen, detta trots att stödet är generellt och betalas ut till samtliga besökare som låtit utföra en ersättningsberättigande behandling. Inte heller då besöken studeras för delgrupper av befolkningen såsom kön, ålder, inkomst, utbildning och sysselsättning, syns en tydlig effekt av höjt ATB. Däremot har TLV i de uppföljningar myndigheten gör sett vissa indikationer på att de grupper som får det högsta ATB-beloppet efter införandet fått fler förebyggande åtgärder. Resultaten tyder på att förhöjt ATB kan medföra en risk för icke odontologiskt motiverad konsumtion av förebyggande tandvård och därmed statliga medel.[6] Detta har sannolikt sin förklaring i att tandvårdsbidraget för en patient som nyttjar två års ATB blir högre än kostnaden för en basundersökning. Detta överskott i subvention kan användas för att komplettera med åtgärder som har ett lågt referenspris, exempelvis som att avlägsna supragingival tandsten. Även om detta kan vara väl motiverat i det enskilda fallet kan konstateras att höjningar av ATB i den meningen riskerar att bli vårddrivande.

[4] Se bl.a. TLV. 2019. *Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018*, och Riksrevisionen. 2012. *Tandvårdsreformen 2008 – når den alla?* Samt SOU (2015:76) *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter.*
[5] Ibid.
[6] Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. 2019. *Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018*.

9.1.9 Flera samverkande faktorer bakom beslut att avstå tandvård

Studier av hur många som besöker tandvården under en treårsperiod visar att nästan en fjärdedel (23 procent) av den vuxna befolkningen inte har en regelbunden tandvårdskontakt. Utökas tidsintervallet till tio år visar statistiken att ungefär en tiondel (11 procent) av befolkningen inte besökt tandvården under denna tidsperiod. Orsakerna till detta varierar. Den mest uppenbara förklaringen är att det handlar om personer som inte själva upplever att de har ett behov, varken av undersökning eller behandling. Tidigare studier har visat att det var så många som 80 procent av dem som inte besökte tandvården som angav som skäl för detta att de inte hade ett behov.[7] Patientens egen bedömning av sitt tandvårdsbehov överensstämmer dock inte alltid med det faktiska odontologiska behovet. I vilken omfattning dessa personer har ett faktiskt odontologiskt behov är svårt att bedöma. Ur såväl ett samhällsekonomiskt som ett privatekonomiskt perspektiv vore det dock sannolikt kostnadseffektivt att personer utan en regelbunden tandvårdskontakt etablerar en sådan och genomgår undersökning med viss regelbundenhet samt vid behov genomgår efterföljande behandling.

Om målsättningen är att den del av befolkningen som inte regelbundet besöker tandvården ska göra det, behöver gruppens profil analyseras närmare. Utredningens slutsats är att det ofta är ett antal samverkande faktorer som tillsammans gör att vissa personer väljer att inte regelbundet besöka tandvården. En orsak som ofta uppmärksammas är när äldre personer går från att vara oberoende och relativt friska till att bli sköra med ett tilltagande vård- eller omsorgsbehov. I detta skede av livet tappar många sin tandvårdskontakt, bland annat därför att andra mer akuta eller direkta vårdbehov påverkar vardagen. I statistik över besöksfrekvensen i olika åldersgrupper syns detta mönster tydligt.

När det gäller personer födda utanför Norden/EU kan synen på vikten av regelbundna undersökningar och förebyggande behandling ha betydelse. Enligt uppgifter som lämnats till utredningen i samband med verksamhetsbesök är personer med bakgrund i länder som helt eller delvis saknar tradition av revisionstandvård, ofta mer benägna att vända sig till tandvården endast vid akuta besvär och mindre benägna

[7] Försäkringskassan.2012. *När tänderna får vänta. Socialförsäkringsrapport 2012:10.*

till förebyggande besök. Om detta dessutom sammanfaller med låg inkomst eller en på andra sätt socialt utsatt livssituation, försämras förutsättningarna ytterligare för en regelbunden tandvårdskontakt. Psykisk eller fysisk ohälsa, funktionsnedsättning, beroende- eller missbruksproblematik är andra faktorer som ytterligare förstärker tröskeln till tandvården. Även tandvårdsrädsla utgör ett skäl till att avstå tandvård.

När det gäller privatekonomins betydelse, ger de enkätundersökningar som SCB regelbundet genomför inte något starkt stöd för att stora grupper avstår tandvård trots behov av just ekonomiska skäl. På befolkningsnivå är det endast uppskattningsvis 3 procent som tillhör denna grupp. Bortfallsanalyser av SCB:s undersökningar visar dock att den grupp som inte besvarar enkäter har en socioekonomisk profil som överensstämmer med den grupp som också har sämre tandhälsa och lägre besöksfrekvens. Detta medför en risk för att antalet personer som avstår tandvård trots behov av ekonomiska skäl underskattas. Det finns också andra studier som indikerar att gruppen som avstår tandvård trots behov av ekonomiska skäl är större än vad SCB:s levnadsvaneundersökningar visar. Ett sådant exempel är en telefonundersökning som Kantar Sifo genomförde år 2018 på uppdrag av Pensionärernas Riksorganisation (PRO). Enligt denna undersökning var det 13 procent av de tillfrågade personerna (55 år och äldre) som avstod tandvård trots behov och av dessa var det drygt 50 procent som angav ekonomi som skäl till detta.[8]

Vidare bör påpekas att patienter inför en behandling ofta kan välja mellan dyrare och billigare alternativ. En tanduttagning är exempelvis avsevärt billigare än en rotfyllning. Att dra ut en tand i stället för en rotfyllning när infektionen nått pulpan och smärtar, kan vara ett val som patienten gör av ekonomiska skäl och som i någon mening innebär att patienten avstår behandling. Det går inte att utläsa ur SCB:s undersökningsresultat om en person i sitt enkätsvar beskrivit det som att ha avstått tandvård av ekonomiska skäl om personen valt en billigare behandling.

Studier som gjorts av sambandet mellan inkomst och tandvårdskonsumtion visar att såväl tandhälsa som tandvårdskonsumtion ökar med individens livsinkomst. Tandhälsan försämras snabbare med åldern för de med lägst inkomster, jämfört med de med höga livs-

[8] Pensionärernas Riksorganisation. 2018. *Bit ifrån, delrapport 1. Äldre personer utan omsorgsbehov.*

inkomster. Resultaten illustrerar också hur skillnader i tandhälsa relaterat till livsinkomster ökar över livet. Effekten av inkomst på tandvårdskonsumtion är nästan tio gånger högre bland de som är 60–64 år än bland de som är 40–44 år.

Oavsett hur starkt samband det går att verifiera mellan svag privatekonomi och låg tandvårdskonsumtion, är det enligt utredningens bedömning ett faktum att svårigheter att ha råd med en undersökning eller en behandling, eller en oro för framtida kostnader till följd av ett identifierat tandvårdsbehov, kan vara en tröskel till tandvården. Det blir ett hinder främst för personer med en svagare socioekonomisk position och som dessutom har sämre tandhälsa.

9.1.10 Abonnemangstandvårdens grundprinciper viktiga att bibehålla och utveckla

Abonnemangstandvård erbjuds i dag främst av folktandvården, men kan även erbjudas av privata vårdgivare. I dag har nästan 800 000 personer abonnemangstandvård i form av folktandvårdens Frisktandvård. Abonnemangstandvårdens principer om riskbaserade revisionsintervall, ömsesidigt ansvarstagande, förutsägbarhet och regelbundenhet över tid samt fokus på förebyggande tandvård, skapar sammantaget goda förutsättningar för en god tandhälsa på befolkningsnivå. Avtalet innebär att patienten förväntas ta ett ansvar för sin egenvård, vilket är centralt för att bibehålla en god tandhälsa. Avtalet ger förutsägbarhet för patienten när det gäller såväl kostnader över tid som kommande behov av reparativ tandvård. Vid utformningen av reformer som syftar att skapa ett mer jämlikt tandvårdssystem är det därför enligt utredningen viktigt att ta tillvara och utveckla de principer om förebyggande och förutsägbarhet som kännetecknar abonnemangstandvården.

9.1.11 Tendens till överkonsumtion av basundersökningar

En av de mest grundläggande frågorna när det gäller att bedöma om tandvårdssystemet är jämlikt, är sambandet mellan tandvårdskonsumtion och tandvårdsbehov. Som nämnts tidigare är ett sätt att analysera om tandvårdskonsumtionen återspeglar befolkningens tandvårdsbehov att studera relationen mellan basundersökning och efterföljande

behandling. Utredningen har därför i samarbete med TLV analyserat besöksmönster för att kunna identifiera eventuell överkonsumtion av tandvård bland vuxna, i betydelsen om förhållandevis friska patienter undersöks oftare än de behöver. Resultatet visar en tydlig trend av att fler besöker tandvården för en basundersökning utan att göra någon efterföljande behandling i dag än för cirka 10 år sedan. Framför allt är det unga vuxna som oftare går på en basundersökning utan att göra efterföljande behandling. Det gäller såväl i privattandvård som i folktandvården, men ökningen är störst i folktandvården. Denna förändring sammanfaller också med ökningen av antalet abonnemangspatienter. Yngre patienter är mer benägna att teckna abonnemang – bland personer under 30 år är det nästan var fjärde person som har ett avtal. Utredningens studier baserade på registeruppgifter från SCB visar att socioekonomiskt svaga grupper tecknar abonnemang i lägre utsträckning än den övriga befolkningen. Exempelvis påverkar de ekonomiska förutsättningarna benägenheten att teckna abonnemangsavtal. Mellan åren 2017 och 2019 var det mindre än hälften så vanligt att personer med låg ekonomisk standard tecknade ett abonnemangsavtal jämfört med övriga befolkningen och att personer med mycket låga inkomster var underrepresenterade bland dem med abonnemang. Dessa resultat motsägs möjligen till viss del av en studie gjord av Västra Götalandsregionen, vilken visar att andelen som tecknar abonnemang i regionen inte varierar mellan områden med olika vårdtyngd (CNI). Detta indikerar att den socioekonomiska strukturen i ett område i sig inte verkar ha betydelse för områdets totala benägenhet att teckna abonnemang. Dock framgår inte av Västra Götalandsregionens studie hur benägenheten att teckna abonnemang ser ut i olika befolkningsgrupper.

Att unga vuxna tecknar abonnemang oftare än andra, kan ha flera förklaringar. För den som lämnar den avgiftsfria tandvården för barn och unga vuxna med en god tandhälsa och regelbundna tandvårdsvanor kan tröskeln att teckna ett abonnemangsavtal upplevas som låg. Premien uppfattas som ekonomiskt överkomlig för många och patienten fortsätter att besöka folktandvården som tidigare. Detta är själva syftet med abonnemangsmodellen och är positivt i den meningen att det bidrar till att bibehålla den regelbundna och förebyggande tandvården. Som nämnts ovan är abonnemangsmodellens grundprinciper enligt utredningen viktiga att bibehålla och utveckla. Utifrån ett jämlikhets- och resursfördelningsperspektiv är det emellertid an-

geläget att uppmärksamma vilka grupper som är under- respektive överrepresenterade bland abonnemangspatienterna. Personer med låg utbildning, låg inkomst eller med annat födelseland än Sverige, tecknar mer sällan abonnemang och har samtidigt sämre tandhälsa. Orsakerna till detta kan variera, men att premien blir högre om tandhälsan är sämre är sannolikt en förklaring.

Att förmå personer med sämre tandhälsa, och som dessutom saknar en regelbunden tandvårdskontakt, att vända sig till tandvården är en utmaning som kräver många olika typer av insatser, framför allt utanför klinikerna. Om tandvårdens resurser var obegränsade, skulle en prioritering av socioekonomiskt svaga patientgrupper eller äldre med omfattande behov och en utbyggd abonnemangstandvård inte behöva ställas mot varandra. Dock, eftersom såväl personella som ekonomiska resurser är begränsade, bör relationen mellan dessa olika målsättningar diskuteras, framför allt om syftet är att skapa ett mer jämlikt tandvårdssystem. Avtalsmodellen innebär ett åtagande från vårdgivarens sida som gör att patienterna med abonnemang prioriteras. Avtalet innebär också att den statliga subventionen ATB tillförs vårdgivaren, även om patienten inte besöker tandvården det året subventionen avser. I vissa fall kan vårdgivaren därmed få full kostnadstäckning, eller till och med mer, av staten och dessutom intäkter genom den månatliga avgift som patienten betalar. Framför allt gäller detta för personer 24–29 år som har 600 kronor per år i ATB och kallas till en undersökning vartannat år som inte leder till någon efterföljande behandling. För de patienter som inte har ett abonnemangsavtal utgår ATB först när patienten har varit på ett besök i tandvården och en ersättningsberättigad åtgärd utförts. Besöker patienten inte tandvården kvarstår bidraget hos Försäkringskassan. Inom frisktandvårdsmodellen är ATB inte på samma sätt knutet till att patienten får en åtgärd utförd under ett besök, utan i stället knutet till varje patient som är ansluten till modellen. Folktandvården kan därmed tillgodogöra sig det årliga ATB som tillhör de anslutna patienterna och kan justera sina premier efter detta. Enligt utredningens beräkningar, som grundas på uppgifter från Försäkringskassan, uppskattas summan av de premier som patienter i alla regioner betalade in inom modellen samt det ATB som var knutet till dessa patienter tillsammans till 1,5 miljarder kronor år 2019. ATB stod för drygt 0,3 miljarder kronor, vilket motsvarade 20 procent.

När konsumtionen av basundersökningar studeras närmare framträder ett mönster. Samtidigt som andelen patienter som enbart går på en basundersökning utan efterföljande behandling ökat kraftigt, är det totalt sett en lika stor andel i befolkningen som i dag går på en basundersökning under en treårsperiod som för sju år sedan. Besöksfrekvensminskningen totalt sett är störst i kommungrupperna landsbygd och storstad, vilket indikerar att det förändrade besöksmönstret kan ha skilda orsaker. I landsbygd eller glesbygd kan tillgängligheten vara en bidragande orsak – långa geografiska avstånd för patienterna och svårigheter för tandvården att bemanna kliniker. I storstäderna är det sannolikt socioekonomiskt svagare gruppers lägre besöksfrekvens som påverkar mönstret. Utredningen anser mot denna bakgrund att det finns stöd för slutsatsen att det finns en tendens till viss överkonsumtion av basundersökningar för relativt friska unga vuxna patienter i svensk tandvård i dag. Det gäller såväl bland privata som offentliga vårdgivare. Mot bakgrund av de svårigheter folktandvården i vissa delar av landet av resursskäl har att kalla patienter utan abonnemang, förefaller abonnemangstandvården också skapa viss undanträngning. Dock visar studier av privata vårdgivares patientflöden att det även inom privattandvården finns tendenser till överkonsumtion av undersökningar utförda av tandläkare. Detta indikerar att många patienter kallas till en årlig undersökning. Med glesare revisionsintervaller för vissa patienter som bättre korrelerade med patienternas faktiska behov, skulle resurser frigöras för andra patienter med större behov.

9.1.12 Målen i 2008 års tandvårdsreform alltjämt ändamålsenliga för att nå ett mer jämlikt tandvårdssystem

De två övergripande målen med 2008 års tandvårdsreform var dels att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov, dels att möjliggöra för individer med stora tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad. Det första målet var tänkt att nås genom ekonomiskt stöd till förebyggande besök och resulterade i införandet av ATB. Det andra målet skulle uppnås genom införandet av ett skydd mot höga kostnader och ett sådant infördes också. Som styrande principer för att uppnå ett mer jämlikt tandvårdssystem är dessa övergripande mål, enligt utredningen, ändamålsenliga och väl avvägda. Ett jämlikt tandvårdssystem behöver både

ge incitament för förebyggande och regelbundenhet och underlätta för individer med större vårdbehov. Utredningen ser därför ingen anledning att revidera eller frångå dessa mål. Däremot finns det anledning att diskutera om de subventionsmodeller som infördes i syfte att nå målen, det vill säga ATB och ett högkostnadsskydd, har varit tillräckligt effektiva.

9.2 Bedömningar och förslag

9.2.1 Enhetlig individuell riskbedömning

Bedömning: Enhetlig individuell riskbedömning bör på sikt göras av alla patienter i svensk tandvård.

Förslag: Enhetlig individuell riskbedömning ska erbjudas till alla patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd. Riskbedömningen ska utgöra en grund för ersättning inom ramen för det statliga tandvårdsstödet för viss tandvård vid sidan av skyddet mot höga kostnader. Se vidare avsnitt 9.2.2.

Skälen för utredningens bedömning och förslag: Inom såväl privat som offentligt utförd tandvård görs en bedömning av patientens vård- och behandlingsbehov samt risk att utveckla oral ohälsa, alternativt progression av befintlig oral sjukdom i samband med undersökning. Det är själva syftet med undersökningen och en naturlig del av tandvårdens arbetssätt. Att bedöma patientens risk är ett sätt att underlätta beslutsfattandet avseende besöksfrekvens och innehåll av den förebyggande vård som patienten bör erbjudas. Riskbedömning används även inför riskgruppering vid tecknande av abonnemangsavtal där prissättningen av avtal vanligtvis är direkt riskrelaterad. Riskbedömning kan också ha ett värde som kompletterande underlag vid återkopplingen till patienten avseende egenvård och vikten av ett positivt hälsobeteende. Oavsett om det är ur vårdgivarens eller patientens perspektiv, så är förståelsen för riskerna för framtida orala problem utgångspunkten för ett framgångsrikt preventivt arbete.

I dag är det relativt vanligt att en riskbedömning baserad på ett digitalt beslutsstöd utgör en integrerad del av journalföring eller annan dokumentation. Olika journalsystem innehåller olika lösningar och

en stor andel vårdgivare gör dessutom riskbedömningen utan särskilda mallar eller dokumentationsrutiner. Vid en riskbedömning bedöms och dokumenteras patientens tandstatus och risk för ohälsa utifrån ett antal kriterier inom huvudkategorier som allmän risk, kariesrisk, parodontal risk och teknisk risk.[9] Exempel på kriterier som i dag nyttjas kan vara tidigare erfarenhet av karies eller parodontit och aktuell status av orala sjukdomar, kostvanor, munhygien, salivsekretion, tobaksbruk och vissa medicinska förhållanden.

Skälen till att utredningen anser att en enhetlig modell för individuell riskbedömning på sikt bör göras inom hela tandvårdssystemet kan sammanfattas på följande sätt:

För det första, genom att bedöma en patients risk identifieras också ett odontologiskt behandlingsbehov av de orala sjukdomar som ingår i riskbedömningen. Riskbedömningen kan därför utgöra ett underlag för prioritering mellan patienter inom tandvården. Om tandvården, som utredningen föreslår, ska styras av den etiska plattformens princip att den med störst behov ska ges företräde till vården, kan ett system för enhetlig individuell riskbedömning utgöra ett stöd vid prioritering. Om riskbedömning, som utredningen föreslår, ingår som ett moment i det statliga tandvårdsstödets digitala rapporteringssystem för behandlare, skapas också förutsättningar att knyta viss tandvårdsersättning i det statliga tandvårdsstödet till patientens behov av undersökning och viss förebyggande vård. Riskbedömning och riskgruppering kan därmed bidra till att ge det faktiska odontologiska behovet av undersökning och förebyggande vård ett tydligare genomslag i befolkningens tandvårdskonsumtion. Riskbedömning i kombination med riskgruppering kan styra hur ofta patienten kallas till undersökning eller förebyggande behandling och blir därmed ett instrument för att i högre grad än i dag fördela befintliga resurser inom tandvårdssystemet efter patienters olika behov.

Ett andra argument för en systematisk och individuell riskbedömning är de möjligheter det ger till datainsamling för uppföljning, kunskapsutveckling och forskning. Om värden för olika kriterier i riskbedömningen dokumenteras och automatiskt rapporteras av behandlaren till Försäkringskassans IT-system för vårdgivare, genereras data om befolkningens tandhälsa – utöver måttet intakta och kvarvarande tänder som finns i dag. Om dessa data kopplas till Socialstyrelsens tandhälsoregister, ger det avsevärt bättre förutsätt-

[9] Risk för komplikationer, exempelvis till följd av tidigare lagningar.

ningar än i dag att följa tandhälsans utveckling ur betydligt fler aspekter än det nuvarande tandhälsoregistret gör. Tandhälsoregistret har då förutsättningar att utvecklas till ett mer heltäckande hälsodataregister än det är i dag. Med anledning av förslaget om utökad datafångst inom tandhälsoregistret föreslås ändringar i förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration samt förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen. Se vidare kapitel 1.

Utredningen anser alltså att det statliga tandvårdsstödet för vuxna utan särskilda behov bör innehålla starkare incitament än i dag för styrning av resurser till de personer som har de största odontologiska behoven. Som framgår bland annat av kapitel 6 har utredningen i samarbete med TLV och Försäkringskassan gjort vissa studier som indikerar att konsumtionen av tandvård inte fullt ut korrelerar med tandhälsan. Eftersom tandvården till stor del finansieras av patienten själv kan det vara förståeligt och i viss utsträckning rimligt att patientens egen efterfrågan och egna preferenser påverkar konsumtionsmönstret. Ju högre egenfinansiering, desto mer legitima är patientens önskemål, exempelvis avseende hur ofta patienten önskar en undersökning. Däremot är det enligt utredningens uppfattning inte lika självklart att offentliga subventioner ska styras av patienternas egen efterfrågan. Offentliga subventioner bör i första hand fördelas efter faktiskt odontologiskt behov. Om personer med sämre tandhälsa och större tandvårdsbehov besöker tandvården i lägre utsträckning, behöver systemet skapa incitament för att förändra detta. Och omvänt, om personer med god tandhälsa besöker tandvården i högre utsträckning än de behöver givet sin tandhälsa, bör detta inte ytterligare stimuleras genom generella offentliga subventioner. Skälet till att tandvårdssystemet i högre utsträckning bör styras av patienters behov, är att resurserna är begränsade. För att kunna styra tandvårdens resurser mot behov krävs en individuell bedömning av varje patients tandstatus, orala hälsa och prognos eller risk för att utveckla oral ohälsa.

Artificiell intelligens (AI) används i dag alltmer i tandvården. Bland annat i Västra Götalandsregionen har ett nytt beslutsstöd för kariesdiagnostik utvecklats där algoritmer skapas för att analysera röntgenbilder, vilket ger behandlare hjälp att snabbare och med större

säkerhet ställa rätt diagnos.[10] Det finns även andra AI-baserade lösningar på marknaden som möjliggör snabbare och säkrare bedömning och diagnostik.

En farhåga som lyfts till utredningen i diskussioner om ersättning och revision baserad på riskbedömning, bland annat vid utredningens workshops våren 2019, är att behandlare avsiktligt skulle överdiagnostisera sina patienter därför att högre risk innebär fler subventionerade besök och därigenom ökade intäkter. Det är utredningens uppfattning att möjligheten att systematiskt missbruka eller manipulera ett riskbedömningssystem minskar i takt med den ökade tillämpningen av digital teknik. Därtill finns goda möjligheter för Försäkringskassan att identifiera avvikande mönster hos enskilda behandlare. Detta görs i dag när det gäller avvikelser på åtgärdsnivå och skulle vara möjligt att göra när det gäller ett framtida riskbedömningssystem. Utredningen gör mot denna bakgrund, samt mot bakgrunden att uppgifter från noterad status i patientjournalen till stor del utgör grunden för riskbedömningen, bedömningen att riskerna för avsiktlig överdiagnostisering eller annan avsiktlig felrapportering i syfte att påverka omfattningen av ersättningsberättigande behandling, inte är betydande. Felaktiga utbetalningar av ersättningar orsakade av oavsiktlig felaktig inmatning förekommer i dag och kan förvisso komma att förekomma även i det system som utredningen föreslår. Dock borde dessa oavsiktliga fel slå åt båda håll, det vill säga innebära att såväl lägre som högre ersättning än avsett utbetalas.

En annan kritik mot att tillämpa digitala algoritmbaserade riskbedömningsverktyg är att det begränsar behandlarnas autonomi och att digitala system aldrig tillfullo kan fånga behandlarens subjektiva helhetsbedömning. Utredningen kan ha förståelse för denna kritik. Dock är det avgörande för ett riskbedömningssystems legitimitet och funktionalitet att minimera risken för avvikande utfall som inte går att härleda till en objektiv odontologisk bedömning. Systemet måste bygga på robusta kriterier. En förutsättning för ett riskbedömningssystems funktionalitet och legitimitet är också att det bygger på bästa tillgängliga kunskap om orala sjukdomars etiologi och diagnostik. Det vetenskapliga stödet för att bedöma patientens orala hälsa och risk är centralt för att riskbedömningen ska bli enhetlig och tillämpas på samma sätt inom hela tandvården. Mot den

[10] www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardskiftet/aktuellt-vardskiftet/nyheter/ai-hjalper-tandlakaren-hitta-karies/, uttag 2020-12-15.

bakgrunden är det enligt utredningens bedömning angeläget att uppdraget att utveckla ett nationellt riskbedömningssystem tar sin utgångpunkt i de nya nationella riktlinjerna för tandvård som Socialstyrelsen för närvarande tar fram. Den kunskap som kvalitetsregistret SKaPa genererar är också värdefull och bör tas tillvara i utvecklandet av ett nationellt riskbedömningssystem. Erfarenheter från Danmark har visat att svårigheterna med riskbedömningssystem ofta är spridning och implementering i den kliniska verksamheten. Det har förekommit att den danska modellen med kliniska riktlinjer för riskbedömning och klassificering i riskgrupper lyfts fram som ett exempel på problemet med ersättning baserad på risk. När modellen infördes i Danmark klassificerades cirka 80 procent av befolkningen i mellankategorin gul, vilket indikerade en avsevärt sämre tandhälsa på befolkningsnivå än vad andra uppföljningar av tandhälsan i Danmark visade.[11] Huvudförklaringen till utfallet var dock att ett kriterium för att klassas som gul i det danska systemet var prevalens av aktiv oral sjukdom. Eftersom i princip hela befolkningen, även i ett land med god tandhälsa, har sjukdomen gingivit i någon omfattning, blev utfallet till del missvisande. När det danska systemet justerades fungerade systemet bättre. Erfarenheterna från Danmark visar enligt utredningen att det är viktigt att parametrar och kriterier i ett riskbedömningssystem värderar risk för utveckling av ett oralt sjukdomstillstånd och risk för progression av ett befintligt oralt sjukdomstillstånd. Endast förekomst av en oral sjukdom i mycket begränsad omfattning är otillräckligt som mått på risk och vårdbehov.

En annan svårighet med bred tillämpning av riskbedömning är förutsättningarna för implementering. Tandvården består av en stor variation av företag och verksamheter – allt ifrån stora folktandvårdskliniker till små företag med en eller ett par behandlare. Vårdgivarnas förutsättningar att införa nya rutiner för undersökning och dokumentation av patienterna varierar stort. Det är därför viktigt att riskbedömningssystemet är utformat så att det inte medför någon betungande administration utöver de krav som redan gäller i dag enligt bland annat patientdatalagen, att det införs successivt över tid samt att det finns ett väl utvecklat utbildnings- och implementeringsstöd. En förutsättning för att riskbedömningen inte ska bli en

[11] Sundhetsstyrelsen. 2017. *Evaluering af National Klinisk Retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen.*

administrativ börda för behandlaren är att systemet är fullt digitaliserat och automatiserat så att uppgifter kan lagras i realtid och parallellt med att den kliniska undersökningen genomförs.

9.2.2 Tandhälsoplan ska ersätta ATB, STB och undersökningsprotokoll

Förslag: 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 genererar en risknivå. Tandhälsoplanen ska vara löpande och omfatta tandvård i form av undersökning med riskbedömning samt viss förebyggande vård beroende på patientens behov. Inom det statliga tandvårdsstödet ska fast åtgärdsbaserad ersättning lämnas till vårdgivare för sådana undersökningar och förebyggande behandlingar som ingår i en tandhälsoplan. Patientavgiften för de åtgärder som ingår i tandhälsoplanen ska vara fast och uppgå till 200 kronor per besökstillfälle.

Förslag: Vid ikraftträdandet av bestämmelser om åtgärdsbaserad ersättning till vårdgivare för sådana undersökningar och förebyggande behandlingar som ingår i en tandhälsoplan ska Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och Särskilt tandvårdsbidrag (STB) upphöra som ersättning i det statliga tandvårdsstödet. Nuvarande bestämmelser om undersökningsprotokoll tas bort och ersätts av bestämmelser om tandhälsoplan.

Bakgrund till utredningens förslag om tandhälsoplan

Utvecklingen av tandvårdens vårdmodeller har sitt ursprung i stora kariesproblem i befolkningen historiskt sett. Under 1900-talet har utvecklingen gått från att i stort sett alla hade karies till att stora grupper i dag är friska. Denna positiva utveckling har successivt förändrat tandvårdens sätt att arbeta. Ett fokus på reparativa åtgärder har ersatts av ett mer preventivt och hälsofrämjande synsätt. Etablerandet av avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna samt abonne-

mangstandvård och ett fokus på regelbunden undersökning har under senare år varit en bidragande orsak till den positiva utvecklingen. Ett jämlikt och resurseffektivt tandvårdssystem bör innehålla starka incitament för förebyggande och regelbundenhet. I det avseendet är en av de två målsättningarna med 2008 års tandvårdsreform – att bibehålla en god tandhälsa hos individer med inga eller små tandvårdsbehov – alltjämt relevant och ändamålsenlig. Som framgått i tidigare avsnitt i detta kapitel är det emellertid utredningens bedömning att det huvudsakliga medlet för att nå målsättningen, det vill säga ATB, inte i tillräcklig utsträckning har bidragit till måluppfyllelsen.

År 2006 föreslog Utredningen om ett nytt tandvårdsstöd för vuxna i ett delbetänkande ett generellt s.k. grundstöd som skulle göra det möjligt för alla att få regelbundna undersökningar och viss förebyggande vård utan hinder av kostnaden.[12] Patienterna skulle enligt förslaget erbjudas ett tandhälsobesök ungefär var 18:e månad till en låg kostnad. Syftet var att patienterna skulle bli motiverade att bibehålla och utveckla en god tandhälsa. På så sätt skulle behovet av reparativ tandvård och protetik på sikt minimeras. Förslaget genomfördes aldrig. I november år 2006 fick utredningen ett tilläggsdirektiv som ersatte tidigare direktiv. Genom tilläggsdirektivet gavs utredningen i uppdrag att föreslå införande av en tandvårdscheck, vilket sedermera resulterade i införandet av ATB. Vid införandet av ATB år 2008 angav regeringen att underkonsumtion av förebyggande tandvård riskerar att leda till att stora grupper som i dag har en god tandhälsa inte bibehåller denna, vilket skulle leda till ökade tandvårdskostnader för individen och för det offentliga.

Riksrevisionen konstaterade i en rapport år 2012 att ATB då ännu inte varit ett effektivt medel för att nå målet om en förebyggande tandvård genom hög besöksfrekvens. Myndighetens granskning visade att majoriteten som besökte tandvården gjorde det av andra anledningar än ATB. Samtidigt fanns det en grupp som inte ansåg sig ha råd med tandvård och som eventuellt skulle kunna öka sin besöksfrekvens med hjälp av det allmänna tandvårdsbidraget. En stor andel av den gruppen kände dock inte till bidraget.

Det är utredningens bedömning att Riksrevisionens iakttagelser fortfarande i huvudsak är aktuella och relevanta. Andelen i befolkningen som besöker tandvården under ett år har sjunkit från 60 procent till 55 procent under perioden 2011–2019 och andelen som har

[12] SOU 2006:27 *Stöd till hälsobefrämjande tandvård, del 1. 2006.*

en regelbunden tandvårdskontakt har minskat. Nästan en fjärdedel av befolkningen har inte besökt tandvården under de senaste tre åren. I denna fjärdedel av befolkningen är låginkomsttagare, lågutbildade, utrikes födda och ensamstående överrepresenterade. De är också personer i dessa socioekonomiskt utsatta grupper som generellt sett har sämre tandhälsa, såväl upplevd som mätt i exempelvis antal kvarvarande och intakta tänder. Det går således inte att dra slutsatsen att ATB i någon märkbar utsträckning stimulerat grupper med låg besöksfrekvens och sämre tandhälsa att etablera en tandvårdskontakt. Utredningen kan också konstatera att den fördubbling av ATB som genomfördes den 15 april 2018 endast hade marginell påverkan på besöksfrekvensen, knappt en procent jämfört med året innan, trots fördubblingen av subventionen. Försäkringskassan konstaterar i sin utgiftsprognos från februari 2020 att den nya utgiftsnivån för ATB är ungefär dubbelt så hög som innan regelförändringen trädde i kraft.[13] Antalet mottagare av bidraget är däremot kvar på ungefär samma nivå som innan regelförändringen. Som nämnts tidigare finns därutöver indikationer på att ATB-höjningen ökat konsumtionen av åtgärder med lågt referenspris i samband med undersökningar, sannolikt för att patienten och vårdgivaren vill utnyttja hela subventionen.

En möjlig förklaring till den sjunkande besöksfrekvensen skulle kunna vara förbättrad tandhälsa. Behovet av regelbundna undersökningar och behandling minskar i takt med att befolkningen får friskare tänder. Samtidigt finns det indikationer på att vissa grupper besöker tandvården för en undersökning oftare än de skulle behöva utifrån ett faktiskt odontologiskt behov samtidigt som andra grupper endast går vid akuta behov. Antalet basundersökningar utan efterföljande behandling har ökat under senare år – framför allt i gruppen unga vuxna. Eftersom undersökningen ofta är det som görs vid första besöket när patienten på nytt besöker tandvården för revision, används ATB i högre grad till att subventionera basundersökningar än att subventionera andra åtgärder. ATB är även mer komplicerat att tillämpa för annat än undersökningsåtgärder eftersom vårdgivaren samtidigt är skyldig att rapportera in statistik om kvarvarande och intakta tänder vilket kräver en kontroll av hela bettet. Om syftet är att i högre grad styra statliga tandvårdssubventioner utifrån behov, vilket utredningen som framgått av tidigare

[13] Försäkringskassan.2020. *Utgiftsprognos för budgetåren 2020–2023, rapport 2020-02-10.*

kapitel föreslår, är generella stimulansbidrag som dagens ATB inte ändamålsenliga. Personer som är motiverade och har ekonomiska resurser att regelbundet besöka tandvården och upprätthålla en god tandhälsa, tenderar att göra det oavsett den årliga subventionen på 300 eller 600 kronor. Omvänt finns det lite som talar för att en subvention på 300 kronor påverkar benägenheten att besöka tandvården hos personer som inte har en etablerad tandvårdskontakt.

Sammanfattningsvis är det utredningens bedömning att de argument som år 2006 anfördes till stöd för förslaget om subventionerade tandhälsobesök ungefär var 18:e månad, är relevanta även i dag. En låg patientkostnad för undersökning och förebyggande behandling ger goda förutsättningar att grundlägga goda tandhälsovanor och att upprätthålla en god tandhälsa, även för grupper med svag ekonomi. En långsiktig plan skapar förutsägbarhet. Det finns också enligt utredningens bedömning goda erfarenheter av vårdkoncept som bygger på ett ömsesidigt ansvarstagande genom en överenskommelse eller avtal mellan behandlare och patient. Det skapar goda incitament för den för tandhälsan så avgörande egenvården. Folktandvårdens modell för abonnemangstandvård, Frisktandvård, är exempel på detta där vårdgivaren bland annat informerar patienten om vikten av egenvård.

Förslaget om tandhälsoplan

Utredningen föreslår att det införs en ny form av statligt tandvårdsstöd, utöver skyddet mot höga kostnader, där ersättning lämnas för viss tandvård enligt en modell som förenar principerna om förutsägbarhet, låg ekonomisk tröskel, ömsesidigt ansvarstagande samt subvention av besöksintervall baserad på behov och risk. Utredningen har valt att benämna förslaget tandhälsoplan. En tandhälsoplan ska utgöra en del av det statliga tandvårdsstödet och erbjudas alla patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd. Vid ikraftträdandet av bestämmelser om tandhälsoplan föreslår utredningen att ATB och Särskilt tandvårdsbidrag (STB)upphör som ersättning i det statliga tandvårdsstödet. Skälen till att STB föreslås upphöra framgår även av kapitel 10. Nedan följer en beskrivning av utredningens förslag och de överväganden som gjorts avseende hur systemet med tandhälsoplan bör fungera.

Fastställande av tandhälsoplan

En tandhälsoplan kan liknas vid en vårdplan, med skillnaden att den omfattar förebyggande tandvård genom regelbunden undersökning och viss annan förebyggande behandling. Tandhälsoplanen är dels ett administrativt, i huvudsak automatiserat, beslut om ett revisions- och behandlingsintervall med hög statlig subvention, dels ett dokument som vänder sig till patienten med information om patientens tandhälsa och rekommendationer för egenvård.

Tandhälsoplanen bör på ett lättillgängligt och för patienten begripligt sätt kortfattat beskriva behandlarens samlade odontologiska bedömning, vilka åtgärder som ingår i tandhälsoplanen med vilket intervall samt vilka egenvårdsinsatser som patienten rekommenderas göra på regelbunden basis. Planen ska fastställas utifrån en bedömning av patientens risk att utveckla oral sjukdom eller progression av befintligt oralt sjukdomstillstånd. En särskild undersökning med riskbedömning ska ligga till grund för fastställande av tandhälsoplan. För en närmare beskrivning av riskbedömning, se nedan.

Systemet föreslås vara utformat så att de värden som registreras i patientjournalen vid en sådan undersökning med riskbedömning som ingår i en tandhälsoplan, genererar en individuell riskprofil som sedan avgör vilken tandhälsoplan patienten erbjuds. Förfarandet föreslås ske genom ett automatiserat beslutfattande i realtid. Myndighetsbeslut kan enligt förvaltningslagen fattas av en befattningshavare ensam eller av flera gemensamt eller automatiserat.[14] Automatiserade beslut är beslut som fattas maskinellt utan att någon enskild befattningshavare på myndigheten tar någon aktiv del i själva beslutsfattandet i det enskilda fallet. Detta är en allt vanligare beslutsform hos myndigheter som hanterar ett mycket stort antal ärenden som exempelvis Försäkringskassan. Vårdgivaren får därefter slutföra tandhälsoplanen genom att tillföra förklarande information till patienten om dess tandhälsotillstånd och om risknivån samt råd om egenvård. Därefter ska patienten få ta del av tandhälsoplanen.

Tandhälsoplanen föreslås vara löpande och omfatta undersökningar och vid behov förebyggande besök med varierande tidsintervall beroende på patientens risk och behov.

[14] 28 § förvaltningslagen (2017:900).

Målsättningen är att samtliga patienter som omfattas av statligt tandvårdsstöd ska ha en tandhälsoplan. Det innebär att alla patienter som besöker tandvården efter reformens ikraftträdande ska erbjudas en sådan undersökning med riskbedömning som ska ligga till grund för fastställande av tandhälsoplan. Reformens genomslag i tandvården kommer dock ske successivt över tid. Om patienten efter ikraftträdandet kallas till en vanlig revisionsundersökning kan denna utföras som en undersökning för fastställande av tandhälsoplan. Om tandvårdsbesöket avser någon form av behandling bör tandvården i samband med besöket vid behov erbjuda patienten en ny tid för fastställande av tandhälsoplan. Har patienten före ikraftträdandet i närtid fått en undersökning utförd kan denna ligga till grund för tandhälsoplan, i annat fall föreslås en tid för undersökning i enlighet med det revisionsintervall som tidigare tillämpats för patienten. Patienter som besöker sin vanliga tandvårdsmottagning akut, och som inte har en tandhälsoplan, får denna fastställd i samband med nästa planerade revisionsbesök. Om patienten besöker en tandvårdsmottagning som endast utför akut tandvård kan vårdgivaren erbjuda en tandhälsoplan på en annan mottagning. Ett exempel på en situation som kan uppstå är att regionens folktandvård som bedriver en akutmottagning i regionens största stad, tillser att den lokala folktandvårdsmottagningen där patienten bor kontaktar patienten om tandhälsoplansbesöket. Det torde vara ovanligt men det kan ändå förekomma att en vårdgivare endast bedriver akuttandvårdsverksamhet. I ett sådant fall förutsätter utredningen att vårdgivaren har en upparbetad kontakt med annan vårdgivare som erbjuder tandhälsoplansbesök. Tandhälsoplanen påbörjas när undersökning och riskbedömning slutförts. Planen gäller tillsvidare, men kan vid behov uppdateras. Även om vårdgivaren har en skyldighet att erbjuda en tandhälsoplan, förutsätts att patienten samtycker till att en riskbedömning genomförs och att en plan upprättas. En patient som uttryckligen tackar nej till erbjudandet har även fortsättningsvis möjlighet att genomgå undersökning och behandling inom ramen för det ordinarie skyddet mot höga kostnader. Behandlaren ska dokumentera att patienten avstått och informera Försäkringskassan, som därmed har möjlighet att identifiera om det handlar om enstaka patienter eller ett avvikande mönster hos vissa vårdgivare. Utredningen gör dock bedömningen att antalet patienter som tackar nej kommer att vara få, givet att undersökning och riskbedömning, samt

eventuell förebyggande tandvård, ges till en, för patienten, mycket låg kostnad. Skyldigheten att erbjuda tandhälsoplan föreslås inte gälla vid besök hos specialisttandläkare. Skyldigheten ska heller inte gälla vid akutbesök om patienten har annan ordinarie tandvårdskontakt eller är boende i annan region.

En viktig aspekt av en reform där beslut om subvention baseras på en komplex sammanvägning av värden är att den är transparent och tydlig i vad som påverkar utfallet. En dold algoritm som genererar ett värde som inte enkelt kan härledas till parametrar och villkor riskerar att undergräva legitimiteten för systemet. Patienter, behandlare, vårdgivare och beställare måste kunna förstå vad som ligger bakom utfallet av riskbedömningen.

Det har föreslagits för utredningen att en undersökning borde utföras av en annan vårdgivare än den som utför den efterföljande tandvården. Ett sådant förfarande skulle bland annat kunna minska risken för att en behandlare överdiagnostiserar sina patienter i syfte att öka patienternas frekvens i återbesök enligt plan alternativt vårdgivarens intäkter. Även om utredningen ser fördelarna med förslaget bedöms det som svårt att genomföra, givet bemanningssituationen i tandvården och den administrativa börda det skulle innebära. Dock är det viktigt att tandhälsoplanen inte låser en patient till en viss vårdgivare, utan att patientens valfrihet att välja en ny vårdgivare kvarstår. Utredningen föreslår därför att en tandhälsoplan ska vara vårdgivarneutral i betydelsen att de åtgärder tandhälsoplanen omfattar kan utföras av valfri vårdgivare som är ansluten till det statliga tandvårdsstödet. Om patienten har svårt att få en tid kan en revisionsundersökning, eller de förebyggande besök som planen omfattar, erbjudas av en annan vårdgivare. Det vanliga torde dock vara att patienten besöker sin fasta tandvårdskontakt.

En tandhälsoplan ska enligt utredningens förslag fastställas genom ett automatiserat myndighetsbeslut baserat på en legitimerad behandlares riskbedömning och erbjudas till alla patienter som besöker tandvården och som ingår i personkretsen för statligt tandvårdsstöd. Utredningen föreslår att tandhälsoplanens åtgärder kan utföras av både tandläkare och tandhygienister. Behandlaren beslutar vad undersökningsåtgärden och eventuella förebyggande besöken inom tandhälsoplanen ska innehålla för respektive patient. Behandlingsmomenten kan utföras på motsvarande sätt som tandvårdsteamen normalt utför dessa behandlingar. Det är dock enligt ut-

redningen svårt att förutsäga om den riskbedömningsmodell som Socialstyrelsen föreslås ges i uppdrag att utveckla (se avsnitt 9.2.3), kommer att kräva en tandläkares kompetens eller om bedömningen även kan utföras av en tandhygienist. Här kan därför justeringar behöva ske i författningsförslagen när Socialstyrelsen närmare fastställt vad som ska bedömas. Utredningen ser även att det i vissa regioner finns en brist på tandläkare och där tandhygienister tar ett stort ansvar för undersökningar. Det finns även rena tandhygienistmottagningar. Krav som förutsätter omfördelning av tandvårdsresurserna kan därmed få en påverkan på marknaden. Det finns samtidigt få skäl att friska personer regelmässigt ska ta tandläkartid i anspråk. Har en patient bedömts vara frisk kan revisionsintervallet för tandläkarundersökning vara långt och revisioner i stället utföras av tandhygienist. Se även kapitel 10 om riskbedömning av vuxna patienter med särskilda behov av ett mer långvarigt stöd för basal tandvård.

Bedömning av patientens risk

Riskbedömning innebär att bedöma patientens framtida risk för att drabbas av munsjukdomar, eller att befintliga munsjukdomar förvärras. Det kan beskrivas som ett sätt att bedöma balansen mellan friskfaktorer (skyddsfaktorer) och riskfaktorer. Indirekta friskfaktorer är exempelvis en god allmänhälsa, stabila sociala förhållanden, frånvaro av eller avstannad sjukdomsaktivitet, normal salivmängd och god oralmotorik. Friskfaktorer kan dock även vara direkta levnadsvanor som tandborstning med fluortandkräm två gånger om dagen, regelbundna måltider och att huvudsakligen använda vatten som törstsläckare. Det är egenvården i form av de dagliga insatserna som utgör de viktigaste påverkbara direkta friskfaktorerna. Omvänt påverkar riskfaktorer tandhälsan i negativ bemärkelse. De viktigaste indirekta riskfaktorerna är allmän ohälsa, funktionsnedsättning, svag socioekonomisk position, ärftlighet och beteendeproblematik, medan de viktigaste direkta riskfaktorerna är för munhälsan dåliga kostvanor, dålig munhygien, låg salivmängd, blödning från gingivan vid sondering samt tobaksbruk. Att en riskfaktor upptäcks innebär inte automatiskt att personen har en ökad risk för oral sjukdom, utan bedömningen behöver grundas på en sammanvägning av olika fak-

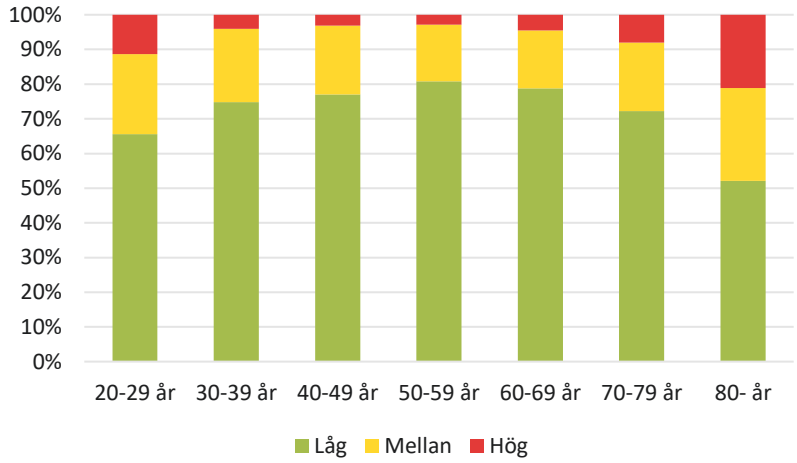
torer som påverkar i positiv och negativ riktning. Riskfaktorer påverkar negativt, men samtidigt kan andra faktorer påverka så att en person håller sig frisk. Ett förklarande exempel kan vara en person med riskfaktorn muntorrhet. Personen balanserar upp detta genom sin vetskap om problemet och kunskap om att kariesutveckling kan förebyggas och sköljer därför regelbundet med fluor samt håller en för munhälsan god kosthållning. Personen uppvisar därför inte heller någon pågående kariesaktivitet. Den enskilda faktorn muntorrhet påverkar därför sammantaget inte denna persons risknivå utan resultatet av riskbedömningen kan bli att personen kategoriseras som frisk. Finns det däremot även andra riskfaktorer hos personen som sammantaget medför att riskfaktorerna dominerar, eller balansen mellan för tandhälsan positiva och negativa faktorer är osäker, kan personen kategoriseras som riskpatient.

Ett vanligt sätt att beskriva olika grupper av patienter vid riskbedömning är att använda färger. Enligt en sådan modell representerar grön grupp patienter med en balans mellan frisk- och riskfaktorer eller en situation då friskfaktorer dominerar. Gul grupp innebär att patienten har riskfaktorer/oral sjukdom men av mindre omfattning eller att det råder osäkerhet om balansen mellan frisk- och riskfaktorer. Slutligen anger röd grupp de patienter där riskfaktorerna dominerar och/eller det finns tecken på aktiv oral sjukdom.

En vanlig beskrivning av fördelningen mellan de tre grupperna är att cirka 70 procent av befolkningen tillhör grön grupp, cirka 20 procent tillhör gul grupp och cirka 10 procent röd grupp. Risken för tandsjukdom, varierar med åldern där äldre patienter av naturliga orsaker generellt löper en större risk för sjukdom. I figur 9.1 visas ett exempel från Västra Götalandsregionen på hur risken för karies varierar med patienternas ålder. Figuren kan tjäna som en illustration av hur fördelningen i befolkningen normalt sett ser ut.

Figur 9.1 Risk för karies efter ålder, år 2018

Andel av patienter hos Folktandvården Västra Götalandsregionen



Källa: Västra Götalandsregionen.

Typer av åtgärder som kan ingå i en tandhälsoplan

Utredningens förslag är att särskilda åtgärder fastställs för tandhälsoplan vid sidan av ordinarie åtgärder inom statligt tandvårdsstöd. Åtgärder inom tandhälsoplan bör omfatta såväl åtgärder för undersökning som för viss förebyggande behandling mellan revisionsbesöken vid risk eller befintlig oral sjukdom. För att kunna ställa diagnos och bedöma risk behövs i varierande omfattning klinisk och röntgenologisk undersökning beroende på patientens aktuella tandvårdsbehov och/eller på tidigare utförd tandvård. Så är fallet vid diagnosticering även i dag, men när undersökning sker inom tandhälsoplan anser utredningen att det kan bli en fördel för patienten eftersom patientkostnaden för att undersökas inom tandhälsoplan ska vara lika oavsett dess omfattning. Utredningen anser därför att flera nivåer för undersökning inom tandhälsoplan kommer att vara nödvändiga för att alla patienter ska kunna få diagnostik av sjukdom och därmed en tandhälsoplan för fortsatta tandvårdsbesök. Undersökningen ska fånga patientens totala orala hälsa.

I vissa fall kan ytterligare undersökning utöver vad som ingår i tandhälsoplan behövas för att utföra behandlingsplanering. Det kan exempelvis vara undersökning av benvolym inför implantatbehand-

ling eller fortsatt utredning av apikala förändringar. Sådan undersökning ersätts inom högkostnadsskyddet i det statliga tandvårdsstödet.

Den närmare utformningen av tandhälsoplanen avseende åtgärdernas innehåll och omfattning samt intervall bör enligt utredningen göras inom ramen för ett utvecklingsarbete av berörda myndigheter (se avsnitt nedan). För att kunna kostnadsberäkna reformen har utredningen emellertid gjort vissa antaganden om hur systemet skulle kunna utformas. Enligt utredningens beräkning omfattar en tandhälsoplan fyra typer av åtgärder – tre åtgärder för undersökning och riskbedömning samt en förebyggande åtgärd.

Den första undersökningsåtgärden i beräkningen är ”Undersökning grön/frisk”. Den kan tillämpas för friska patienter och kan utföras av tandhygienist eller tandläkare med kort tidsåtgång. Arbetssättet ska uppfylla krav på ett kostnadseffektivt användande av resurser.

Den andra åtgärden är en vanlig ”Undersökning”. Den kan tillämpas för det stora flertalet vuxna som behöver en vanlig undersökningsåtgärd, ungefärligen motsvarande en basundersökning av tandhygienist eller tandläkare. I utredningens beräkning tillämpas denna som en normalundersökning för patienter med gul eller röd risknivå. Utredningen har i kostnadsberäkningen antagit att åtgärden även skulle kunna användas för en första undersökning av en ny patient oavsett vilken nivå som riskbedömningen sedan resulterar i, patienten kan således även som riskgrupperas som grön.

För vissa personer räcker det inte med en vanlig undersökning för att kunna bedöma risken för oral sjukdom. För dessa behövs en mer omfattande undersökning. Den tredje typen av undersökningsåtgärd i utredningens beräkning är därför en ”Omfattande undersökning”. Det kan vara ett behov av ytterligare röntgen eller annan åtgärd för att korrekt kunna ställa diagnos avseende oral sjukdom. Åtgärden omfattande undersökning skulle även kunna tillämpas som första undersökningen vid en mottagning när tandhälsoplan ska fastställas för en patient som har ett antal restaurationer, vilket kräver mer omfattande undersökning första gången. Patienten blir sedan antingen grön, gul eller röd. Restaurationerna kan vara utförda för många år sedan och patienten kan vid undersökningstillfället uppvisa en tydlig övervikt av friskfaktorer. Åtgärden skulle även kunna tillämpas när tandhälsan förändrats. Exempel är vid parodontitutveckling, kariesutveckling som inneburit att patienten fått många fyllningar eller omfattande protetik de senaste åren eller att det har gått ett antal år

sedan föregående omfattande undersökning inom tandhälsoplan. I det sistnämnda fallet kan det exempelvis röra sig om patienter som uppfyller kriterierna avseende ett flertal fyllda tänder, kronförsedda tänder eller rotfyllda tänder. Det kan finnas patienter där behandlaren vid undersökningen ser att en prövning för långvarigt selektivt stöd eller selektivt stöd för viss behandling bör göras (se kapitel 10). Även i dessa fall ska åtgärden omfattande undersökning kunna tillämpas. I det fall prövningen tillstyrks för en patient i den förstnämnda gruppen hanteras patientens tandhälsoplan som en del i det långvariga selektiva stödet. I det fall prövningen skulle avslås fortsätter patienten i tandhälsoplan.

Det bör vara möjligt att inom tandhälsoplan ge patienten den undersökning som behövs för att kunna diagnostisera aktuell oral sjukdom och fastställa risken för framtida sjukdom samtidigt som inga onödiga åtgärder ska utföras. Utredningen vill betona att hög risk för oral sjukdom inte automatiskt är kopplat till ett behov av en omfattande undersökning. En vanlig basundersökning bör normalt sett vara fullt tillräcklig för att fastställa hög risk, exempelvis för karies. Omfattande undersökning är nödvändig när det behövs mer omfattande klinisk eller röntgenologisk undersökning än vad som ingår i en basundersökning för att kunna ställa diagnoser och detta är starkt kopplat till tidigare utförd tandvård. En patient med hög risk behöver däremot besök med tätare intervall samt förebyggande besök mellan revisionsundersökningarna. Omvänt kan en patient med ett mycket restaurerat bett behöva en omfattande undersökning, framför allt radiologisk, men därefter bedömas ha en låg risk för fortsatt sjukdom och besök mer sällan inom tandhälsoplan.

För att kunna beräkna kostnaderna för reformen om tandhälsoplan har vissa antaganden gjorts. Ett antagande är att det är statusuppgifterna i patientens journal som möjliggör för behandlaren att välja typ av undersökning. Exempelvis skulle statusuppgifterna kunna visa att det hos patienten finns många fyllningar eller protetiskt rehabiliterade tänder, flera rotfyllda tänder, flera manifesta kariesangrepp, ett flertal djupare tandköttsfickor, eller behov av bedömning för selektivt stöd. Ett annat antagande är att en omfattande undersökning endast kan utföras av tandläkare.

Utredningens förslag om tandhälsoplan omfattar även viss förebyggande behandling för personer med risk för, eller befintlig eller sjukdom. I beräkningen har därför antagandet gjorts om en åtgärd

som utredningen valt att kalla ”Förebyggande mellanbesök” som erbjuds mellan revisionsbesöken. Ersättning för dessa åtgärder är beräknad på tandhygienists prisnivå, men behandlingen kan även utföras av tandläkare. Genom mellanbesöken får professionen ett handlingsutrymme att erbjuda den förebyggande behandling som patienten bäst behöver. Det kan till exempel röra sig om information eller instruktion, fluorpensling eller annan förebyggande behandling. Friska personer (grön) bedöms i beräkningen inte behöva mellanbesök inom tandhälsoplan. Förebyggande tandvård kan även erbjudas och bekostas av patienten samt ersättas inom ramen för skyddet mot höga kostnader om tandvården ändå bedömer att det finns behov i det individuella fallet.

När det gäller frekvens för åtgärder och revisionsintervall inom tandhälsoplan ska även detta fastställas inom ramen för ett utvecklingsarbete av berörda myndigheter. För att kunna göra kostnadsberäkningar har utredningen dock även här behövt göra vissa antaganden. Friska (gröna) patienter får i beräkningen ett revisionsintervall på 36 månader i åldern 20–60 år. Vid högre ålder bör även friska patienter undersökas något mer frekvent. Antagandet vid beräkningen är 24 månaders intervall mellan undersökningarna i åldern 61–70 år och 18 månader för personer över 70 år. Det bör påpekas att det inte är åldrandet i sig som gradvis försämrar tänderna, utan tandsjukdomar som karies och parodontit som snabbt kan utvecklas i samband med nedsatt allmän hälsa. Med åldern kan en person bli skör och prevalensen av medicinska och orala sjukdomar öka. Det motiverar att även friska äldre undersöks mer frekvent.

För personer med risknivå gul beräknas undersökningsintervallet vara 18 månader och för de med risknivå röd 12–15 månader. I beräkningen ges ett förebyggande mellanbesök till grupp gul och två mellanbesök till grupp röd mellan revisionsundersökningarna. Ett sådant intervall skulle innebära att patienter i riskgrupp gul kan få ett besök inom tandhälsoplan var 9:e månad där vartannat besök omfattar en undersökning. Patienter i riskgrupp röd kan få ett besök inom tandhälsoplan var fjärde månad. För att de med högre risk ska kunna besöka tandvården med mer täta intervall krävs att tandvården har kapacitet för detta. Den viktigaste faktorn för att frigöra denna kapacitet är att förlänga de friska patienternas besöksintervall. De friska utgör en stor andel av tandvårdspatienterna, vilket innebär att även mindre förlängningar av besöksintervallen frigör betydande

resurser i tandvården. En sådan förändring ligger i linje med behovsprincipen och innebär ett ökat fokus på patienter med högre risk för oral ohälsa.

Att kombinera åtgärder inom tandhälsoplan och andra åtgärder vid samma besökstillfälle

Genom förslaget om tandhälsoplan ökas behandlarens möjlighet att på sikt ge personer med en sammantagen risk för sjukdom, eller befintlig sjukdom, information om problemet samt kunskap om hur personen bättre kan hålla sig oralt frisk. Härigenom ges ökade möjligheter till en förbättrad oral hälsa till en för patienten låg kostnad. Utredningen ser det som väsentligt att bestämmelserna om hur tandhälsoplan ska tillämpas säkerställer att patienten får en förutsägbar kostnad för besöket och att undersökningsåtgärderna inte fritt kan kombineras med andra åtgärder för kompletterande undersökningar vid samma besökstillfälle. Patienten bör kunna få diagnoser ställda och sin tandhälsoplan upprättad för 200 kronor utan att belastas av andra kostnader för något som patienten uppfattar vara ”samma sak”. Motsvarande gäller för de förebyggande mellanbesöken, det vill säga att andra åtgärder för förebyggande behandling inte bör ersättas vid samma tillfälle. Behandlaren avgör vilken förebyggande behandling den aktuella patienten behöver och den ingår i det förebyggande mellanbesöket för patienter med risk eller befintlig sjukdom. I detta sammanhang bör understrykas att det för vissa patienter kan behövas mer förebyggande behandling är vad som ingår i mellanbesöket. Sådan tandvård får då utföras inom högkostnadsskyddet. Samtidigt är det viktigt att tandvården ska kunna utföra sitt uppdrag kostnadseffektivt och att patienten inte ska behöva besöka tandvården vid fler tillfällen än nödvändigt. Exempelvis ska det vara möjligt att vid ett besök med undersökning inom tandhälsoplan samtidigt laga en kavitet som uppstått i en tand, behandla en tandlossningssjukdom med mekanisk infektionsbehandling eller ta avtryck för en bettskena. Denna ytterligare tandvård utförs inom skyddet mot höga kostnader.

Utredningen ser det också som grundläggande att alternativet omfattande undersökning genereras av IT-systemet genom den data som registrerats i status samt anamnes, hur många år sedan tidigare omfattande undersökning utfördes eller om det är en ny patient vid mottagningen etcetera. Motsvarande gäller fastställande av risk-

grupp. Detta är således inte något som behandlaren själv bör kunna välja – det blir ett automatiskt utfall av de statusuppgifter och information från anamnessamtalet som behandlaren registrerat i patientjournalen och som därefter IT-systemet sammanräknar till ett beslut om patientens risknivå. Därmed säkerställs en jämlik bedömning och ett gott utnyttjande av begränsade resurser.

Att kombinera selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård under lång tid med tandhälsoplan

Som framgår av kapitel 10 föreslår utredningen att patienter som är berättigade till ett selektivt stöd för basal tandvård under lång tid ska undersökas och riskbedömas i likhet med övriga patienter – detta eftersom undersökning och riskbedömning ligger till grund för vilka förebyggande insatser och vilken behandling som patienten behöver. Förklarande information till patienten om sitt tandhälsotillstånd och råd om egenvård ges till patienten, närstående eller omsorgspersonal. Utredningen ser det även som väsentligt att data om tandhälsa från riskbedömningen ska återfinnas för alla vuxna i tandhälsoregistret. Däremot bör åtgärder som i övrigt skulle erbjudits inom tandhälsoplan i stället omfattas av det selektiva stödet för dessa patienter. Skälen för detta är två. För att patienter inom selektivt stöd för basal tandvård under lång tid ska det finnas ett kostnadstak för patientavgifterna under en ersättningsperiod och då krävs att åtgärderna som utförs ingår i det selektiva stödet. Det andra skälet är att patienter inom det selektiva stödet kan ha behov av andra förebyggande åtgärder, annan frekvens för förebyggande besök och en undersökning eller behandling kan även ta längre tid i anspråk. Villkor och ersättning för undersökning, riskbedömning och förebyggande åtgärder bör därför vara andra än de som omfattas av regelverket för tandhälsoplan inom det generella tandvårdsstödet.

Vad bör riskbedömas och rapporteras till Försäkringskassan?

Utredningens förslag är att vanliga orala sjukdomar som parodontit, karies och erosion bör omfattas av tandhälsoplanens riskbedömning. Även andra orala sjukdomar bör kunna omfattas, såsom viss slemhinnesjukdom eller bettfysiologiska problem. Den närmare avgräns-

ningen av vilka sjukdomar och sjukdomstillstånd som riskbedömningens ska omfatta bör fastställas inom ramen för tidigare nämnda utvecklingsarbete på myndighetsnivå. Klart är dock att all risk för kommande orala problem inte kan omhändertas genom tandhälsoplanens fokus på undersökning och vissa förebyggande behandlingar. En sådan risk är den tekniska risken, det vill säga risken att något i munnen går sönder, exempelvis en tand eller en protetisk konstruktion. En person med många och stora fyllningar/konstruktioner eller som pressar tänder har en stor risk för framtida omfattande tandvårdsbehandlingar och höga tandvårdskostnader. Utredningen menar dock att den tekniska risken inte går att förebygga genom korta revisionsintervall eller förebyggande åtgärder i tandhälsoplan. En ny fraktur kan uppkomma kort tid efter revisionsundersökningen, men även dröja många år. En person med protetiska konstruktioner bör därför informeras om denna potentiella risk vid undersökningen. En person som har tandslitage bör likaledes informeras om sitt tandslitage, vad som eventuellt kan göras åt beteendet samt om bettskena bör användas. Det är en sådan behandling som därefter får utföras inom skyddet mot höga kostnader. Andra viktiga aspekter som utredningen anser särskilt bör beaktas i det utvecklingsarbete som ska föregå införandet av reformen om tandhälsoplan är:

– att riskbedömningsmomentet inte väsentligt ökar tandvårdens belastning utan att det som bedöms i möjligaste mån är uppgifter som tandvården ändå behöver journalföra och som därefter hämtas automatiskt ifrån patientjournalens anamnes och statusuppgifter som underlag till bedömningen.
– att riskbedömningssystemet främst hanterar data på en aggregerad nivå. Exempelvis behöver inte varje tandficka vid parodontit särredovisas till Försäkringskassan, utan journalsystemet kan aggregera de fickor som hittas vid undersökning till en samlad bedömning. En parallell är det nya diagnossystemet för parodontal sjukdom där individen får en samlad parodontal diagnos med ett värde för parodontalt status och ett för dess progression.
– att myndigheterna i utvecklandet av systemet beaktar integritetsaspekter för hur medicinska diagnoser och bruk av mediciner exempelvis kan omvandlas till en riskfaktor redan hos vårdgivaren genom ett tilläggssystem i patientjournalen. Försäkringskassans databas bör endast omfatta tandvårdsdata samt sådana aggrege-

rade övriga riskfaktorer som påverkar riskbedömningen i det enskilda fallet. Journalsystemet bör automatiskt kunna extrahera vilka faktorer som är av betydelse.

– att systemet inte förutsätter att alla personer bör undersökas på samma sätt. För många patienter räcker en vanlig basundersökning och vid behov de röntgenbilder som ingår i en sådan. För andra patienter är detta emellertid inte tillräckligt för att göra en korrekt bedömning. Vissa patienter behöver både en mer omfattande klinisk undersökning och en mer omfattande röntgenundersökning såsom apikala röntgenbilder som visar tandrotens förhållanden för att bedöma sjukdomens dignitet. Systemet behöver därför vara så konstruerat att viss information ändrar förutsättningarna för vidare utredning.
– att systemet inte ska gå att manipulera så att en behandlare ändrar ingångsvärdena för att få till stånd ett mer frekvent revisionsintervall även om det är av omtanke om patienten. Av detta skäl kan kriterier som exempelvis muntorrhet behöva följas av en notering om diagnos eller ett visst läkemedel för att påverka risken.

Vårdgivarpriset på åtgärder som ingår i en tandhälsoplan

Utredningen har övervägt om de åtgärder som erbjuds inom ramen för tandhälsoplanen för patientens del ska omfattas av den fria prissättningen eller ges till ett av staten reglerat pris. Det främsta argumentet för ett reglerat pris är att det blir enkelt och förutsägbart för patienten. Att lämna förslag som gör att tandvårdssystemet uppfattas som mer förutsägbart är ett av utredningens uppdrag enligt utredningsdirektivet. Det är enligt utredningens uppfattning viktigt att det finns en enhetlig och nationellt likvärdig modell för tandhälsoplanen med samma villkor oavsett var i landet den erbjuds och oavsett om vårdgivaren är offentlig eller privat. Att erbjudandet till patienten är enkelt, tydligt och förutsägbart är viktigt för tandhälsoplanens attraktivitet och legitimitet såväl vid reformens införande som på sikt.

Ett andra argument för ett reglerat pris är att det säkerställer ett lågt pris för regelbunden undersökning och viss förebyggande tandvård för alla patienter. Med fri prissättning kan situationen uppstå att patienten möts av ett högt pris för åtgärder i tandhälsoplanen,

vilket riskerar att försvaga ett av reformens viktigaste incitament – en låg ekonomisk tröskel.

Det som talar mot att reglera priset på åtgärder i tandhälsoplanen är eventuella negativa konsekvenser för tandvårdsmarknaden, patienterna och dess vårdgivare. Att undanta en stor andel av de undersökningar och vissa förebyggande åtgärder som årligen görs från den fria prissättningen, innebär ett visst ingrepp i den nuvarande tandvårdsmarknadens utformning. Detta kan påverka villkoren för vårdgivare att bedriva tandvård och därmed leda till ett minskat utbud och sämre tillgänglighet och valfrihet för patienterna.

Hur stor andel av den fria tandvårdsmarknaden som skulle prisregleras om patientens pris för åtgärder i tandhälsoplanen bestäms till ett fast belopp, kan beräknas utifrån en preliminär uppskattning av omfattningen av tandhälsoplaner för olika patientgrupper. De kostnadsberäkningar som utredningen gjort utgår, som framgår ovan, från att det ska erbjudas tre typer av undersökningsåtgärder samt en förebyggande åtgärd. Åtgärderna ska erbjudas med olika intervall beroende på risk och frekvensen varierar mellan 36 månader mellan basundersökningar för yngre och medelålders friska patienter till 4 månader mellan förebyggande åtgärder och undersökning för patienter med störst risk. Undersökningsåtgärderna har i beräkningen ersatts med mellan 660 och 1 400 kronor beroende på typ och förebyggande mellanbesök med 550 kronor. För en närmare beskrivning av utredningens beräkningsunderlag, se kapitel 12. Utredningen vill understryka att den slutliga omfattningen av tandhälsoplanerna, dess åtgärder och prissättningen bör fastställas av berörda myndigheter inom ramen för ett utvecklingsarbete.

Utredningen uppskattar att den sammanlagda omsättningen av tandvård inom tandhälsoplan uppgår till cirka 3,2 miljarder år 2023. Av dessa medel är cirka 0,7 miljarder kronor patientavgifter. Beräkningen bygger på FASIT och är en framskrivning av tandvårdskostnaderna till med hänsyn taget till bland annat befolkningstillväxt och regeringens inflationsprognos. Enligt samma beräkningsmodell förväntas tandvård i det statliga tandvårdsstödet totalt omsätta 21,6 miljarder år 2023. Det innebär att tandvård inom tandhälsoplan utgör cirka 15 procent av den fria tandvårdsmarknadens omsättning. Cirka 15 procent av den marknad som i dag omfattas av fri prissättning skulle således regleras med reformen.

Sådana undersökningar och förebyggande åtgärder som är tänkta att ingå i tandhälsoplan utgör alltså en inte obetydlig del av den tandvård som utförs, vilket gör att förändringar av villkoren för dessa åtgärder kan ha påverkan på marknaden som helhet. Att prisreglera vissa åtgärder kan exempelvis leda till högre priser på andra åtgärder. Om en konsekvens av fast pris på åtgärder i tandhälsoplanen blir högre priser på andra åtgärder med högre referenspris kan det sammantaget innebära högre kostnader för patienter med större vårdbehov.

När det gäller prissättningen på tandvårdsmarknaden visar utredningens studier att prisavvikelsen, mätt som skillnaden mellan referenspris och vårdgivarpris, är lägst för undersökningar och förebyggande åtgärder, det vill säga för den typ av åtgärder som är tänkta att ingå i tandhälsoplanerna. Konkurrensverket har också i en rapport från år 2018 pekat på att prisspridningen för basundersökningar är lägst av samtliga tandvårdsåtgärder.[15] I genomsnitt är folktandvårdens priser 4 procent över referenspriset på åtgärd 101 som är en basundersökning utförd av tandläkare. De privata vårdgivarnas priser är prisavvikelsen på samma åtgärd högre, 7 procent. Påpekas bör i sammanhanget att åtgärd 201 som är information eller instruktion dock ofta avviker negativt, det vill säga ges till lägre pris än referenspris. Som framgått innebär utredningens förslag att åtgärderna i tandhälsoplan regleras i särskild ordning med särskilda åtgärdskoder där ersättningen till vårdgivaren kan ta hänsyn till exempelvis behov av extra tid för riskbedömning. Det betyder att det inte med nödvändighet måste finns en absolut korrelation mellan det nuvarande referenspriset för en basundersökning och den ersättning vårdgivaren ges för motsvarande en basundersökning i tandhälsoplanen. Referenspriserna är kostnadsbaserade och utgår från en beräkning av tidsåtgång för olika moment, lönekostnader, materialåtgång, normala overheadkostnader etcetera. I overheadkostnader ingår till exempel hyror, städ- och steriltjänster, IT-kostnader, avskrivningar och liknande. Det är kostnader som fördelas proportionellt på de olika åtgärderna. I ett system med reglerade priser finns det inte någon möjlighet för vårdgivaren att höja vårdgivarpriset på åtgärder med hänvisning till exempelvis högre omkostnader till följd av ett högre löneläge eller högre lokalkostnader på en ort. I ett sådant system blir det därför särskilt viktigt att ersättningen till vårdgivaren på ett kor-

[15] Konkurrensverket. 2018. *Konkurrensen i Sverige 2018*.

rekt sätt återspeglar de faktiska genomsnittliga kostnaderna och ger kostnadstäckning, inklusive viss investerings- och utvecklingsmarginal.

Möjlighet bör även finnas för behandlaren att utföra undersökningar mellan revisionsintervallen inom skyddet mot höga kostnader om sådant behov uppkommer.

Som nämnts ovan indikerar studier av prisspridningen på basundersökningar att priskonkurrensen är hård på dessa åtgärder, jämfört med andra åtgärder.[16] Det har bland annat sin förklaring i att undersökningen ofta fungerar som ett sätt att knyta nya patienter till sig, vilket möjliggör att erbjuda efterföljande vård och behandling om behov av detta föreligger. Mer sällan förekommande och omfattande åtgärder har större prisspridning, vilket är ett tecken på en svagare priskonkurrens. Syftet med fri prissättning på tandvårdsmarknaden är en väl fungerande marknad och en effektiv konkurrens till nytta för tandvårdskonsumenterna. Det kan ifrågasättas om det ur ett jämlikhets- och resurseffektivitetsperspektiv är ändamålsenligt att bibehålla ett system där priskonkurrensen är hårdast på de åtgärder som har lägst pris och svagast på mer kostsamma och omfattande behandlingar. Att patienten erbjuds en basundersökning för 900 kronor hos en vårdgivare och 950 kronor hos en annan, spelar sannolikt mindre roll för patienten om vårdgivarnas respektive priser på exempelvis en lagning med krona sedan varierar med flera tusen kronor.[17] Utredningens sammanvägda bedömning och slutsats är mot denna bakgrund att fördelarna med ett fast pris på åtgärder som omfattas av tandhälsoplan överväger. Det skapar tydlighet och förutsägbarhet för patienterna, innebär en låg ekonomisk tröskel för regelbunden och förebyggande tandvård och stimulerar dessutom sannolikt vårdgivarna att i högre grad än i dag konkurrera med pris och kvalitet på mer omfattande åtgärder som innebär högre kostnader för patienterna. Den låga prisspridningen på den typ av åtgärder som tandhälsoplanen omfattar samt det faktum att tandhälsoplansåtgärder endast kommer att omfatta mindre än en femtedel av den i dag fria tandvårdsmarknaden, gör att eventuella negativa konsekvenser på tandvårdsmarknaden som helhet kan accepteras för att uppnå ovan nämnda fördelar.

[16] Ibid.
[17] Ibid. Myndigheten har med stöd av data från TLV jämfört åtgärder med implantatförankrade kronor år 2016. Prisspridningen varierade mellan 5 815 och 9 396 kronor.

När det gäller konsekvenser för tandvårdsmarknaden bör också beaktas att andra av utredningen föreslagna reformer kan påverka tandvårdsmarknaden i en annan riktning. Som exempel kan nämnas att utredningen i kapitel 8 föreslår att unga vuxna mellan 20 och 23 år ska omfattas av det statliga tandvårdsstödet och inte av regionernas ansvar för tandvård till barn och unga vuxna. En sådan reform skulle innebära att cirka 460 000 patienter återförs till den del av tandvårdsmarknaden där statligt tandvårdsstöd och i huvudsak fri prissättning tillämpas. Därför bör en konsekvensanalys göras utifrån ett helhetsperspektiv på utredningens förslag till förändrat tandvårdssystem. En sådan konsekvensanalys redovisas i kapitel 12.

Patienten föreslås endast betala en patientavgift per besök inom tandhälsoplan

Utredningen föreslår att vårdgivaren ersätts för de åtgärder som ingår i en tandhälsoplan med en ersättning som innebär kostnadstäckning efter justering av intäkt av patientavgift på 200 kronor per besök. Förslaget är att avgiften bestäms av regeringen. Skälet till att utredningen föreslår en avgift på 200 kronor är att det är den vanligaste avgiften i den öppna hälso- och sjukvården.[18] År 2020 var det 15 av 21 regioner som bestämt avgiften för läkarbesök i primärvården till 200 kronor. Den genomsnittliga patientavgiften var 190 kronor. Mot bakgrund av att utredningens uppdrag är att lämna förslag som gör att tandvårdssystemet kan uppfattas mer förutsägbart för patienter och profession är det en fördel om patientavgiften för besök som ingår i tandhälsoplanen är ungefär densamma som för ett läkarbesök i primärvården. Det är enkelt att kommunicera för såväl vårdgivare som myndigheter. Utförs flera åtgärder som ingår i tandhälsoplanen vid samma tillfälle ska patientavgiften ändå inte överstiga 200 kronor. Om behandlaren efter godkännande av patienten utför åtgärder som inte ingår i tandhälsoplanen debiteras dessa enligt befintligt regelverk för tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader.

[18] SKR 2020. *Patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård år 2020.*

Ersättning till vårdgivaren för åtgärder som ingår i en tandhälsoplan

När det gäller hur vårdgivaren ska ersättas för åtgärder i tandhälsoplanen har utredningen övervägt olika alternativ.

Som framgått ovan innebär utredningens förslag att de åtgärder som ingår i en tandhälsoplan ska erbjudas till en fast patientavgift. Det innebär att vårdgivaren bör ersättas på ett sätt som innebär kostnadstäckning efter justering för patientavgiften. På den nuvarande tandvårdsmarknaden tillämpas olika ersättningsmodeller. För tandvård till barn och unga vuxna tillämpas vanligtvis kapitering, för de regionala särskilda tandvårdsstöden fastställer regionerna en åtgärdsbaserad ersättning och i det statliga tandvårdsstödet ersätts vårdgivaren utifrån ett av TLV fastställt referenspris per åtgärd och den eventuella differensen upp till vårdgivarens pris betalas av patienten.

Ett alternativ skulle kunna vara en kapiteringsmodell där vårdgivaren ges en fast ersättning när tandhälsoplanen påbörjas för att erbjuda patienten de åtgärder som ingår i patientens tandhälsoplan under en bestämd tidsperiod. Det blir då en modell liknande den så kallade barnpengen för tandvård till barn och unga vuxna. När det gäller tandvård till barn och unga vuxna ger kapiteringen ett incitament för vårdgivaren att hålla patienten frisk, eftersom även exempelvis reparativa behandlingar ingår i åtagandet som följer med ersättningen. Med kapitering minskar också risken för övervård, eftersom flera behandlingar inte genererar större intäkter. Den föreslagna tandhälsoplanen skiljer sig emellertid från tandvård till barn och unga vuxna i flera väsentliga avseenden. De åtgärder som enligt utredningen bör ingå i planen begränsas till undersökningsåtgärder och vissa förebyggande åtgärder. Åtgärder inom en tandhälsoplan är även begränsade inom fastställda intervall beroende på patientens risk. För övriga åtgärder tillämpas det befintliga statliga tandvårdsstödet. Det innebär andra incitament än för tandvård till barn och unga vuxna. Dessutom bör tandhälsoplanen vara individuell och vårdgivarneutral, i betydelsen att den följer med patienten och kan utföras av olika vårdgivare. Den bygger således inte på ett listningssystem, vilket ytterligare talar mot en kapiteringsersättning.

Ett annat alternativ är att utgå från det nuvarande systemet med åtgärdsbaserad ersättning. Det är en ersättningsmodell som tandvården är väl förtrogen med och som underlättar direkt kostnads-

kontroll. Vårdgivaren ersätts då endast för den eller de åtgärder som slutförs vid besökstillfället. En viktig skillnad mellan en åtgärd i det nuvarande statliga tandvårdsstödet och en åtgärd i tandhälsoplanen är dock att patientpriset är reglerat. Det ska således enligt utredningens förslag inte vara möjligt för vårdgivaren att sätta ett högre pris än den fastställda patientavgiften. I den meningen skulle en åtgärdsbaserad ersättning för åtgärder inom en tandhälsoplan mer likna ersättningen från regioner till tandvård inom de särskilda tandvårdsstöden. Incitamenten för vårdgivaren att vilja upprätta och fullfölja planen är dels att det ger en förutsägbar och säker intäkt över tid, dels att det kan möjliggöra intäkter för övriga åtgärder utanför planen. Sammantaget är det utredningen bedömning att en åtgärdsbaserad ersättning till fast pris till vårdgivare för sådana undersökningar och förebyggande behandlingar som slutförts och som ingår i en tandhälsoplan är den mest ändamålsenliga modellen.

Kombinationen av tandhälsoplan och tandvårdsersättning vid höga kostnader

Utredningen föreslår att patientavgiften vid tandvårdsbesök i enlighet med tandhälsoplan ska ingå i beräkningen av det belopp som patientens sammanlagda tandvårdskostnader under en ersättningsperiod ska överstiga för att tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader ska kunna lämnas. Den ersättning som lämnas till vårdgivaren för åtgärder inom tandhälsoplan föreslås inte ingå i motsvarande beräkning, eftersom det inte är en kostnad för patienten. En konsekvens av reformen antas bli att patienter som endast gör undersökningar, viss förebyggande behandling och några enklare reparativa behandlingar inte kommer nå upp till högkostnadsskyddets första beloppsgräns i samma utsträckning som i dagens system, helt enkelt därför att de inte kommer att ha lika höga kostnader för tandvård som de har i dag. Patienter som däremot har ett mer frekvent antal tandvårdsbesök enligt sin tandhälsoplan och dessutom gör ytterligare behandlingar inom en ersättningsperiod, kommer även fortsättningsvis kunna ta del av skyddet mot höga kostnader.

Abonnemangstandvård och tandhälsoplan

Reformen om tandhälsoplan bygger i hög grad på samma principer som abonnemangstandvård. Det handlar om att skapa incitament för regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte inom ramen för ett system som är förutsägbart för patienten och som uppmuntrar till egenvård mellan tandvårdsbesöken. Enligt utredningens bedömning kommer det som helhet att finnas goda förutsättningar för vårdgivare att erbjuda abonnemangstandvård även efter reformens införande.

Alla patienter ska erbjudas tandhälsoplan i enlighet med de villkor som framgår av utredningens förslag. Sådan tandvård ska rapporteras till Försäkringskassan som tandvård enligt tandhälsoplan och vårdgivaren ersätts efter slutförande genom fast åtgärdsersättning, efter avdrag av patientavgiften på 200 kronor. Patientens avgift registreras hos Försäkringskassan för beräkning av tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader om patienten behöver tandvård som inte omfattas av abonnemangstandvården såsom rehabiliterande behandling.

Det kommer således även fortsättningsvis vara möjligt för vårdgivare att erbjuda tandvård genom avtal om abonnemangstandvård. Ett sådant avtal blir ett komplement till tandhälsoplanen. Utredningen föreslår att nuvarande reglering av vad tandvård inom abonnemangsavtalet får omfatta i princip ska vara oförändrad. Det innebär att avtalet ska vara treårigt, till fast pris och omfatta den tandvård som patienten behöver i form av undersökningar och hälsofrämjande insatser utöver det som omfattas av patientens tandhälsoplan. Det kan exempelvis vara en tillkommande undersökning med anledning av uppkomna akuta symtom eller en förebyggande behandling som inte omfattas av tandhälsoplan. Därtill ska abonnemanget omfatta det patienten behöver i form av utredningar och behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, samt reparativ vård. Abonnemanget får även omfatta ytterligare tandvård. Bestämmelsen om att tandvårdsersättning inte får lämnas för sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård ska enligt utredningens förslag kvarstå.

I dag har vårdgivare som erbjuder abonnemangstandvård intäkter av avgiften som patienten betalar samt av ATB. Det senare upphör med utredningens förslag. Med utredningens förslag kommer vårdgivare som erbjuder abonnemangstandvård ha intäkt av abonnemangsavgiften som patienten betalar för den tandvård abonnemanget

omfattar. Därutöver kommer vårdgivaren ha intäkter av fast åtgärdsersättning för slutförda åtgärder i enlighet med patientens tandhälsoplan efter avdrag för tandhälsoplanens patientavgift per besök. Tandvårdsstödets ersättning för åtgärder i tandhälsoplan lämnas således även till vårdgivaren för abonnemangspatienter. Utredningens bedömning är att reformen kommer att innebära lägre intäkter av friska patienter med långa revisionsintervall och högre intäkter av patienter med större tandvårdsbehov för vårdgivare som erbjuder abonnemangstandvård – vilket är i enlighet med reformens syfte.

De patienter som väljer att komplettera sin tandhälsoplan med ett avtal om abonnemangstandvård bör enligt utredningens uppfattning kunna betala patientavgift för åtgärd i tandhälsoplan som en del av avgiften för abonnemanget. Det underlättar för såväl patienten som för vårdgivaren och är enligt utredningens uppfattning förenligt med den föreslagna bestämmelsen om en fast patientavgift på 200 kronor per besök. Dock är det viktigt att vårdgivaren i abonnemangsavtalet tydliggör vad som omfattas av tandhälsoplanen och vad som utgör den kompletterande delen. Att marknadsföra ett avtal där tandhälsoplanens kraftigt subventionerade åtgärder kombineras med ett mer omfattande erbjudande, utan att det tydligt framgår vad de olika delarna omfattar, försvårar för patienten att jämföra med alternativ som andra vårdgivare erbjuder och bidrar därmed inte till transparens, konkurrensneutralitet och förutsägbarhet. Vidare är det angeläget att vårdgivare som vid beräkning av patientens månatliga avgift för abonnemangstandvård inkluderat patientavgifter för tandvård inom tandhälsoplan återbetalar motsvarande belopp om sådana besök av något skäl inte utförts. Statlig ersättning för åtgärder inom ramen för tandhälsoplan lämnas till vårdgivaren efter att de slutförts och rapporterats. Detta är en skillnad jämfört med i dag då ATB lämnas till vårdgivaren om patienten har ett abonnemang, oavsett om patienten besöker vårdgivaren eller inte.

Reglering av riskbedömning och tandhälsoplan

Införandet av riskbedömning och tandhälsoplan förutsätter reglering i såväl lag och förordning som genom myndigheters föreskrifter. En utförligare beskrivning av författningsförslagen återfinns i kapit-

len författningsförslag samt författningskommentar. I korthet föreslår utredningen att regleringen görs enligt följande:

I tandvårdslagen införs ett undantag avseende den fria prissättningen för tandvård inom tandhälsoplan.

I lagen om statligt tandvårdsstöd föreslås regleras att patienten ska betala en avgift per besök för sådan tandvård som omfattas av en tandhälsoplan och att denna avgift ska benämnas patientavgift. I lagen föreslås också regleras att planen fastställs utifrån en bedömning av patientens risk att utveckla sjukdom eller progression av befintligt sjukdomstillstånd. Vidare bör det regleras i lag att en tandhälsoplan ska ange en förklaring till patientens risknivå, vilka åtgärder som får lämnas till patienten inom plan samt tidpunkt för när dessa tidigast kan utföras till patientavgift. Ersättning för en tandvårdsåtgärd inom tandhälsoplan lämnas i fasta priser. Patientavgiften föreslås räknas av från vårdgivarens ersättning. I lagen föreslås också regleras en skyldighet för vårdgivaren inom allmäntandvård att erbjuda patienten en tandhälsoplan om patienten inte har en sådan samt att en ersättningsperiod inom skyddet för höga kostnader kan påbörjas av ett besök inom tandhälsoplan. Skyldigheten att erbjuda tandhälsoplan gäller inte vid besök hos specialisttandläkare. Det gäller inte heller vid akutbesök om patienten har annan ordinarie tandvårdskontakt, eller är boende i annan region än där akutbesöket sker.

Slutligen föreslår utredningen att det i lagen om statligt tandvårdsstöd övergripande regleras vilket informationsansvar en vårdgivare har till Försäkringskassan samt omvänt vilka uppgifter Försäkringskassan ska tillhandahålla vårdgivare som ska behandla en patient. På förordningsnivå föreslås regleras att intakta och kvarvarande tänder, tillsammans med patienten risk, ska rapporteras in i samband med begäran om ersättning av undersökningsåtgärd som inte enbart har avsett enstaka tänder eller ett enstaka problem. I normalfallet bör det således bli vid revisionsundersökningstillfället. Eftersom uppgifter om tandhälsa i dag lämnas i samband med att vårdgivaren rekvirerar ATB, kan en konsekvens av förändringen tillsammans med ett förlängt revisionsintervall bli att uppgifterna uppdateras mer sällan än i dag. Å andra sidan kan uppgiftslämning i samband med en revisionsundersökning innebära bättre möjligheter att lämna mer aktuellt data om patientens tandhälsa och risk.

I förordning om statligt tandvårdsstöd föreslås reglering ske att tandhälsoplanen omfattar åtgärder för undersökning och riskbedömning samt vissa förebyggande åtgärder. Genom att reglera detta i förordning och inte i lag finns möjlighet för regeringen att över tid utöka eller begränsa vilka slags åtgärder som ska ingå i en tandhälsoplan. På förordningsnivå regleras när en tandhälsoplan påbörjas och hur den kan uppdateras. Även patientavgiften föreslås bestämmas av regeringen. Som framgått föreslår utredningen att patientavgiften ska vara 200 kronor per besök, men detta belopp bör regeringen alltså kunna justera utan riksdagens godkännande. På förordningsnivå föreslås vidare en mer detaljerad reglering av vilken information planen ska innehålla, vilka uppgifter vårdgivaren ska lämna till Försäkringskassan samt vilka uppgifter Försäkringskassan ska lämna till vårdgivaren och till TLV.

Vilka uppgifter som föreslås vara reglerade av myndigheter på föreskriftsnivå beskrivs i avsnittet nedan om myndigheters ansvar för utveckling, reglering och implementering av reformen.

Äldre erbjuds tandhälsoplan och/eller statligt selektivt stöd utifrån behov

Vissa äldre har en god tandhälsa med ingen eller låg risk att utveckla oral sjukdom. Andra äldre har stora behandlingsbehov och behov av täta kontakter med tandvården för att bibehålla en god munhälsa. Företrädare för svensk tandvård vittnar dock om att många äldre personer avbokar sitt besök i tandvården, trots påminnelser om vikten av återkommande undersökningar. I takt med åldrandet blir det i stället vanligare att personen endast besöker tandvården vid akuta behov. Denna förändring sker gradvis, men statistiken visar att färre äldre besöker tandvården för vanliga basundersökningar. Över 80 års ålder ökar andelen som endast besöker tandvården akut markant, vilket illustrerar behovet av ett tandvårdssystem som förmår att nå denna patientgrupp med förebyggande tandvård.

Det är inte åldrandet i sig som förstör tänderna, utan tandsjukdomar som karies och parodontit. Sjukdomserfarenheten ökar med åldern och därigenom även omfattningen och svårighetsgraden av sjukdomarna, något som också ökar komplexiteten i tandvårdens behandlingsinsats. Till sist kan sjukdomarnas ökade svårighetsgrad

leda till tandförlust.[19] En äldre person har en ökad risk för karies. Orsaker till detta är muntorrhet, förändrade matvanor och sämre förmåga till munhygien samt minskad oral muskelfunktion. Även risken för parodontit ökar, även om sjukdomen ofta initierats tidigare i livet. Paradoxen blir således att samtidigt som de orala riskfaktorerna ökar, minskar ofta förmågan att hantera den egna munhygienen.[20]

De som är födda i början av 40-talet eller tidigare har inte haft samma möjlighet till tandvård under sin uppväxt som yngre generationer. Karies var då mer utbrett, samtidigt som tandvårdens behandlingsmetoder och dess kunskaper om behandling av tandsjukdomar, inte var lika utvecklade. Bland annat saknades kunskap om fluorets skyddande och reparerande effekt. Förebyggande åtgärder var därför ett mindre vanligt inslag i tandvården. Patienters knappa ekonomiska resurser och bristande resurser i form av tandvårdspersonal över landet påverkade möjligheterna till tandvård. Utgångsläget för att bibehålla en god tandhälsa för äldre generationer har därmed sammanfattningsvis varit sämre. Införandet av tandvårdsstöd från 1974 har generellt förbättrat möjligheterna till att ha råd med tandvård, samtidigt som övergången till användande av fluortandkräm och kunskapen om förebyggande tandhälsovård har ökat.

Ett tak för höga behandlingskostnader för kronor, broar och implantat infördes år 2002 för de som var 65 år och äldre, vilket gällde fram till år 2008. Detta stöd kallades 65-plusreformen och ledde till att de protetiska behandlingarnas andel av tandvårdsstödet ökade kraftfullt. Antalet implantatbehandlingar mer än femdubblades från år 2002 till år 2005 (statistik för alla åldrar). 65-plusreformen påverkade efterfrågan av fastsittande protetik. Även dagens tandvårdsstöd ger en hög subventionsgrad för kostnader för tandvård överstigande 15 000 kronor såsom protetiska konstruktioner. I dag har tandhälsan för de äldre förbättrats, samtidigt som behovet av tandvård kvarstår. En intakt tand är starkare än en tand som fått reparerande behandling. Därmed kan sägas att en lagad tand medför en ökad risk för att på nytt behöva tandvård.

[19] Tonetti MS m.fl, *Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: call to action to protect and enhance oral health and well-being as an essential component of healthy ageing – Consensus report of group 4 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases*, Journal of Clinical Periodontology, nr. 44, 2017.
[20] Alfheidur Astvaldsdottir m.fl., *Oral health and dental care o folder persons – A systematic map of systematic reviews*. Gerodontology 2018; 35:290-304.

Antalet personer med total tandlöshet är färre i dag än tidigare, likaså de som åtgärdat tandlösheten med en avtagbar protes. Samtidigt har användandet av fastsittande protetik ökat för att åtgärda tandluckor av olika omfattning. Med ett ökat antal tänder i munnen tilltar även behovet av förebyggande tandvård för att bevara tandhälsan och för att den rehabiliterande protetiska konstruktionen ska vara användbar över tid. Äldre personer upplever sin tandhälsa som sämre än vad yngre personer gör.

Utredningen föreslår inte något särskilt tandvårdsstöd baserat enbart på ålder. Däremot är det av stor vikt att systemet med riskbedömning och tandhälsoplan i kombination med det nya selektiva stöd som föreslås i kapitel 10, ger äldre patienter med oral sjukdom eller risk för att utveckla oral sjukdom ett ändamålsenligt stöd. Genom att även inkludera allmänmedicinska kriterier i riskbedömningen inom tandhälsoplan kan äldre som har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad munhälsa identifieras. Tandhälsoplanen kan genom riskbedömningskriterier som inkluderar medicinsk hälsa omhänderta de patienter som behöver ett förebyggande stöd för att kunna bevara en godtagbar tandhälsa på längre sikt. Ett exempel kan vara en äldre person som är muntorr på grund av läkemedelsanvändning eller som på grund av sin allmänsjukdom har ordinerats näringsdryck eller korta intervall mellan matintag, vilket är en för munhälsan olämplig kosthållning som ökar risken för karies och erosion. Om personen inte klarar att balansera upp de negativa faktorerna har personen ökad risk för oral sjukdom. Kan personen däremot balansera upp sina riskfaktorer genom att ha vetskap om problemet och utföra en god egenvård kan personen sammantaget kategoriseras ha en låg risk.

En annan grupp med ökad risk på grund av sin allmänhälsa är sköra äldre som nyligen lämnat stadiet att vara oberoende men som ännu inte har utvecklat ett mer omfattande vård- och omsorgsbehov. En försämrad allmänhälsa och ett tilltagande omsorgsbehov, exempelvis med kognitiv svikt, innebär för många äldre alltmer frekventa vårdkontakter och en allmänt förändrad livssituation. I detta skede tappar många äldre sin tandvårdskontakt. Även faktorer som rädsla för höga kostnader eller praktiska svårigheter att ta sig till kliniken kan påverka benägenheten att upprätthålla kontakten med tandvården. Utredningen har i dialog med tandvården uppmärksammats på problemet att sköra äldre inte i tid får tillgång till förebyggande

tandvård. I dag identifieras tandvårdsbehovet hos den kategorin äldre ofta för sent, ibland först i samband med flytt till ett särskilt boende. I många fall har munhälsan då redan försämrats avsevärt.

Genom förslaget om tandhälsoplan kan förebyggande insatser ges efter en individuell riskbedömning för att bevara, eller förbättra, sköra äldres munhälsa. Eftersom kostnaden för ett besök inom tandhälsoplan är låg, fast och känd i förväg kan detta underlätta för äldre att upprätthålla en tandvårdskontakt. Utredningen ser vidare att kommunens funktion för biståndsbedömning kan spela en viktig roll genom att rutinmässigt informera brukare och anhöriga om vikten av att upprätthålla en tandvårdskontakt och vad en tandhälsoplan innebär. För en utförligare beskrivning av förslaget om nytt statligt selektivt stöd, se kapitel 10.

Möjligheter att överklaga ärenden inom statligt tandvårdsstöd

Hälso- och sjukvård inklusive tandvård omfattas av en skyldighetslagstiftning vilket innebär en skyldighet för samhället att tillhandahålla dessa tjänster. Tandvård är således inte en rättighet som den enskilde patienten kan utkräva på juridisk väg.

Lagen om statligt tandvårdsstöd hanterar ärenden om statlig subvention av utförd tandvård. Patienten har, såsom berättigad till ersättning inom statligt tandvårdsstöd, möjlighet att överklaga ett beslut som går denne emot i enlighet med förvaltningslagen om beslutet kan överklagas.[21] Patienten kan följaktligen ha rätt att överklaga ärenden om såväl beslut om ersättning som beslut i ett ärende om förhandsprövning enligt lagen om statligt tandvårdsstöd. Även ett beslut om viss risknivå och följaktligen ersättning enligt viss tandhälsoplan bör på samma sätt vara möjligt för patienten att överklaga. Vem som har rätt att överklaga behöver inte regleras särskilt utan framgår av allmänna förvaltningsrättsliga regler. I lagen om statligt tandvårdsstöd framgår hur begäran om omprövning utförs och även regler om överklagan hos förvaltningsrätten.[22]

Ett beslut kan även anses angå vårdgivaren som är den som ersättningen utbetalas till. Således kan en vårdgivare med stöd av förvaltningslagen ha rätt att överklaga ett beslut om beräkning av ersätt-

[21] 42 § förvaltningslagen (2017:900)
[22] 4 kap 9 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd och 113 kap. 7, 10 §§ socialförsäkringsbalken.

ning, beslut om utbetalning, återbetalning, kvittning samt anslutning till det elektroniska systemet likväl som ett beslut om viss risknivå. Enligt 4 kap. 10 § lagen om statligt tandvårdsstöd finns begränsningar av den allmänna regeln om vårdgivarens rätt att överklaga vad avser vissa beslut från Försäkringskassan som berör förhandsprövning. Någon möjlighet till förhandsprövning av en tandhälsoplan föreslås inte vara möjligt.

Överklagande, ändring och omprövning av beslut ska enligt 4 kap. 9 § lagen om statligt tandvårdsstöd göras enligt bestämmelserna i 113 kap. 2–17, 19, 20 och 21 §§ socialförsäkringsbalken.

9.2.3 Tandhälsoplan, behandlingsplan och annan information om utförd tandvård ska tillgängliggöras via e-tjänsten Mina sidor

Förslag: 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 från socialförsäkringsdatabasen om utförd tandvård, aktuell ersättningsnivå samt patientens ersättningsperiod.

Förslag: Kravet på när vårdgivare ska upprätta och lämna skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling tydliggörs. En skriftlig behandlingsplan ska lämnas när behandlingens kostnad, beräknad med utgångspunkt i referenspriser, för att utföra en behandling uppgår till ett belopp som minst motsvarar den övre beloppsgränsen i skyddet mot höga kostnader, vilket i dag är 15 000 kronor.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har i uppdrag att lämna förslag på hur tandvårdssystemet ska kunna uppfattas som mer förutsägbart, bland annat för patienterna. Vårdgivarens informationsansvar gentemot patienten regleras såväl i tandvårdslagen som i förordningen om statligt tandvårdsstöd och utredningen lämnar även förslag på ytterligare tydliggöranden kring informationsansvaret. Förordningen om statligt tandvårdsstöds bestämmelser avser bland annat priser för de åtgärder som vårdgivaren utför och vårdgivarens garantier, preliminär prisuppgift för den totala behandlingskostnaden om

behandling sker vid mer än ett tillfälle samt ett undersökningsprotokoll efter utförd undersökning. När en patient behöver behandlas vid mer än ett tillfälle ska vårdgivaren ge patienten en preliminär skriftlig prisuppgift över den totala behandlingskostnaden. Om mer omfattande behandling krävs, ska vårdgivaren lämna en skriftlig behandlingsplan med information om diagnos, föreslagen behandling och skäl för denna, eventuella alternativa behandlingsförslag, om åtgärderna är ersättningsberättigande inom skyddet mot höga kostnader samt vårdgivarens pris och referenspris för varje i behandlingen ingående åtgärdskod.

Trots dessa bestämmelser visar flera studier att patienter i tandvården upplever att de är i ett informationsunderläge och kan ha svårt att själva värdera sin tandhälsa och vårdbehov. Enligt utredningens bedömning förekommer det vissa brister i tandvårdens fullgörande av sitt informationsansvar, vilket även redovisas i kapitel 7. Ett sätt att förmedla information som lyfts i olika sammanhang är utveckling av e-hälsa, vilket kan definieras som en möjlighet att använda digitala lösningar för att få individuell information rörande hälsan. En jämförelse kan till exempel göras med patienter i behov av receptbelagda mediciner. När en patient får ett läkemedelsrecept utskrivet inom hälso- och sjukvården lämnas information om detta elektroniskt till apoteken via E-hälsomyndigheten. Behandlingen omfattar känsliga personuppgifter. Patienten kan därefter i sin tur via Läkemedelskollen, som är en e-tjänst från E-hälsomyndigheten, ta del av information för att se sina utskrivna recept samt när dessa går ut, vilken ersättningsnivå patienten befinner sig på inom högkostnadsskyddet för läkemedel och information om de läkemedel som redan hämtats ut på recept.[23] Denna e-tjänst underlättar hantering och användning av läkemedel för patienten och tydliggör hur högkostnadsskyddet för läkemedel är uppbyggt med olika ersättningsnivåer.

Försäkringskassan har möjlighet att använda sig av självbetjäningstjänster via internet för att ge tillgång till den enskildes personuppgifter och annan information om förmåner, vilket framgår av socialförsäkringsbalken. Den enskilde patienten kan få använda sådana tjänster under förutsättning att särskilda föreskrifter meddelats om detta.[24] Mina Sidor hos Försäkringskassan är en digital tjänst

[23] Patienten har rätt till direktåtkomst till sina uppgifter enligt vad som framgår av 5 kap. 6 § lagen (2018:1212) om nationell läkemedelslista, lagen träder i kraft 1 juni 2020.
[24] 111 kap. 2–4 §§ socialförsäkringsbalken.

med ett personligt gränssnitt som kan användas för att ansöka och anmäla om de flesta ersättningar, till exempel sjukpenning, bostadsbidrag, aktivitetsstöd och föräldrapenning. Individen kan se vad som hänt i ett ärende, exempelvis att läkarintyg mottagits eller att ett beslut om ersättning fattats. Individen kan också genom tjänsten få sms eller e-postmeddelande när något nytt hänt i ett ärende. E-tjänsten går även att nå genom en applikation för mobiltelefoner och surfplattor.

Eftersom det är Försäkringskassan som hanterar beslut om ersättning inom det statliga tandvårdsstödet vore det enligt utredningens uppfattning lämpligt att samtidigt ge viss information till patient från vårdgivare i tandvårdsärenden via Mina Sidor, även om patientens vanliga ärenden i tandvårdsstödet praktiskt hanteras mellan vårdgivaren och Försäkringskassan, inte direkt mot patienten.[25] På samma sätt fungerar recepthanteringen avseende läkemedel, där E-hälsomyndigheten är en länk mellan förskrivande part och apoteket.

Genom automatiserad inrapportering till Försäkringskassan kan en del av vårdgivarens informationsansvar gentemot patienten underlättas samtidigt som patienten enkelt kan ta del av informationen. Ett sådant tillvägagångssätt skulle stärka patientens ställning och effektivisera informationsflödet. Enligt utredningens bedömning är den digitala infrastruktur som finns mellan vårdgivare och Försäkringskassan för det statliga tandvårdsstödet väl fungerande. Strukturen säkerställer lika förutsättningar över landet oavsett vårdgivare samt håller en hög säkerhetsnivå för de känsliga personuppgifter som hanteras. Enligt 4 § förordning (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration får en registrerad person i socialförsäkringsdatabasen ha direktåtkomst till sådana personuppgifter om sig själv som får lämnas ut till denne. En sådan direktåtkomst ska kontrollera den registrerades identitet genom en säker metod för identifiering. En sekretessprövning krävs följaktligen enligt 28 kap. 2 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) även i förhållande till patienten själv för uppgift om hälsotillstånd om det med hänsyn till ändamålet med vården är av synnerlig vikt att uppgiften inte lämnas ut. Utredningen gör bedömningen att det

[25] Patienten är den som är ersättningsberättigad. Regeringen gjorde dock bedömningen att om ersättningen skulle betalas ut till patienten i efterhand innebar det att patienten skulle behöva lägga ut pengar i avvaktan på att Försäkringskassan beslutar om och betalar ut ersättning. Detta skulle sannolikt medföra att en del patienter avstår från tandvård av ekonomiska skäl. Se vidare Prop. 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd*.

inte bör vara ett problem att lämna ut koder för tillstånd och åtgärder inom tandvårdsstödet till den registrerade då detta får anses vara mindre känsligt än den direktåtkomst som erbjuds hos E-hälsomyndigheten avseende läkemedel. Vad gäller tandhälsoplan och behandlingsplan är detta planer som vårdgivaren är skyldig att ge patienten enligt lagstiftningen. För Försäkringskassans personuppgiftsbehandling av dessa planer se avsnitt 9.2.4.

Mot den bakgrunden föreslår utredningen att patientens individuella tandhälsoplan ska lämnas digitalt till Försäkringskassan som därefter tillgängliggör uppgifterna till patienten för enkel åtkomst via e-tjänsten Mina sidor. Vårdgivaren bör även överlämna patientens tandhälsoplan i pappersform om patienten så önskar.

E-tjänsten Mina sidor möjliggör för Försäkringskassan att samtidigt hålla andra automatiserade beslut tillgängliga för patienten där statligt tandvårdsstöd lämnats för olika tandvårdsåtgärder. Uppgifter om tillstånd och tandvårdsåtgärder som rapporterats in till Försäkringskassan kan på detta sätt finnas tillgängliga för patienten vid behov. Patienten får en möjlighet att själv kontrollera vad den sammanlagda ersättningsberättigande tandvården uppgår till inom ersättningsperioden, var i högkostnadstrappan patienten befinner sig samt information om när pågående ersättningsperiod går ut inom skyddet mot höga kostnader. Detta är uppgifter som patienten behöver ha för att kunna planera sin tandvård och som är svåra att på egen hand ha kunskap om. Patienten kan även få ta del av vilka tillstånd som registrerats. Med tiden är det utredningens förhoppning att denna sammantagna information kan öka förståelsen för tandvårdssystemet.

Utredningen föreslår även att en av vårdgivaren framtagen skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling ska finnas tillgänglig via e-tjänsten. En skriftlig behandlingsplan kan finnas tillgänglig för patienten elektroniskt och justeras vid behov av vårdgivaren genom samma tjänst. I den mån patienten exempelvis behöver stöd från Försäkringskassan för att förstå om den föreslagna behandlingen kan ersättas med statligt tandvårdsstöd underlättar det att behandlingsplanen finns digitalt och kan förmedlas vidare till handläggaren. För Försäkringskassans personuppgiftshantering, se avsnitt 9.2.5.

I dag definieras mer omfattande behandling i Försäkringskassans föreskrifter som protetiska eller tandreglerande åtgärder.[26] Utred-

[26] 13 § Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd.

ningen har övervägt om denna definition är ändamålsenlig för att träffa sådana behandlingar som är så omfattande att det ur patientens perspektiv kan anses vara rimligt att en behandlingsplan upprättas. Avgörande för patientens önskan att i förväg få denna information torde i första hand vara kostnaden. En mindre protetisk åtgärd behöver inte vara särskilt kostsam för patienten. Å andra sidan kan andra än enbart protetiska och tandreglerande behandlingar vara mycket omfattande och kostsamma för patienten. Mot den bakgrunden anser utredningen att ett mer lämpligt sätt att definiera vad som är en mer omfattande behandling är att utgå från är behandlingens kostnad beräknad med utgångspunkt i referenspriser för de ingående åtgärderna. Utredningen föreslår därför att kravet på vårdgivare att upprätta och lämna skriftlig behandlingsplan till patienten och vidare även till Försäkringskassan ska gälla om behandlingen som planeras för patienten i sammanlagda referenspriser beräknas uppgå till ett belopp som minst motsvarar den övre beloppsgränsen i skyddet mot höga kostnader, vilket i dag är 15 000 kronor.

Sammantaget är det sannolikt att förslagen kommer att medföra viss ökad administration för vårdgivarna vad gäller uppgiftsskyldighet. Det är dock utredningens bedömning att IT-systemet kan möjliggöra en automatisk hantering av dessa uppgifter i likhet med andra uppgifter som i dag skickas till Försäkringskassan.

I en förlängning bedömer även utredningen att möjlighet finns att som patient få åtkomst till informationen om beslut avseende tandvårdsstöd och tandhälsoplan via digitala servicetjänster såsom exempelvis Kivra eller Min Myndighetspost.

9.2.4 Försäkringskassan ska kontrollera att patienten erbjuds tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan

Förslag: Försäkringskassan får i uppgift att inom ramen för nuvarande efterhandskontroller även kontrollera att patienten erbjudits tandhälsoplan samt skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen ska enligt det ursprungliga direktivet överväga åtgärder för att tandvårdssystemet ska uppfattas som mer förutsägbart för patienterna. I tilläggsdirektivet ges

utredningen också i uppdrag att beakta kostnadskontrollen av utförd vård för att minimera fusk och felaktiga utbetalningar. Enligt uppgifter utredningen inhämtat förekommer det i dag brister när det gäller vårdgivarnas skyldighet att upprätta och lämna över ett undersökningsprotokoll[27] till patienten. Tandhälsoplanen kan i vissa delar liknas med dagens undersökningsprotokoll på så sätt att den ska ge patienten information om övergripande tandhälsostatus i form av uppgift om att patienten löper risk att få, eller redan har, någon oral sjukdom samt individuella råd om egenvård. Även översiktlig information om aktuella behandlingsbehov bör kunna omfattas av tandhälsoplanen. Utredningen ser det som angeläget att tandhälsoplanen erbjuds alla patienter och verkligen når patienten. Tandhälsoplanen innebär en möjlighet att få undersökning och viss förebyggande tandvård till en låg kostnad efter patientens behov. Dessutom kan den bidra till en förbättrad tandhälsa genom ett ökat fokus på den väsentliga egenvården som sker mellan tandvårdsbesöken och den förebyggande tandvården. Tandhälsoplanen bidrar till att tandvårdssystemet uppfattas som mer förutsägbart för patienten, genom att patienten vet vilka undersökningar och andra förebyggande åtgärder som planeras, med vilket intervall samt till vilken kostnad.

Mot den bakgrunden är det angeläget att kontrollera och säkerställa att patienter ges möjlighet att ta del av denna subventionerade tandvård genom att de erbjuds en tandhälsoplan. Planens utformning och den ersättningsmodell som föreslås medför ett behov av att en systematisk kontroll av om tandhälsoplaner upprättas och att viss förebyggande behandling som därefter utförs är i enlighet med beslutad plan och att patienten får denna till fastställd patientavgift.

Utredningen föreslår därför att vårdgivaren elektroniskt ska överföra den tandhälsoplan som upprättats till patienten även till Försäkringskassan. Härigenom kan myndigheten automatiskt söka efter avvikande mönster hos en vårdgivare som indikerar felaktigheter och missbruk av tandvårdsstödet samt reagera vid behov. Försäkringskassan kan behandla de uppgifter som finns i planen och som tillika innehåller känsliga personuppgifter för att genomföra efterhandskontroll över att vårdgivaren uppfyllt sin skyldighet att erbjuda tandhälsoplan och att den däri erbjuda tandvården ges till patientavgift. Samtidigt möjliggörs en enkel lösning för patienten att ta del av sin tandhälsoplan via Mina Sidor. På samma sätt föreslås att de

[27] 11 § förordningen om statligt tandvårdsstöd.

skriftliga behandlingsplaner vid mer omfattande behandlingar[28] som vårdgivaren upprättar ska sändas elektroniskt till Försäkringskassan i samband med övrig inrapportering. Registrerar vårdgivaren tillstånds- och åtgärdskoder vid mer omfattande behandlingar utan att någon behandlingsplan delgivits myndigheten, kan detta vara en signal på att någon behandlingsplan inte heller delgivits patienten innan behandling. Om Försäkringskassan upptäcker att vårdgivaren allvarligt åsidosätter bestämmelserna i det statliga tandvårdsstödet kan myndigheten som en yttersta sanktion besluta att vårdgivarens anslutning ska upphöra.

Personuppgiftsbehandlingen av Försäkringskassan med anledning av förslagen bedöms vara förenlig med den allmänna dataskyddsförordningen[29] och 114 kap. socialförsäkringsbalken. Försäkringskassan får behandla känsliga personuppgifter i sin verksamhet om det är nödvändigt med hänsyn till ett viktigt allmänt intresse, för att handlägga ärenden, eller är nödvändigt för att tillgodose behov av underlag som krävs för att den registrerades eller annans rättigheter eller skyldigheter ifrån om förmåner och ersättningar ska kunna bedömas eller fastställas.

Den utökade informationsinsamlingen av behandlings- och tandhälsoplan kan inte ses som ett otillbörligt eller oproportionerligt intrång i den personliga integriteten. En behandlingsplan omfattar information om föreslagen behandling samt alternativa behandlingar samt patientens diagnos. När behandlingen genomförs får Försäkringskassan tillgång till patientens tillstånd samt behandlande åtgärder såsom tidigare. Tandhälsoplanen omfattar, förutom information om ingående förebyggande åtgärder och behandlingsintervall, uppgifter om egenvård såsom nyttjande av mellanrumstandborstar, fluorsköljning etcetera. Uppgifterna om ingående åtgärder behövs för att rätt ersättning ska lämnas, uppgifter om egenvård bedöms inte vara integritetskänslig.

Regeringen har bemyndigande att meddela föreskrifter om den information som vårdgivaren ska lämna till en patient. I förordningen om statligt tandvårdsstöd föreslås en reglering om direktåtkomst för patienten in i socialförsäkringsdatabasen avseende bland annat tand-

[28] 10 § andra stycket förordningen om statligt tandvårdsstöd.
[29] Rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

hälsoplan. Regleringen bör även innehålla en möjlighet till undantag med anledning av särskilda skäl.

Utredningen har övervägt behovet av sanktioner för det fall en vårdgivare inte uppfyller skyldigheten att erbjuda patienten en tandhälsoplan eller skyldigheten att lämna uppgift om patientens riskbedömning, patientens tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan. I dag kan Försäkringskassan besluta om olika sanktioner beroende på vilken typ av brister som påvisats. Återbetalningsskyldighet kan användas i situationer då en vårdgivare har fått ersättning med ett för högt belopp. Vidare kan myndigheten besluta om förhandsprövning av fortsatt ersättning om vårdgivaren i väsentlig utsträckning har åsidosatt bestämmelserna om vårdgivares skyldigheter eller förutsättningarna för ersättning, En tredje sanktion är att Försäkringskassan väntar med utbetalning till dess rätten till ersättning har utretts. Denna sanktion kan användas om en vårdgivare inte fullgör sin uppgiftsskyldighet till Försäkringskassan. Uppgiftsskyldigheten omfattar upplysningar och journalhandlingar på begäran i ärenden om tandvårdsstöd, uppgifter om utförd tandvård, patientens tandhälsa och om eventuellt abonnemangsavtal. Här föreslår utredningen även en komplettering om att lämna uppgifter om utförd riskbedömning, tandhälsoplan eller uppgift om att tandhälsoplan inte fastställts samt skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling. Slutligen kan en vårdgivare avanslutas från det statliga tandvårdsstödet. Denna ingripande sanktion kan tillämpas om vårdgivaren allvarligt har åsidosatt bestämmelserna i lagen om statligt tandvårdsstöd eller i föreskrifter som har meddelats med stöd av lagen och som avser vårdgivarens skyldigheter eller förutsättningar för ersättning.

Frågan är då om någon eller några av dessa sanktionsmöjligheter är tillämpliga när det gäller de nya bestämmelserna, det vill säga skyldigheten att erbjuda patienten en tandhälsoplan samt att lämna uppgift om patientens riskbedömning, patientens tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan. Om basundersökning kontinuerligt utförs av en vårdgivare i stället för en tandhälsoplansåtgärd för undersökning lämnas vanligen ingen ersättningsbegäran som kan återkrävas, eftersom en undersökning utförs i början av en ersättningsperiod och därmed bekostas av patienten. Detta är något som i stället får eftersökas genom ett avvikande debiteringsmönster hos vårdgivaren. Att förhandspröva ersättning till en vårdgivare som brustit i sin efterlevnad av de föreslagna bestämmelserna, skulle vara möjligt men

sannolikt administrativt betungande för myndigheten om det skulle behöva göras i större omfattning. Att hålla inne med ersättningen skulle kunna vara en tillämpbar sanktion för vårdgivare som återkommande underlåter att erbjuda undersökning inom tandhälsoplan och i stället utför ordinarie undersökning om patienten kommit upp i högkostnadsskydd, eftersom vårdgivaren i så fall inte heller lämnat uppgifter om utförd riskbedömning och tandhälsoplan alternativt att patienten avstått från tandhälsoplan. Detta skulle kunna vara en grund för Försäkringskassan att vidare utreda vårdgivarens rätt till ersättning. Slutligen, att avsluta en vårdgivare skulle kunna vara en tillämpbar sanktion i situationer då vårdgivaren kraftigt åsidosatt de föreslagna bestämmelserna. Det är emellertid en mycket ingripande sanktion som tillämpas restriktivt.

Utredningens bedömning är att risken att vårdgivare systematiskt skulle underlåta att erbjuda tandhälsoplan är liten. En undersökning inom tandhälsoplan innebär att patienten endast betalar 200 kronor och att vårdgivaren får en ersättning som ger fullgod kostnadstäckning. Alternativet att patienten skulle betala fullt pris för en ordinarie basundersökning inom skyddet mot höga kostnader torde vara svårt för vårdgivaren att motivera för den informerade patienten och i normalfallet inte mer lönsamt för vårdgivaren. Även risken att vårdgivare systematiskt skulle brista i skyldigheten att lämna uppgift om riskbedömning, tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan till Försäkringskassan, bedömer utredningen som liten. Det är avsett att vara konstruerat som ett automatiserat system och förutsatt att tandhälsoplan erbjudits och patientjournal upprättats, överförs dessa uppgifter digitalt utan betungade administration för vårdgivaren. Skulle en vårdgivare systematiskt bryta mot regelverket måste det betraktas som en så allvarlig brist att de befintliga sanktionsmöjligheterna förhandsprövning och, ytterst, avanslutning torde kunna tillämpas.

Utredningens sammanvägda bedömning är mot denna bakgrund att det inte är motiverat att införa några nya sanktionsbestämmelser avseende de nya skyldigheter som utredningens förslag innebär för vårdgivare.

9.2.5 Patienter kan stödja Försäkringskassan i arbetet med att stävja fusk och bedrägerier

Om patienter får ta del av den tandvård som registrerats på deras personnummer kan de signalera till Försäkringskassan om något inte stämmer. I dag får personer som nyttjar ROT- eller RUT-avdrag ett meddelande från Skatteverket om preliminär skattereduktion. Härigenom kan personen reagera ifall någon tjänst inte nyttjats trots att ersättning begärts. På samma sätt finns möjlighet att meddela en patient om en vårdgivare gör ett uttag av medel för statligt tandvårdsstöd för patienten, antingen via en myndighetsbrevlåda eller via Mina Sidor. Genom att patienten får ett sms om att det finns information att tillgå kan även patientens medvetenhet om tandvårdsstödet öka. Får en person information om att denne har fått viss tandvård utförd hos en vårdgivare och detta inte är stämmer, bedömer utredningen att det är sannolikt att personen reagerar och informerar Försäkringskassan om detta.

9.2.6 Myndigheters ansvar för utveckling, reglering och implementering av reformerna

Bedömning: Socialstyrelsen, TLV och Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla, reglerna och implementera de reformer som föreslås. 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. En särskild genomförandeorganisation inom Regeringskansliet bör övervägas.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att införande av tandhälsoplan baserad på riskbedömning inom det statliga tandvårdsstödet, information via Mina Sidor samt ett nytt statligt selektivt tandvårdsstöd förutsätter ett flerårigt utvecklings- och förberedelsearbete där olika myndigheter ges ansvar för olika delar och uppgifter. De myndigheter som enligt utredningen bör ges uppdrag är Socialstyrelsen, TLV och Försäkringskassan. Arbetet kräver omfattande samverkan och koordinering mellan berörda myndigheter. Om uppdraget bör ges gemensamt till ett antal myndigheter

eller om det ur styrningssynpunkt är mer ändamålsenligt att ge respektive myndighet ett eget uppdrag, är ytterst en fråga för regeringen att bestämma. Det är viktigt att myndigheternas roller och uppgifter är tydligt beskrivna och avgränsade samt att ett uttryckligt krav på samverkan följer med uppdraget. Det finns även andra myndigheter och aktörer som bör ges möjlighet att delta i arbetet. Bland dessa vill utredningen särskilt nämna SBU, IVO och E-hälsomyndigheten samt organisationerna SKR och Privattandläkarna. Det bör också övervägas om det vore ändamålsenligt att inrätta en särskild genomförandeorganisation inom Regeringskansliet för att underlätta utvecklings- och förberedelsearbetet.

Nedan redovisar utredningen sin bedömning av vilka uppgifter de olika myndigheterna bör ges i utvecklings- och förberedelsearbetet av reformerna om riskbedömning, tandhälsoplan, information via Mina Sidor med mera. Arbetet bör samordnas med det utvecklings- och förberedelsearbete som krävs för reformen som föreslås i kapitel 10 om ett statligt selektivt stöd.

Socialstyrelsen

Den första fasen i införandet av tandhälsoplan baserad på riskbedömning bör vara att ta fram ett underlag för riskbedömningsmodellens utformning som baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet. En utgångspunkt för detta arbete bör vara Nationella riktlinjer för tandvård. En kartläggning bör även göras av befintliga riskbedömningssystem samt av det vetenskapliga stödet för de kriterier och riskvärderingsprinciper som tillämpas i dessa. I detta arbete bör Socialstyrelsen samverka med SBU. Det underlag som Socialstyrelsen utformar bör omfatta val av parametrar och kriterier för att bedöma risk samt riktlinjer för hur dessa ska värderas och viktas i relation till varandra. Vidare bör underlaget beskriva och definiera olika riskprofiler, exempelvis utifrån begrepp som frisk, risk och sjuk, samt föreslå lämpliga förebyggande behandlingar för respektive riskprofil. Underlaget bör även ange ett rekommenderat undersöknings- och förebyggande behandlingsintervall samt behandlarnivå för åtgärder för de olika riskprofilerna. I Socialstyrelsens uppdrag bör även ingå att föreslå en metod för att följa upp och utvärdera reformen från och med införandet och under ett antal år. Utredningen bedömer att Social-

styrelsens arbete med att ta fram ett underlag för utformningen av en riskbedömningsmodell och tandhälsoplaner kommer att ta cirka 18 månader.

TLV

TLV är den myndighet som bemyndigats att meddela föreskrifter som reglerar tillämpningen av det statliga tandvårdsstödet vad avser vilken tandvård som kan omfattas, vilken ersättning som kan lämnas och vilka krav som ställs. Mot den bakgrunden anser utredningen att det är TLV som bör bemyndigas att meddela föreskrifter om riskbedömning och vilken tandvård som kan omfattas av tandhälsoplan. Med utgångspunkt i det ovan beskrivna underlaget från Socialstyrelsen bör TLV genom föreskrifter reglera parametrar och kriterier, tillstånd, åtgärder, intervall samt övriga förutsättningar och villkor för den ersättning som lämnas till vårdgivaren vad avser tandhälsoplan. Föreskrifterna bör i möjligaste mån bygga på samma systematik som nuvarande föreskrifter för statligt tandvårdsstöd. Exempelvis kan revisions- eller behandlingsintervall anges som villkor för ersättning genom att ange en tidigast möjlig tidpunkt då åtgärden kan utföras inom plan. Utredningen bedömer att TLV:s arbete med att utforma och besluta om föreskrifter för riskbedömning och tandhälsoplan kommer att ta cirka 18 månader, beroende på i vilken utsträckning Socialstyrelsens och TLV:s arbete kan bedrivas parallellt.

Försäkringskassan

Försäkringskassans ansvar bör vara att utveckla den digitala struktur för inrapportering och information som är nödvändig för beslut om utbetalning av ersättning, kontroll och uppföljning. Det digitala riskbedömningsverktyg som ska användas för att generera individuella riskprofiler och tandhälsoplaner ska tillämpas av alla vårdgivare som bedriver tandvård inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Eftersom olika vårdgivare använder olika journalsystem är det viktigt att hänsyn tas till journalleverantörernas förutsättningar att anpassa sina applikationer till den nya strukturen. Försäkringskassan kan vid behov genom verkställighetsföreskrifter eller allmänna råd tydliggöra hur tandhälsoplan lämpligen presenteras och

tillgängliggörs för patienten. Tandhälsoplanen bör, som nämnts tidigare, på ett lättillgängligt och för patienten begripligt sätt kortfattat beskriva behandlarens samlade odontologiska bedömning, vilka åtgärder som ingår i tandhälsoplanen med vilket intervall samt vilka egenvårdsinsatser som patienten rekommenderas göra regelbundet. Vilka av de uppgifter om patientens tandhälsa som riskbedömningen genererar som ska rapporteras till Försäkringskassan och hur detta ska ske, bör noga övervägas. En stor fördel med att införa riskbedömning av alla patienter i det statliga tandvårdsstödet och på sikt i hela tandvården är att det automatiskt genererar omfattade tandhälsodata på nationell nivå. Samtidigt är det inte möjligt, eller ens lämpligt, att omfattande journaldata ifrån undersökningen överförs till Försäkringskassan. En avvägning av vilka uppgifter som ska rapporteras behöver således göras. Värden avseende förekomst eller progression av exempelvis karies, parodontit, erosion samt kvarvarande och intakta tänder bör dock enligt utredningen ingå, i aggregerad form. Som framgått behöver informationsflödet mellan Försäkringskassan och vårdgivarna ske i båda riktningar. Vårdgivarna ska lämna uppgifter till Försäkringskassan och Försäkringskassan ska tillhandahålla uppgifter till vårdgivaren som ska behandla patienten. En patients riskprofil och tandhälsoplan är tänkt att vara vårdgivarneutral i den meningen att uppgifterna följer med patienten oavsett vilken vårdgivare patienten väljer. Därför måste Försäkringskassan enkelt kunna tillhandahålla denna information på begäran av en vårdgivare. Försäkringskassans arbete med att skapa den digitala strukturen för inrapportering och information som är nödvändig för utbetalning av ersättning, kontroll och uppföljning samt utformningen av föreskrifter beräknas ta cirka 18 månader att genomföra.

Det bör även övervägas om det är motiverat att ge Försäkringskassan i uppdrag att genomföra informationsinsatser riktade till allmänheten inför och under lanseringen av den nya reformen. Om regeringen väljer att ge ett sådant uppdrag bör informationen även omfatta den föreslagna förändringen som innebär att patienten kan ta del av sin tandhälsoplan, selektivt stöd (enligt förslag i kapitlet Vuxna med särskilda behov) samt behandlingsplan inklusive kostnadsförslag via e-tjänsten Mina Sidor).

Riskbedömningssystem samt kodverk för tandvård till barn och unga vuxna

I kapitel 8 redovisar utredningen sin bedömning att enhetlig individuell riskbedömning på sikt bör göras även av barn och unga vuxna, att data om tandhälsa och munstatus dokumenteras och kopplas till Socialstyrelsens tandhälsoregister samt att ett kompletterande kodverk för tillstånd och åtgärder för tandvård till barn och unga vuxna bör tas fram av TLV. Därför bör Socialstyrelsen inom ramen för det uppdrag som beskrivs ovan även utarbeta ett underlag till ett riskbedömningssystem anpassat för barn och unga vuxna. TLV bör också ges i uppdrag att utforma ett särskilt kodverk för barn och unga vuxna. Det är enligt utredningen lämpligt att dessa myndighetsuppdrag genomförs som en del av de uppdrag som avser riskbedömning och tandhälsoplan för vuxna.

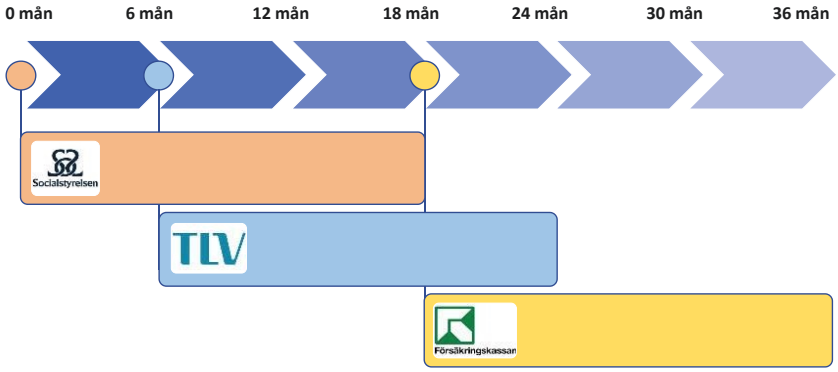
Tidplan och kostnader

Utredningen bedömer att bestämmelser om riskbedömning, tandhälsoplan och information på Mina Sidor bör träda i kraft samtidigt som övriga föreslagna reformer, däribland det nya statliga selektiva tandvårdsstödet. Vidare är det utredningens bedömning att myndigheternas arbete kommer att ta cirka tre år. Utredningen föreslår att uppdragen bedrivs i den ordning och med den parallellitet som framgår av figuren nedan. Remissbehandling, utformning av lagrådsremiss och proposition samt riksdagsbehandling beräknas ta minst ett år. Om uppdragen till myndigheterna ska lämnas efter riksdagsbehandlingen, innebär det att reformerna kan träda i kraft först i januari 2026. Därför föreslår utredningen ikraftträdande av lagstiftning för samtliga reformer den 15 januari 2026. Om regeringen gör bedömningen att myndigheterna och/eller en särskild genomförandeorganisation inom Regeringskansliet kan påbörja arbetet parallellt med lagstiftnings- och propositionsarbetet, kan ikraftträdandet tidigareläggas med uppskattningsvis ett år, det vill säga till januari 2025.

I kapitel 12 redovisar utredningen sin bedömning att utvecklingskostnaderna för samtliga reformer, inklusive reformen om ett nytt statligt selektivt stöd som föreslås i kapitel 10, kommer att uppgå till cirka 150 miljoner kronor fördelat under en treårsperiod samt att de permanenta kostnaderna för berörda myndigheter kommer att upp-

gå till cirka 60 miljoner kronor per år. Huvuddelen av dessa resurser, uppskattningsvis 130 miljoner kronor (utveckling) respektive 50 miljoner kronor (permanent), bör tillföras Försäkringskassan.

Figur 9.2 Myndighetsuppdrag för utvecklingsarbete med anledning av föreslagna reformer



10 Vuxna med särskilda behov

I det här kapitlet beskrivs inledningsvis översiktligt tandhälsan och tandvårdskonsumtionen för vuxna med särskilda behov[1] och hur den skiljer sig från befolkningen i övrigt. Därefter redovisas vissa av utredningens iakttagelser när det gäller dagens regionala särskilda tandvårdsstöd för personer med särskilda behov av tandvård på grund av sjukdom, funktionsnedsättning, medfödd defekt, vård- och omsorgsbehov eller som led i sjukdomsbehandling. Kapitlet redovisar därefter utredningens förslag avseende nytt selektivt tandvårdsstöd för personer med särskilda behov. För analys av möjlighet till utvidgat tandvårdsstöd för personer med ökad risk för orala sjukdomar såsom karies och parodontit, se kapitel 9 och 11.

Allt sedan slutet av sextiotalet har det utretts vilka patientgrupper som är i behov av ett särskilt och utökat tandvårdsstöd. De grupper som omfattats av det särskilda tandvårdsstödet har delvis varierat över tid, se kapitel 4. Sedan allmänt tandvårdsstöd infördes år 1974 har personer med medfödda eller förvärvade tillstånd fått särskilt stöd vid behandling av tillstånden. Under åren har det setts angeläget att personer med omfattande vård- och omsorgsbehov eller har långvarig sjukdom/funktionsnedsättning fått särskilt tandvårdsstöd liksom personer som behöver tandvård som led i sjukdomsbehandling eller viss oralkirurgisk behandling vid sjukhusen. Personer med vissa sjukdomar har fått särskilt stöd för förebyggande insatser genom STB. Äldre som inte har ett behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser har efter 65 års ålder möjlighet till ett förhöjt ATB, men i övrigt finns i dag inga särregleringar för äldre personer. Dagens skydd mot höga kostnader inom statliga tandvårdsstöd gör ingen skillnad på ålder eftersom stora behandlingsbehov likväl kan uppkomma i yngre åldrar. För ytterligare beskrivning kring dagens tandvårdssystem se kapitel 4.

[1] Analys av vad som kan omfattas i begreppet särskilda behov redovisas under avsnitt 10.4.

Det framgår av förarbeten till tandvårdslagen att folktandvårdens och därigenom regionens ansvar för barn även omfattar de barn som vistas vid vårdinrättning eller som kräver särskilda vårdresurser på annat sätt. Detta ansvar regleras genom 7 § punkt 1 och barn- och ungas avgiftsfrihet genom 15 a § första stycket tandvårdslagen. Barn och unga vuxna kan därför inte anses omfattas av 15 a § sjätte stycket tandvårdslagen, som är den tandvård som i dag regleras närmare genom tandvårdsförordningen och som omfattas av bestämmelser om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. All den tandvård som barnen behöver, och som ur ett odontologiskt hänseende anses nödvändig för att uppnå ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat, ges inom barn- och ungdomstandvården i regionernas regi. Utredningen lämnar inga förslag om att ändra denna ordning. Alla barn och unga vuxna ska ta del av den avgiftsfria tandvården för barn och unga vuxna oavsett om det finns särskilda behov eller inte.

10.1 Funktionsnedsättning påverkar såväl upplevd som faktisk tandhälsa negativt

Andelen som upplever sin tandhälsa som ganska eller mycket bra, minskar i takt med funktionsnedsättningens omfattning enligt Folkhälsomyndigheten. För de med starkt nedsatt funktion skattar endast 56 procent sin tandhälsa som ganska eller mycket bra, att jämföra med cirka 80 procent för dem utan nedsatt funktion. Se vidare kapitel 5.

I de grupper som i dag får möjlighet till regionalt särskilt tandvårdsstöd på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, samt inom nödvändig tandvård, visar statistiken i tandhälsoregistret att tandhälsan är sämre för dessa grupper jämfört de som får sin tandvård inom det statliga tandvårdsstödet. Antalet intakta tänder är färre, vilket ger en indikation om ökat framtida vårdbehov. Även i det nationella kvalitetsregistret SKaPa redovisas färre kvarvarande och intakta tänder för personer med nödvändig tandvård. Samtidigt har antalet kvarvarande tänder ökat de senaste decennierna hos personer över 80 år och det gäller även för personer med omfattande vård- och omsorgsbehov. Karies och fyllningar ökar för personer över 80 år samtidigt som det minskar för övriga åldersgrupper. Det är inte känt om orsaken är fler riskfaktorer för karies eller vilken roll

det ökande antalet tänder har. Ett ökat antal tandförluster inom grupperna kan tyda på ett ökat rehabiliteringsbehov. Samtidigt kan det vara svårt att vid högre ålder anpassa sig till en ny protetisk konstruktion i munnen. En rehabilitering av bettet kräver dessutom samverkan och tolerans från patienten för att en protetisk konstruktion ska kunna tas fram.

En studie över tandhälsan hos beroende äldre och personer med funktionsnedsättning av Angelika Lantto med flera, visar att den orala statusen är sämre och det protetiska behovet är högre hos dessa än hos befolkningen i övrigt. Studien visar att personerna har färre tänder, mer avtagbar protetik och mindre fastsittande protetik än befolkningen i övrigt.[2] Studien lyfter även anledningar till den sämre orala statusen, vilka stämmer väl överens med förklaringar som lyfts mot utredningen i andra sammanhang. En funktionsnedsättning i kombination med beroende av stödinsatser indikerar en ökad risk för tandsjukdomar och möjligheten att utföra daglig munvård och tolerera tandvårdsbehandling kan vara låg. Brist på omsorgspersonal eller okunskap kan medföra att munvård prioriteras bort. Det kan även vara svårt för omsorgspersonal att assistera vid munvården, vilket medför att avtagbar protetik kan vara enklare att hantera. Samtidigt är ofta avtagbara konstruktioner svårare att använda vid funktionsnedsättning. För personer med en progressiv sjukdom kan orala hälsan försämras innan möjlighet till stödinsatser och särskilt stöd ges.

10.2 Personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning konsumerar mer tandvård

Konsumtionen av tandvård är högre för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning jämfört med personer som får tandvård inom det statliga tandvårdsstödet enligt statistik från tandhälsoregistret, se kapitel 6. Vuxna personer inom det statliga stödet har i genomsnitt fått 4,2 tandvårdsåtgärder utförda, att jämföra med 7,0 åtgärder för personer som tagit del av regionens stöd på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Enligt tandhälsoregistret får personer inom dagens regionala stöd i genomsnitt fler

[2] Angelika Lantto m.fl., *Oral status and prosthetic treatment needs in functionally impaired and elderly individuals, The International Journal of Prosthodontics*, Volume 31, nr. 5, 2018.

undersökningsåtgärder, mer information och instruktion samt fluorbehandlingar än befolkningen i övrigt. Stor skillnad ses inom sjukdomsbehandlande åtgärder[3] där den genomsnittliga konsumtionen är fördubblad jämfört övriga befolkningen.

I kvalitetsregistret SKaPa som redovisar åtgärder utifrån tillstånd visas att det höga antalet sjukdomsbehandlande åtgärder helt är relaterad till tillståndet karies för personer med nödvändig tandvård – antalet var dubbelt så högt jämfört med dem som får statligt stöd. Motsvarande data för tillståndet parodontit visar inga skillnader mellan statligt stöd och nödvändig tandvård. Reparativa och kirurgiska åtgärder såsom lagningar och tandextraktioner är vanligare hos personer med särskilt stöd. Däremot är antalet åtgärder för fast protetik färre samtidigt som åtgärder rörande avtagbar protetik är fler.

Tandhälsoregistret visar även data som tyder på att personer med långvarig sjukdom och funktionshinder får mer avancerad tandvård såsom rotbehandlingar och omfattande fyllningar än de med nödvändig tandvård.

10.3 Analys av brister och tillämpningsproblem med dagens särskilda tandvårdsstöd samt särskilt tandvårdsbidrag

Utredningens iakttagelser och slutsatser bygger dels på Socialstyrelsens utvärdering av tandvårdsstöden år 2018[4], dels på information som utredningen delgivits i samband med besök i alla sjukvårdsregioner, vid workshops, i referensgrupper samt via andra kanaler.

Övergripande kan konstateras att de särskilda tandvårdsstöden under åren kompletterats vid några tillfällen med avsikten att inkludera patientgrupper som ansetts angelägna, men att en kontinuerlig översyn av vilka som omfattas och behöver särskilt stöd genom åren saknats. Ingen myndighet har fått ett löpande övergripande ansvar för att tillse att stödet når rätt patienter och håller en lämplig och långsiktigt hållbar omfattning. Regionernas möjligheter att utföra justeringar av stödens omfattning har varit begränsade då tandvårdslag och tandvårdsförordning sätter de yttre ramarna. Eftersom

[3] Åtgärd 301–304.
[4] Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget – Slutrapport*, år 2018.

de särskilda stöden, förutom STB, är regionala har ingen fullständig uppföljning av stöden kunnat utföras. Den data som tandhälsoregistret fått inrapporterad från regionerna har det senaste ett eller två åren fått en något förbättrad kvalitet men sträcker sig inte över någon längre tidsperiod för att möjliggöra detta. Frågor som om stödet når rätt patienter och om deras tandhälsa förbättrats, eller åtminstone bevarats, med det utökade stödet jämfört med tidigare lämnas därigenom obesvarade.

Det är komplicerat att ringa in de grupper av patienter som behöver samhällets stöd i form av ett selektivt tandvårdsstöd vid sidan av det generella statliga tandvårdsstödet. Att peka ut vissa diagnoser för tillhörighet är ett enkelt sätt, men samtidigt är risken överhängande att patienter med särskilda behov hamnar utanför medan andra kan få stöd utan att ha tillräckliga behov. Om stödet ska ha bättre förutsättningar att vara jämlikt behöver det, enligt utredningen, i högre grad utgå ifrån den enskilda patientens särskilda behov och vara detsamma oavsett var i landet patienten bor.

Utredningen som lämnade förslaget om tredje steget i tandvårdsreformen år 2010 lyfter en svår avvägningsfråga som kvarstår än i dag: hur mycket av de offentliga subventionerna ska gå till de många med ”normala” behov och hur mycket ska satsas på de färre som har stora och ibland kroniska behov?[5] Frågeställningen är central i en utredning om jämlik tandhälsa.

10.3.1 Patienten saknar kunskap om de särskilda tandvårdsstöden som dessutom är svåra att förstå

En förutsättning för att patienten ska kunna få möjlighet till särskilt stöd är att det finns kännedom om stöden. Det gäller såväl hos patienten själv så att denne kan lyfta behovet av tillhörighet, som hos de läkare som ska skriva intyg och hos kommunens företrädare. Detta kan även gälla tandvårdspersonal, där kunskapen kring de regionala särskilda stöden varierar. Utredningen kan konstatera att informationen om särskilda tandvårdsstöd sällan delges de som berörs och att kännedomen generellt är låg. Att det dessutom är svårt att hitta information om stöden mer i detalj lyfts i kapitel 7.

[5] Ds. 2010:42, *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning. Förslag om tredje steget i tandvårdsreformen.*

De särskilda tandvårdsstöden uppfattas som komplicerade att förstå för patienten. Anledningarna till detta är flera.

– Tandvårdsstöd kan lämnas från såväl patientens region som från staten. Ibland tillämpas därför högkostnadsskydd inom hälso- och sjukvård, ibland tandvårdsstödets högkostnadsskydd.
– Regionerna tillämpar de regionala särskilda tandvårdsstöden delvis olika över landet.
– De särskilda tandvårdsstöden är olika i omfattning, kriterier och vem som är beslutande instans.

Personer med särskilda behov av tandvård på grund av vissa sjukdomar, funktionsnedsättning, medfödd defekt, vård- och omsorgsbehov eller som led i sjukdomsbehandling kan få tandvårdsstöd från såväl staten som regionen. En patient kan dels få tandvård utförd inom det regionala särskilda tandvårdsstödet, dels tandvård inom det statliga tandvårdsstödet för den behandling som inte ingår i det särskilda stödet. Ett exempel kan vara en person som på grund av sjukdom behöver behandling av förändringar i munslemhinnan. Detta tillstånd kan berättiga till särskilt stöd genom tandvård som ett led i sjukdomsbehandling, men endast den tandvård som är en del i själva sjukdomsbehandlingen av munslemhinnan ges till hälso- och sjukvårdsavgift. Övrig tandvård som patienten behöver hanteras inom det statliga tandvårdsstödet. Detta gäller även personer inom övriga särskilda stöd om patientens behandlingsbehov går utöver tandvårdsförordningen och regionens åtagande. Ena gången kan behandling ges utan kostnad för patienten om högkostnadsskyddet för öppenvård har uppnåtts, nästa gång patienten behandlas blir kostnaden avsevärt högre om patienten inte kommit upp i högkostnadsskyddsnivå inom det statliga tandvårdsstödet.

Att tillämpningen av tandvårdsförordningen hos regionerna delvis skiljer sig åt kan upplevas som ojämlikt. En patient som exempelvis genom sin patientförening fått kunskap om möjligheten till särskilt tandvårdsstöd på grund av sin medicinska sjukdom kan nekas detta i sin hemregion medan andra i patientföreningen med samma medicinska problem beviljats särskilt stöd där de är bosatta.

Svårigheter att förstå de olika tandvårdsstöden förstärks ytterligare av att alla inte har samma möjligheter att ta till sig information om regelverk och systemuppbyggnad på grund av de funktionsned-

sättningar som personen har. Informationen kan därför upplevas som alltför komplicerad att ta till sig oavsett hur åtkomlig den görs. Utredningen har förståelse för detta och för vikten av att kunna välja olika nivå på den fakta som finns tillgänglig. Antingen en mer grundläggande och enkel beskrivning eller mer en detaljerad och utförlig.

Något som ytterligare ökar komplexiteten är att olika särskilda tandvårdsstöd har olika kriterier för tillhörighet, beslutas av olika instanser och har olika omfattning. Kriterium för prövning kan vara särskilt läkarintyg och specifika medicinska diagnoser, regionala krav på remittenten, krav på viss kompetens hos behandlaren, att patienten omfattas av viss lagstiftning eller andra specifika krav. Särskilt stöd för viss oralkirurgisk behandling fattas av den enskilda käkkirurgiska kliniken, beslut om nödvändig tandvård kan ha delegerats till kommunens biståndsbedömare medan andra särskilda tandvårdsstöd beslutas av regionens tandvårdsenhet. STB däremot bedöms initialt av tandläkare eller tandhygienister.

Utredningen har förståelse för att tandvårdssystemets regelverk för de olika patientgrupperna upplevs som komplext. Vissa skillnader mellan patientgrupperna är motiverade, andra kan enligt utredningens uppfattning ifrågasättas. Som exempel kan anges att inom tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning kan inte behandling ges med fastsittande protetik. Det kan däremot personer inom nödvändig tandvård få i viss omfattning. Utredningen konstaterar att det är svårt att motivera skillnaden mellan grupperna vad gäller fastsittande protetik. Det är en oundviklig följd av ett selektivt stöd att viss tandvård hamnar utanför subventionen, dock är det viktigt att det klargörs på ett tydligt sätt för patienten och framför allt att skillnaderna kan motiveras.

10.3.2 Systemet är komplext och saknar detaljerade regler vilket ger variationer mellan regionerna

De särskilda stöden uppfattas som komplicerade att sätta sig in i som vårdgivare och tandvårdsförordningen uppfattas som svår att tolka för regionerna vid deras prövning av enskilda patienters tillhörighet och behandlingsförslag innan vård utförs.

Administrationen uppfattas av vårdgivarna som komplicerad och omfattande. Vårdgivaren behöver ha tillgång till det IT-system som regionen, där patienten har sin hemvist, använder för att admini-

strera de särskilda stöden. För närvarande finns det sju olika IT-system för denna hantering.[6] Systemet som en region tillhandahåller kan vanligen kommunicera med folktandvårdens journalsystem, men för privata vårdgivare med andra journalsystem är administrationen mer komplicerad. Vissa regioner hanterar även delar av, eller hela, administrationen genom att skriftligt material i stället skickas med post. För en vårdgivare som hanterar patienter ifrån flera regioner blir administrationen än mer omfattande och dessutom kan reglerna kring hanteringen och innehållet i de särskilda stöden skilja sig åt mellan regionerna.

Eftersom tandvårdsförordningens bestämmelser inte i någon större utsträckning har kompletterats med mer detaljerade föreskrifter ifrån Socialstyrelsen, har regionerna i stället upprättat egna anvisningar för att tydliggöra deras tolkning av vilka patienter som omfattas av de särskilda stöden, vilken tandvård som kan ges och under vilka förutsättningar, ersättningsvillkor för vårdgivaren samt administrativa regleringar. Olika tillämpningar och regionala variationer i anvisningar leder till en ojämlik tandvård över landet där patienter med liknande behov hanteras olika. Detta är något som påpekas från såväl patientorganisationer, vårdgivare, specialisttandläkarföreningar som från myndigheter.

10.3.3 Det vetenskapliga stödet för vilka grupper som har särskilda behov är bristfälligt

Socialstyrelsen fann i 2018 års utvärdering av de särskilda tandvårdsstöden och STB endast ett begränsat vetenskapligt stöd för samband mellan det allmänna hälsotillståndet och oral hälsa eller effekt på oral hälsa av behandling av tillståndet för de 47 sjukdomar och tillstånd som omfattas av stödet. För fyra sjukdomar och tillstånd; svårinställd diabetes, reumatoid artrit, stroke och patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar har fått förändringar i munslemhinnan, hittades ett visst vetenskapligt stöd för samband med oral ohälsa. Socialstyrelsen lyfter dock att det kan finnas samband som ännu inte beforskats. I en systematisk kartläggning av systematiska översikter framtagen av HTA-O vid Malmö universitet som undersökte äldres orala hälsa och tandvård

[6] SKR, *Uppföljning av landstingens särskilda tandvårdsstöd år 2019.*

saknades kunskap i de flesta undersökta domänerna. Inom området samband mellan oral och allmän hälsa visades att effektiv munhygien kan förebygga lunginflammation hos äldre på institution samt samband mellan tandlöshet och malnutrition.[7] I Socialstyrelsens nationella riktlinjer ges ledning vad gäller bästa tillgängliga kunskap för behandlingar inom tandvården, men i de nuvarande riktlinjerna har patienter med särskilda behov inte inkluderats. En uppdatering av riktlinjerna pågår med beräknad publicering 2021 och där kommer även dessa grupper att ingå.

10.3.4 Bristande kunskap om patientgruppers behov kan medföra felaktig exkludering eller inkludering

Utredningens uppfattning är att tandvårdssystemet för särskilt stöd, med dess fokus på specifika grupper, medför att vissa personer hamnar utanför det särskilda tandvårdsstödet trots att särskilda behov föreligger, utan att exkluderingen kan motiveras av befintlig kunskap. I vissa fall kan patienter till och med hamna utanför alla tandvårdsstöd.

Avslag vid regionens förhandsbedömning om behandling inom det särskilda stödet kan bero på att patienten inte uppfyller ställda krav i tandvårdsförordningen. Men det kan även bero på att de regionala anvisningarna rörande tandvårdsstödet inte uppfylls. Exempelvis ett regionalt krav på att den som skriver remissen till specialisttandvården ska tillhöra en viss yrkeskategori eller ha en viss specialistexamen. Ett annat exempel är att endast utredningen ingår till hälso- och sjukvårdsavgift, inte själva behandlingen.

De kriterier som tillämpas i de nuvarande särskilda stöden kan även innebära att personer utan behov av särskilda tandvårdsstöd inkluderas. När det gäller nödvändig tandvård används ett indirekt kriterium för att påvisa behov i form av omfattande vård- och omsorgsinsatser kombinerat med viss boendeform eller att personen omfattas av LSS-lagen. Till skillnad från tandvårdsstöd för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, där sjukvården på individnivå ska ange diagnos, svårighetsgrad på funktionsnedsättningen och svårigheten att utföra munvård och genomgå

[7] Astvaldsdottir, Boström, Davidsson, Gabre, Gahnberg, Sandborg Englund et al. *Oral health and dental care o folder persons – A systematic map of systematic reviews*. Gerodontology 2018; 35:290–304.

tandvårdsbehandling, görs vid nödvändig tandvård för personer på särskilt boende och med LSS en slags kollektiv bedömning om behov av särskilt tandvårdsstöd föreligger. För personer i ordinärt boende som får omfattande omvårdnad enligt hälso- och sjukvårdslagen[8] (HSL) och socialtjänstlagen[9] (SoL) görs i och för sig en individuell bedömning, men det är enbart omvårdnadsbehovet som utgör grund för tillhörighet till det särskilda tandvårdsstödet. Det kan inte uteslutas att personer beviljas stödet utan att ha tillräckliga behov av särskilda tandvårdsinsatser. Utredningen har uppfattningen att personer med omfattande omvårdnadsbehov i särskilt och ordinärt boende enbart i sällsynta undantagsfall inte skulle vara berättigade till det särskilda tandvårdsstödet. När det gäller LSS däremot har utredningen fått signaler från flertalet regioner att personer med enbart mindre insatser såsom kontaktperson och ledsagare inte alltid har tillräckliga behov för att omfattas. Enligt Socialstyrelsen finns det inom LSS 14 722 personer som var 20 år och äldre som enbart har insatserna ledsagare eller kontaktperson år 2019.

10.3.5 Glappet mellan regionalt och statligt tandvårdsstöd

Det har i olika sammanhang framförts till utredningen att det finns ett fåtal patienter vars behandling varken inryms i det statliga tandvårdsstödet eller det särskilda stödet i regionernas regi. Patienter som därför får bekosta sin, många gånger kostsamma, tandvårdsbehandling själva. Det rör sig främst om patienter som i det individuella fallet fått avslag hos regionen för särskilt tandvårdsstöd till hälso- och sjukvårdsavgift och där det statliga tandvårdsstödet inte är tillämpbart. Därmed får patienten inget ekonomiskt stöd för sin behandling. Ett exempel på en sådan ovanlig behandling är när implantat kan behöva fästas utanför käken exempelvis i näsown skiljeväggen och i ansiktets ben för att med en specialkonstruktion kunna rehabilitera en defekt i käken efter trauma. Det statliga tandvårdsstödet är ett generellt tandvårdsstöd som omfattar olika tillstånd såsom tandskador, munsjukdomar, tandlöshet som vanligen kan uppstå hos vuxna personer. Tandvård som led i en sjukdomsbehandling inom regionerna reglerar tandvård till patienter med särskilda tillstånd som

[8] 12 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[9] 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket och 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453).

kan bero på medfödda eller förvärvade defekter eller sjukdomar och som även kan kräva särskilda behandlingar. Dessa särskilda tillstånd tillhör inte det generella tandvårdsstödet och därav finns inte heller ersättningsberättigande åtgärder för att behandla tillstånden. Det generella statliga tandvårdsstödet är framtaget enligt förutsättningen att regelverket ska kunna tillämpas direkt av behandlaren utan förhandsprövning, vilket innebär att varje tillstånd och åtgärd behöver vara så pass tydliga att vårdgivaren själv kan utläsa vilken tandvård som är ersättningsberättigande. Därmed har det inte ansetts möjligt att ha åtgärder som enbart grundar sig på tidsersättning för udda konstruktioner eller behandlingar som inte kan specificeras i ett regelverk. Detta medför att åtgärder som tidigare funnits i såväl 1974 års och 1999 års tandvårdsstöd med ospecificerade behandlingar som alltid förhandsprövades av Försäkringskassan och som därefter gavs till timersättning inte finns att tillgå i dag. Risken är således större efter år 2008 att en patient finner sig stå helt utan tandvårdsstöd vid en mer ovanlig lösning i det fall särskilt stöd inte finns att tillgå.

Patienten kan ha tecknat en försäkring där försäkringsbolagets villkor knyter an till tandvårdsstödets regelverk med ett krav på att behandlingen ska kunna vara ersättningsberättigande inom statligt tandvårdsstöd för att ersättning ska ges från försäkringen. Tanken bakom ett sådant villkor är troligen att dels inte ersätta onödig vård som inte heller staten ger subvention för, dels att inte heller ersätta det som i stället ersätts inom hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Effekten kan dock bli att patienten trots försäkring står helt utan ekonomiskt stöd.

10.3.6 Tillämpningssvårigheter inom respektive regionalt särskilt stöd

Om stödet för oralkirurgiska åtgärder

Begreppen käkkirurgi och oralkirurgi är synonyma. Tandvårdsförordningen använder benämningen oralkirurgi medan Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring[10] tillämpar käkkirurgi. Specialiteten käkkirurgi karaktäriseras av diagnostisering och behandling av patienter som har missbildningar, vävnadsförluster eller skador i munhålan, käkarna och omgivande

[10] HSLF-FS 2017:77.

vävnader. De flesta kliniker för specialiteten använder sedan 1990-talet benämningen käkkirurgiska kliniker, liksom deras specialistförening Svensk käkkirurgisk förening. Utredningen använder benämningen oralkirurgi för att beskriva det nuvarande särskilda regionala tandvårdsstödet som finns för detta. I övrigt samt i utredningens förslag tillämpas i stället benämningen käkkirurgi.

De oralkirurgiska behandlingar som ligger till grund för det särskilda tandvårdsstöd som vi har i dag utgår från 2 § tandvårdsförordningen. Teknisk och vetenskaplig utveckling har under åren medfört att nya behandlingsmöjligheter tillkommit och andra behandlingar kräver inte längre ett sjukhus resurser. Lagstiftningen kring det särskilda stödet för oralkirurgi har däremot inte justerats i sak sedan år 1999, vilket ger en viss brist på överensstämmelse mellan stödet enligt 2 § tandvårdsförordningen och den däri ingående tandvården och hur behandlingarna utförs i dag. Till stöd för att tyda tandvårdsförordningen används äldre förarbeten och myndighetsrapporter.

En oklarhet i tillämpningen har varit huruvida det krävs en organisatorisk tillhörighet till en käkkirurgisk klinik eller om det är tillräckligt att tandvården är sjukhusansluten med tillgång till sjukhusets resurser. Käkkirurgiska specialisttandläkare är de som vanligen utför de behandlingar som ingår i detta särskilda stöd. Exempelvis har diagnostisering och behandling av sjukdomar i munslemhinnan traditionellt varit en del av oralkirurgin. En ny specialistkompetens inom orofacial medicin tillfördes tandvården år 2018. Dessa specialisttandläkare arbetar till stor del inom sjukhustandvård/orofacial medicin med behandling av patienter med orofaciala sjukdomar, funktionsnedsättningar och systemsjukdomar i nära samverkan med vård och omsorg. Dessa specialister kan hantera delar av den oralmedicinska tandvården som omfattas av 2 §. Specialisttandläkare inom bettfysiologi kan även utföra delar av den tandvårdsbehandling som omfattas av oralkirurgins reglering som hänförs till utredning och behandling av smärttillstånd. När tandvårdsförordningens reglering inom en region tolkas så att endast käkkirurgiska kliniker kan utföra tandvård enligt 2 § kan följden bli att remisserna skickas dit för att bespara patienten att själv betala en stor del av behandlingen inom det statliga stödet, även om kompetensen i de enskilda fallen kan vara lik-

värdig, eller kanske högre, på enheter för bettfysiologi och orofacial medicin inom eller utanför sjukhuset.[11]

Oralkirurgin kompliceras även av det faktum att det redan från början förutsattes att vissa behandlingar inom oralkirurgiska kliniken debiteras enligt det generella tandvårdsstödet och andra hänförs till avgiftssystemet för hälso- och sjukvården enligt det särskilda tandvårdsstödet.[12] Detta är naturligt eftersom en käkkirurg på remiss från allmäntandvården även utför mindre polikliniska ingrepp såsom att ta bort en visdomstand med komplicerat läge, eller en rot som gått in i bihålan. Sådan tandvård omfattas inte av 2 § tandvårdsförordningen. Behandling som kategoriseras tillhöra särskilt stöd till skillnad mot sådan som hänförs till det statliga tandvårdsstödet bör dock vara densamma över landet, vilket utredningen erfar inte är fallet i dag.

Den arbetsgrupp som tog fram underlag till 1999 års oralkirurgiska åtgärder utgick ifrån att varje region hade en internkontroll av tillämpningen av det nya regelverket och att dåvarande Landstingsförbundet skulle rekommendera landstingen en enkel uppföljning av oralkirurgins omfattning.[13] Utredningen har i kontakt med varje region eftersökt aktuell statistik kring antalet patienter, behandlingar och kostnader utan att nå framgång, med undantaget Västra Götalandsregionen. Kunskap kring den oralkirurgi som utförs enligt 2 § tandvårdsförordningen finns således inte inom regionernas administrativa tandvårdsenheter. Förklaringar till detta kan vara flera. En förklaring är att oralkirurgin vanligen bedrivs genom internt anslag och inte genom styckeprisersättning per utförd åtgärd såsom övriga regionala stöd. Härmed saknas incitament att rapportera in statistik och data till regionen från respektive käkkirurgisk klinik. Endast sådan vård som ersätts med åtgärdsersättning rapporteras vidare, men den rapporteras till Försäkringskassan såsom behandling inom det statliga tandvårdsstödet, eller till regionernas tandvårdsenheter om behandlingen ingår i något av de andra regionala stöden. I Västra Götalandsregionen pågår sedan år 2015 ett arbete med att genomlysa den oralkirurgiska verksamheten. På sikt ska där en modell utvecklas för vårdbeskrivning och vårdepisodbaserad er-

[11] R-P. Happonen och B. Koch, *Framtidens oralkirurgi i Stockholms läns landsting – En översyn 2009*, Stockholms läns landsting. Utredningen har i kontakter med regioner fått bekräftat att problemet alltjämt kvarstår.
[12] Socialstyrelsen, *Rapport om oralkirurgiska åtgärder som i framtiden ska ersättas enligt Hälso- och sjukvårdens avgiftssystem*, 1998.
[13] Ibid.

sättning för en hel sekvens av vårdåtgärder på den aktuella patienten från första till sista vårdtillfället inom käkkirurgi, sjukhustandvård och bettfysiologi.[14]

Andra förklaringar till att uppgifter kring oralkirurgin saknas är att förhandsbedömning av regionernas administrativa enheter för tandvård inte sker. Varje käkkirurgisk klinik har i stället själva ansvaret att avgöra detta med ledning av 2 § tandvårdsförordningen och utfärdade lokala anvisningar inom regionen.[15] De käkkirurgiska klinikerna är vanligen en del av sjukhuset där de har sina lokaler och tillämpar sjukhusens journalsystem för att dokumentera den behandling som sker, vilket är ett system skiljt ifrån övrig tandvård.

Det statliga tandvårdsstödet är inte framtaget eller beräknat för sådan behandling som utförs inom ett sjukhus med ett högre kostnadsläge på grund av andra tekniska och medicinska resurser än en tandläkarklinik. Detta medför att referenspriset för viss åtgärd i statliga tandvårdsstödet inte kan användas för att få ett rättvisande jämförelsepris för utförd oralkirurgi vid sjukhusen och tandvårdsersättningen kan därigenom bli för lågt satt, något som riskerar bli en nackdel för patienten eftersom underfinansierad vård långsiktigt inte kan erbjudas. Det är heller inte givet att det finns en åtgärd inom statliga tandvårdsstödet som fullt ut motsvarar den behandling som gjorts inom ramen för oralkirurgin. Att komplexiteten i den vård som utförs inom oralkirurgin inte enkelt inlemmas i det statliga tandvårdsstödet lyfts bland annat i en något äldre rapport från SLL.[16] Detta har dock inte heller varit tanken bakom det generella tandvårdsstödet.

Socialstyrelsens utvärdering visar att tillämpningen av oralkirurgiska åtgärder enligt 2 § tandvårdsförordningen varierar över landet. Det finns skillnader mellan regionerna i vilken vård som erbjuds patienten och vilket ersättningssystem som vården tillämpar vilket riskerar att göra vården ojämlik. De käkkirurgiska klinikerna som utför vården upplever att reglerna är otydliga och att rutinerna skiljer sig åt. Detta medför att en patient i en region kan få en behandling inom särskilt stöd till hälso- och sjukvårdsavgift och att en patient

[14] Västra Götalandsregionen, *Rapport Oralkirurgiska åtgärder enligt § 2 i tandvårdsförordningen (1998:1338) – Vårdbeskrivning dnr. HS 2018-00839*, 2018.
[15] Socialstyrelsen, *Rapport om oralkirurgiska åtgärder som i framtiden ska ersättas enligt Hälso- och sjukvårdens avgiftssystem*, 1998.
[16] R-P. Happonen och B. Koch, *Framtidens oralkirurgi i Stockholms läns landsting – en översyn 2009,* Stockholms läns landsting.

med samma behandlingsbehov i en annan region får bekosta vården inom det statliga tandvårdsstödet vilket ger högre kostnader för patienten. Även inom en och samma region kan patienter hanteras olika om det finns flera käkkirurgiska kliniker på olika sjukhus i regionen.[17] Käkkirurgin kan på vissa sjukhus eller i vissa regioner organisatoriskt tillhöra hälso- och sjukvården, samtidigt som den på andra sjukhus och i andra regioner tillhör folktandvårdens specialisttandvårdsorganisation. För mer detaljer kring oralkirurgins tillämpning hänvisas till Socialstyrelsens utvärdering.

Om stödet för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling under en begränsad tid

Hur vanligt det är att få stöd för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling varierar stort mellan regioner vilket utredningen beskriver i kapitel 6.[18] Totalt fick cirka 37 000 personer vård inom stödet år 2019. Antalet per 10 000 invånare varierade mellan 35 och 90 i regionerna. Olikheterna tyder på olika tillämpning av 3 § tandvårdsförordningen men även på att kunskapen om tandvårdsstöden är olika spridd inom tandvård och sjukvård. I nästan alla regioner är antalet män som fått tandvård inom detta särskilda stöd fler än antalet kvinnor.[19] Det finns bestående differenser mellan åren i hur många som får tillgång till stödet i olika regioner. Den enskilt största gruppen inom detta särskilda stöd är behandling av sömnapné, de grupper som behöver behandling för att åstadkomma infektionsfrihet utgör tillsammans också en stor grupp. Till skillnad från de särskilda stöd som är mer långvariga till sin natur ges detta stöd, liksom oralkirurgin beskriven i föregående avsnitt, endast för en begränsad tid och för en viss behandling. Detta medför att statistiken omfattar olika patienter från år till år.

Regionerna upplever problem med att tolka tandvårdsförordningen. Inom respektive region finns lokala anvisningar framtagna som stöd i bedömningen av vilken tandvård som omfattas av de särskilda tandvårdsstöden. Det blir därefter upp till bedömningstandläkare inom regionen att fatta beslut om ifall särskilt tandvårdsstöd

[17] Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget*, 2018.
[18] SKR, *Uppföljning av landstingens särskilda tandvårdsstöd år 2019.*
[19] Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget*, 2018.

ska ges eller inte i det enskilda patientfallet. Bedömningstandläkare uppger till Socialstyrelsen att det är särskilt svårt att bedöma tandvårdsbehandling för patienter som, inför ett kirurgiskt ingrepp eller en medicinsk behandling, har ett medicinskt krav på en fullständig infektionsfrihet. Även patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen uppfattas särskilt svåra att bedöma. Sammantaget uppfattar bedömningstandläkarna att dagens system med osäkerhet i hur bedömningar bör göras medför en rättsosäker tillvaro för patienterna och bidrar till ojämlikheter över landet. Regionernas bedömningstandläkare upplever ett stort behov av förtydliganden, nationell konsensus och kontinuerligt uppdaterade anvisningar som följer teknisk, medicinsk, odontologisk och farmakologisk utveckling och som tas fram i samråd mellan medicin och odontologi.

Personer med långvarig smärta och käkfunktionsstörning lyfts till utredningen som en grupp där ojämlikhet finns i hur regelverket tillämpas. Tillståndet påverkar förmågan att tugga, gapa, svälja och tala. I vissa regioner bekostas endast själva utredningen av tillståndet, i andra regioner ingår även behandling. Patienter med kroniska tillstånd kan drabbas särskilt, eftersom det regionala regelverket kan vara inriktat på att endast ge en behandlingsomgång, inte ge återkommande vård. Likaså kan personer med svår smärta, som varat kortare tid än de 3–6 månader som regionen har som krav för stöd, hamna utanför stödet.

Vid vissa tillstånd såsom epilepsi eller den ärftliga emaljdefekten amelogenesis imperfekta, kan upprepade mindre behandlingar krävas vid flera tillfällen under patientens liv. Regionerna har ofta rutinen att en ny ansökan om särskilt stöd ska göras vid varje tillfälle som patienten behöver en behandling. Eftersom behandlingarna oftast består av en mindre åtgärd blir den administrativa insatsen stor i förhållande till behandlingen som utförs. Behandlarna uttrycker därför önskemål om att ansökan om stödet inte ska behöva upprepas så länge enbart bastandvård utförs.

Slutligen finns det patienter som i dag inte får tillgång till stödet men som skulle vara i behov därav. Exempelvis gäller det patienter som efter ett trauma (olyckshändelse) fått en större förvärvad skada i käkområdet eller ansiktet som involverar mer än bara tänderna. Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling inom regionerna omfattar endast defekter i käken som orsakats av sjukdom. Tidigare ersattes även omfattande protetiska konstruktioner vid förvärvade

ansikts- eller käkskador fullt ut av Försäkringskassan.[20] I dag kan flertalet i stället få stöd för kostnaden via arbetsskadeförsäkring eller trafikskadeförsäkring, men inte alla skador omfattas av dessa försäkringar. Det är inte heller givet att försäkringsbolag ersätter behandlingar som inte ersätts inom statligt eller regionalt tandvårdsstöd. I det statliga tandvårdsstödet finns varken tillstånd eller åtgärder för behandling av käkdefekter vilket innebär en risk för att patientens behandling inte får stöd inom något system.

Därutöver har ytterligare behov lyfts till utredningen där dagens stöd är otillräckligt.

- Personer som genomgått strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen och fått kvarvarande problem med orala hälsan på grund av strålningen. Vissa av patienterna kan efter sin sjukdomsbehandling få särskilt stöd på grund av svårigheter som beror på en orofacial funktionsnedsättning såsom nedsatt gapförmåga[21] genom stöd för tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Defekter i käkbenet som kan uppkomma efter strålningen behandlas inom stödet tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Övriga patienter hänvisas till det statliga tandvårdsstödet där muntorrhet kan ge möjlighet till STB. Strålningen kan påverka spottkörtlar och därmed salivsekretionen och orsaka omfattande kariesangrepp över tid.
- Personer som helt saknar spottkörtlar från födseln och personer som opererat bort sina spottkörtlar på grund av sjukdom. Den totala avsaknaden av salivproduktion medför ett behov av regelbundna besök hos tandhygienist för att främst förebygga den ökade risken för karies och erosionsskador.

Om stödet för tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

Det finns stora variationer mellan regionerna i hur många som får intyg för tandvårdsstöd med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. I Västmanland fick 53 personer per 10 000 invånare ta del av stödet år 2019 medan antalet mottagare i Västernorrland samma år

[20] SOU 1979: 7, *Tandvården i början av 80-talet.*
[21] Ds 2010:42, *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning. Förslag om tredje steget i tandvårdsreformen.*

endast var 14 per 10 000 invånare.[22] En förklaring kan vara att personer som i och för sig är berättigade redan har tillgång till nödvändig tandvård genom sitt omvårdnadsberoende och därmed redan har särskilt tandvårdsstöd. Bristfälliga data gör det svårt att utföra en djupare analys.

Vid framtagandet av detta stöd förordades att de diagnoser/tillstånd som berättigade till särskilt stöd listades så att det inte var nödvändigt för varje patient att visa att just patientens tillstånd kunde ge upphov till ett ökat tandvårdsbehov, inte heller visa att det fanns ett samband mellan tillståndet och de faktiska tandvårdsbehoven. Patienten behövde bara visa att denne hade en av de i listan förtecknade sjukdomarna eller funktionsnedsättningarna samt att allvarlighetsgraden var sådan att den gav upphov till väsentligen ökade behov jämfört en person som inte har samma tillstånd. Stödet förutsatte även att Socialstyrelsen föreskrev kring bedömningskriterier för varje listat tillstånd i förordningen för att avgränsa vilka grupper som skulle erbjudas stöd. Som exempel kan nämnas vilka typer av orofaciala funktionshinder som kan leda till stora tandvårdsbehov och hur allvarliga de kvarvarande funktionsstörningarna ska vara efter en stroke för att erhålla stöd.[23] Socialstyrelsens föreskrifter på området[24] ger inte regionerna den detaljerade ledning de efterfrågar. Regionerna har därför skapat sina egna anvisningar kring vilka patientgrupper som omfattas av stöden, vilket medför olika bedömningskriterier för patienten beroende av i vilken region de är bosatta.

Stödet kräver ett särskilt läkarintyg som Socialstyrelsen fastställt där läkaren ska styrka sjukdomen eller funktionsnedsättningen och göra en bedömning av om patienten har en svår till fullständig nedsättning eller begränsning av vissa i 3 a § tandvårdsförordningen angivna funktionstillstånd. Därtill ska läkaren göra en sammantagen bedömning av personens funktionstillstånd för att utröna ifall personen har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling på grund av tillståndet eller diagnosen. Läkarna upplever svårigheter att bedöma funktionsnedsättningen, vilket framgår av Socialstyrelsens utvärdering. Svårigheterna att bedöma vilka som tillhör målgruppen kan medföra att det sker subjektiva bedöm-

[22] SKR, *Rapport regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2019.*
[23] Ds 2010:42, *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning. Förslag om tredje steget i tandvårdsreformen.*
[24] 4 § 2 stycket Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

ningar som riskerar att leda till ojämlik vård. Dessutom är kunskapen om stödet hos läkare låg.

I dag är specifika diagnoser kriterium för att tillhöra stödet, vilket medför att personer med en snarlik diagnos och likvärdigt behov av stöd för sitt väsentligt ökade behov av tandvård ställs utanför möjligheten till särskilt stöd, vilket kan illustreras genom följande exempel:

- Personer med psoriasisartrit eller ankyloserande spondylit vilket kan ge svår funktionsnedsättning och därmed svårighet att utföra den dagliga munvården. Endast reumatoid artrit omfattas av selektiva stödet för tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.
- Personer med atypisk parkinsonism (tidigare Parkinson-plus, samlingsnamn på neurodegenerativa sjukdomar) vilket kan ge en svår funktionsnedsättning och därmed svårighet att ta hand om sin munhygien och att genomgå behandling. Dagens särskilda stöd för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning omfattar endast personer med Parkinsons sjukdom.
- Multisjuka patienter som inte ännu är berättigade till nödvändig tandvård har i många fall en mer grav funktionsnedsättning än personer med en av de inom stödet medtagna diagnoserna.

Om stödet för extremt tandvårdsrädda personer

Det är ovanligt att få tandvårdsstöd för behandling av extrem tandvårdsrädsla. Totalt fick bara 674 personer stödet i landet under år 2019 visar SKR:s uppföljning. Målet med behandlingen är att patienten ska rehabiliteras från tandvårdsfobin och behandlingen genomförs i samarbete mellan sjukvård och tandvård. Antalet personer som får ta del av stödet för extremt tandvårdsrädda skiljer sig åt över landet. Likaså skiljer sig villkoren för behandlingen mellan regionerna. I alla regioner ges KBT-terapi inom tandvårdsstödet men omfattningen kan variera, i de flesta regioner kan viss tandvård ingå i stödet liksom inledande narkosbehandling. Även hur samarbetet mellan sjukvård och tandvård ska vara organiserad för att tandvårdsstödet ska lämnas varierar mellan regionerna.

Enligt Socialstyrelsens utvärdering menar regionernas bedömningstandläkare att det finns en risk att personer som är extremt tandvårdsrädda inte fångas upp av hälso- och sjukvården. De anser även att kraven är för snäva, eftersom patienten även kan vara i behov av ytterligare fobibehandling när de kommer tillbaka till tandvården för kommande undersökning och eventuell behandling.

Om stödet för utbyte av tandfyllningar

Det finns två skäl till att få särskilt stöd för utbyte av tandfyllningar; dels på grund av avvikande reaktioner mot dentala material, dels som ett led i en medicinsk rehabilitering. Antalet personer som får ett utbyte av tandfyllningar på grund av avvikande reaktioner mot dentala material uppgick år 2019 till 135 personer. Antalet som fick ett utbyte som ett led i medicinsk rehabilitering uppgick till 9 personer totalt.[25] En förklaring till att så få får stöd som ett led i en medicinsk rehabilitering jämfört med avvikande reaktion kan vara att behandlaren i tandvården naturligt upptäcker avvikande reaktioner i munslemhinnan av dentalt material i samband med undersökning och behandling. Däremot är det inte givet att en koppling sker i hälso- och sjukvården mellan dentala material och patientens övriga sjukdomstillstånd. Det har till utredningen även framförts att läkare generellt inte känner till möjligheten att byta ut tandfyllningar. Villkoren för att få ta del av stöden är ganska samstämmiga mellan regionerna. Krav ställs på att fyllningarna ska vara felfria samt att sambandet mellan reaktionen och det dentala materialet ska vara verifierad av allergiutredning och oral undersökning med PAD. Vid byte som led i medicinsk rehabilitering ska behandlingen göras som ett led i en behandlingsplan upprättad av specialistläkare inom relevant område.

Personer som vill få sina amalgamfyllningar utbytta till annat dentalt material, utan att ha avvikande reaktioner av amalgam eller en pågående medicinsk rehabilitering, får bekosta detta utbyte med egna medel utan något tandvårdsstöd. För att statligt tandvårdsstöd ska kunna lämnas krävs en skada i tanden eller i fyllningen, en intakt fyllning kan inte bytas ut med statligt stöd.

[25] SKR, *Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2019.*

Om stödet för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård

Andelen personer som av regionerna bedömts tillhöra personkretsen som är berättigad till stöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård varierar. Det är exempelvis 1,6 procent av befolkningen i Stockholm medan det i Norrbotten är 3,5 procent av befolkningen som uppges höra till personkretsen år 2019, se kapitel 6. Alla som tillhör personkretsen får inte, eller önskar inte, ta del av tandvårdsstöden och andelen varierar mellan regionerna. När det gäller nödvändig tandvård har i genomsnitt 78 procent av personkretsen fått ta del av denna, med en spridning mellan 58 och 98 procent i regionerna. Totalt fick 164 000 personer ta del av stödet år 2019.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har konstaterat att stödet inte erbjuds på lika villkor över landet och att stödet endast når en begränsad del av den uppskattade målgruppen.[26] Myndigheten uppmärksammar att uppföljningen inte görs i relation till det totala antalet i målgruppen utan enbart i relation till den personkrets som regionerna identifierat som berättigade. Det finns således ett mörkertal när det gäller att redovisa täckningsgrad för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård och särskilt stor bedöms risken vara att underskatta de med stora omvårdnadsbehov som bor i sina ordinära boenden med stöd av hemtjänst eller närstående.

Liknande resultat har redovisats i en studie från Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum år 2007, som också konstaterar att beslut om avslag kan fattas på oklara grunder och att kunskapen om stödet är mycket låg hos äldre och närstående samt bristfällig hos kommunernas biståndshandläggare.[27]

Möjlighet till stöd för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård ges dels till personer som omfattas av LSS, dels till personer som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Vad gäller grunden LSS så ställs i tandvårdsförordningen inget krav på en viss omfattning av funktionshindren eller insatserna, utan endast att personen omfattas av LSS. Personer som omfattas av LSS kan ha stora behov av hjälp med att hantera den dagliga livsföringen inklusive att sköta munhygienen och klara tandvårdsbesök, men i gruppen inryms även de som väl hanterar dessa uppgifter.

[26] Myndigheten för vårdanalys, *Rapport 2015:3 Tandlösa tandvårdsstöd – En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen*, 2015.
[27] Stiftelsen Stockholm Läns Äldrecentrum, *Uppsökande tandvård – Många berättigade är okända*, Rapport 2007:9.

Nationellt finns i dag tre olika bedömningar i de regionala anvisningarna av hur kriteriet att 'omfattas av LSS' ska tolkas. Vissa regioner ställer, utöver kravet att omfattas av LSS, krav på att personen haft en beviljad insats och andra regioner att insatsen ska vara pågående. Detta då bedömning gjorts regionalt att personer som inte har ett varaktigt behov av omfattande omsorgsinsatser inte heller ska berättigas till särskilt tandvårdsstöd.

Vad gäller övriga till stödet tillhörande grupper är det personens generella omvårdnadsbehov som bedöms för att få tillhörighet, inte personens behov av ökade tandvårdsinsatser. Kriteriet om det individuella vårdbehovet som sådant har således inte något samband med hur personen klarar av att utföra sin dagliga munhygien, eller besöka tandvården. Regioner lyfter att det kan vara komplicerat att bedöma och få en samlad bild av en persons omvårdnadsbehov där insatser görs såväl av närstående som av hemtjänsten. Det kan även vara komplicerat att bedöma omsorgens varaktighet.

Nödvändig tandvård skiljer sig från övriga särskilda stöd (undantaget oralkirurgin) i och med att lagstiftningen inte ställer samma krav på att behandlingsförslagen ska prövas i förväg. Endast fast protetisk behandling ska, enligt tandvårdsförordningen, prövas av regionen där patienten är bosatt innan behandling kan utföras.[28] Regionerna har vanligen i sina anvisningar för nödvändig tandvård ställt regionala krav på förhandsbedömning när fler än ett visst antal av vissa åtgärder utförts, alternativt om den totala kostnaden uppgår till högre belopp än vad som fastställts. Nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet skiljer sig även avseende vem som beviljar personerna stödet eftersom ansvaret vanligen lagts över på kommunens sjuksköterskor, biståndshandläggare, LSS-handläggare eller motsvarande. Det finns dock stora skillnader mellan olika kommuner hur detta hanteras.

Vissa regioner uppger att de har problem med att nödvändig tandvård kan överutnyttjas av vårdgivare som frekvent besöker vård- och omsorgsboenden och utför mer vård än vad som kan anses behövligt. Ett sätt att nå potentiella patienter kan vara att lägga ett lågt anbud i upphandling av den uppsökande verksamheten.[29] Patientens fria val av vårdgivare kan även medföra att flera vårdgivare be-

[28] 10 § tandvårdsförordningen.
[29] Myndigheten för Vårdanalys, *Rapport 2015:3 Tandlösa tandvårdsstöd – En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen*, 2015.

söker samma omsorgspatient. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys konstaterar att upphandlingarnas utformning riskerar att leda till såväl överbehandling vid särskilda boenden som underbehandling inom ordinärt boende. Utredningen anser att den modell för patientens rätt till fritt val av vårdgivare som valts i lagstiftningen försvårar regionens möjlighet till kontroll över den vård som utförs. Detta eftersom ett användande av lagen om valfrihetssystem inte möjliggörs där regionen kan ställa kompletterande krav. Är en vårdgivare ansluten till statligt tandvårdsstöd är denne berättigad att utföra tandvård inom särskilt stöd.[30] Kostnaderna tenderar även att stiga årligen för regionerna, med några få undantag. De senaste 10 åren har kostnaderna för nödvändig tandvård ökat med 31 procent, justerat för inflation.

Regelverket för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård är inte tillräckligt för att ge ledning vid tillämpning. Socialstyrelsen har jämfört alla regionernas anvisningar kring de särskilda stöden och funnit att 19 av 21 regioner använder ett arkiverat och inaktuellt meddelandeblad från myndigheten från år 2004 för att definiera vad som är *omfattande* omsorgsbehov. Därtill används olika begrepp i regionerna för att definiera *varaktigheten* av omsorgsbehoven. Stödet kan således inte anses likvärdigt tillämpat över landet vilket kan leda till ojämlikhet.

Flera aktörer inom tandvården har uppmärksammat utredningen på att äldre patienter med omfattande omvårdnad i hemmet inte nås av informationen om att det finns möjlighet till nödvändig tandvård. En förklaring till detta kan vara att kommunen inte har samma kännedom om de personer som vårdas av närstående hemma och att de härigenom missgynnas. Även om det finns en möjlighet att skicka in en ansökan eller på annat sätt påkalla behovet hos regionen, krävs kännedom om att stödet finns och vart personen ska vända sig. Utvecklingen i samhället har även inneburit att andelen av den äldre befolkningen som får socialtjänstinsatser minskar. Andelen personer, 80 år och äldre, som bor längre tid i ordinärt boende ökar, enligt statistik som jämför år 2018 med år 2010. Samtidigt syns även en minskning vad gäller hemtjänstinsatser,[31] vilket tillsammans kan försvåra för regionerna och kommunerna att få kännedom om personernas behov. Statistik från tandhälsoregistret för år 2018 visar att av

[30] 15 a § sjunde stycket tandvårdslagen (1985:125).
[31] Socialstyrelsen, *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2019*.

personer som fått nödvändig tandvård har 53 procent med omfattande omsorgsbehov ett särskilt boende, 3 procent hemsjukvård och 18 procent egen bostad, övriga 26 procent av patienterna inom nödvändig tandvård hänförs till LSS.[32] Det är således en mindre andel av personer med omsorgsbehov som har nödvändig tandvård och bor kvar hemma. Utredningen håller för sannolikt att boendeformen för vård- och omsorg påverkar tillgången till det selektiva stödet. Samt att personer som vårdas hemma av närstående, eller får hemsjukvård, inte får samma tillgång till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård, trots att behoven kan motsvara de som bor inom vård- och omsorgsboende.

Landets kommuner är den främsta källan för regionerna för att få kunskap om patienter som har möjlighet till uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård. Ansvaret för kommunen att informera regionerna om persongruppen för möjlighet till särskilt tandvårdsstöd är inte uttryckt i lagstiftningen. Socialtjänstlagen fastställer att kommunen har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver[33] men samtidigt finns även ansvaret i tandvårdslagen att regionerna ska särskilt se till att uppsökande verksamhet bedrivs hos persongruppen och att nödvändig tandvård erbjuds.[34] Kommunen ska i planeringen av sina insatser för äldre och personer med funktionshinder samverka med regionen.[35] Enligt representanter från vissa regioner fungerar dock inte samverkan optimalt på alla håll, eftersom kommunerna hänvisar till regionens ansvar för all tandvård.

Inom den uppsökande verksamheten ska personer i målgruppen erbjudas munhälsobedömning. Munhälsobedömningen är en screening av munhälsan och munvårdsbehovet som ska åtföljas av skriftliga råd om hur munvården ska skötas och erbjudande om en hänvisning till tandvården om behandlingsbehov upptäcks. Resultatet av screeningen förs in i ett protokoll och munvårdsråden dokumenteras på ett munvårdskort som lämnas kvar hos patienten. I genomsnitt har 53 procent av personkretsen fått en munhälsobedömning, men spridningen i landet varierar mellan 37 procent i Östergötland och 85 procent i Dalarna. SKR rapporterar att cirka 91 000 personer fått en mun-

[32] Socialstyrelsen, Tandhälsoregistret, år 2018, statistik avser unika individer.
[33] 2 kap. 2 § socialtjänstlag (2001:453).
[34] 8 a § tandvårdslag.
[35] 5 kap. 6, 8 §§ socialtjänstlag.

hälsobedömning och att 61 000 av dessa dessutom fått nödvändig tandvård.

Det är regionen som beslutar vem som ska erbjuda munhälsobedömningen, antingen via en upphandling eller i egen regi. Munhälsobedömningen erbjuds alla som är berättigade till tandvårdsstödet oavsett om de har en fast tandvårdskontakt eller inte. Eftersom valet av utförare av nödvändig tandvård görs av patienten själv medan utförare av munhälsobedömningen bestäms av regionen kan det medföra att tandvårdsinsatserna utförs av olika vårdgivare. Det kan upplevas förvirrande för patienten att möta olika vårdgivare och det kan innebära att munvårdsråden som ges inte är samstämmiga. Det har förekommit att patienter bytt utförare av nödvändig tandvård i samband med kontakten med vårdgivaren som utfört munhälsobedömningen utan att själv ha förstått att så skett.

Kunskapen om munhälsa brister generellt bland personal inom hälso- och sjukvården och inom omsorgen. För de som är i behov av omsorg är det många gånger av vikt att omsorgspersonalen kan hjälpa patienter och brukare att sköta sin munhygien. Vård- och omsorgspersonalen ges kunskap och handledning i hur de bäst gör detta genom uppsökande verksamhetens munvårdsutbildningar som anordnas av regionerna samt genom att de deltar vid den enskilde patientens munhälsobedömning. Socialstyrelsens utvärdering visar att kommunerna upplever stora behov av kompetensutveckling inom flertalet områden. Dessa omfattar bland annat att kunna identifiera ohälsa i munnen, identifiera problem och agera vid bristande munhygien hos demenssjuka, samt tandvården i det palliativa skedet eller vid olika sjukdomstillstånd. Socialstyrelsens enkät, som ligger till grund för Socialstyrelsens utvärdering i denna del, vände sig till kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska eller motsvarande. Samtidigt uppger regionernas tandvårdsenheter att de har svårigheter att få omsorgspersonalen att besöka de utbildningar som ges eller att medverka vid munhälsobedömningarna. Ungefär 10 procent av de personer som arbetar inom vård och omsorg fick utbildning år 2019, ett antal som under flera år minskat. Diskrepansen mellan dessa påståenden kan enligt utredningen till del bero på den personalbrist och personalomsättning som finns inom omsorgen där personalen slits mellan olika sysslor och munvården därför sätts åt sidan. Det har även lyfts till utredningen att assistans med munhygien kan prioriteras bort och att det inte är enkelt att utföra mun-

hygien på en person som motsätter sig behandlingen, exempelvis på grund av demens. Samtidigt vill utredningen poängtera att tandvårdens personal inte ska ombesörja den dagliga munhygienen som en person med omfattande omsorgsbehov behöver, detta måste även fortsättningsvis ingå i det kommunala vård- och omvårdnadsansvaret för patienten.

Om särskilt tandvårdsbidrag

STB är till skillnad från övriga särskilda tandvårdsstöd som hittills beskrivits en del av det statliga tandvårdsstödet, och motsvarar endast en liten del av den totala statliga ersättningen som betalas ut. Antalet personer som år 2019 mottog STB uppgår till nära 69 000 och dess fördelning varierar över landet. Statistiken visar även att STB är vanligare bland patienter som går till en privat vårdgivare jämfört med de som går till en offentlig vårdgivare, se kapitel 6. En trolig förklaring till denna skillnad är den jämförelsevis högre medelåldern för den privata tandvårdens patienter. Bruket av läkemedel ökar med åldern och med det även risken för läkemedelsindicerad muntorrhet som är den vanligaste anledningen till STB.

De patientgrupper som i dag har möjlighet till STB får ett bidrag som uppgår till 600 kronor per halvår och som endast kan användas till förebyggande tandvård. Tandvården uppger att stödets konstruktion uppskattas där behandlaren gör den primära bedömningen av om bidrag kan lämnas, men finner administrationen i övrigt alltför omfattande för den bidragssumma som ges. Vanligen krävs ett särskilt läkarintyg för att verifiera ett visst sjukdomstillstånd, eller annan dokumentation såsom en läkemedelsförteckning. Även möjligheten att patienten, eller vårdgivaren, kan förhandspröva[36] förutsättningarna till STB hos Försäkringskassan uppskattas, liksom möjligheten för patienten att begära en omprövning av beslut, samt möjligheten för vårdgivaren att ange särskilda skäl vid Försäkringskassans återkrav om vårdgivaren haft skälig anledning att anta att patienten varit berättigad till STB.

Utredningen erfar att STB är ett underutnyttjat stöd och att information om stödet inte når patienten. Socialstyrelsens utvärdering visar även att de grupper som har sådana diagnoser som endast kräver

[36] 4 kap. 5 a § lag om statligt tandvårdsstöd.

ett läkarintyg för att få STB ändå inte använder STB för förebyggande tandvård i den utsträckning som var tänkt när stödet infördes.[37]

Utredningen har fått information om att det finns grupper som har möjlighet att få STB, men där förebyggande tandvårdsåtgärder inte bedöms vara tillräckligt för patientgruppen. Dessa är bland andra:

- Personer som genomgått strålbehandling i öron-, näs-, mun- eller halsregionen som förutom muntorrhet har andra problem efter genomförd strålbehandling.
- Personer med svår muntorrhet, där muntorrheten trots förebyggande behandlingar medfört ett ökat behov av återkommande reparativ tandvård såsom lagningar.
- Patienter med svår ätstörning kan på grund av erosioner efter magsyreangrepp ha förlorat mycket emalj på tänderna. Detta kan medföra att fyllningar för att ersätta förlorad emalj eller efter kariesangrepp lättare lossnar. Under sjukdomsbehandlingen för anorexia nervosa eller bulimia nervosa finns möjlighet till STB för att begränsa frätskadorna, men vid behov av lagningar får det generella statliga tandvårdsstödet tillämpas i stället. I det fall tänderna fått avsevärda skador kan det vara psykiskt påfrestande utseendemässigt under den tid som sjukdomsbehandlingen pågår.

Det finns även grupper som utredningen erfar skulle behöva ingå i gruppen som får förebyggande tandvård genom STB, men som i dag inte ges något stöd. Det gäller bland annat:

- Personer med avsaknad av spottkörtlar på grund av hypoplasi eller tumörer har inte rätt till STB eftersom muntorrheten varken beror på läkemedel, strålbehandling eller Sjögrens syndrom.
- Personer med grav synnedsättning kan ha svårt att identifiera pågående sjukdomsangrepp och kan därigenom ha behov av mer förebyggande behandling än övriga i befolkningen.

[37] Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget – Delrapport*, år 2018.

10.3.7 Regionernas erfarenheter behöver tillvaratas

Regionernas långa erfarenhet av särskilda tandvårdsstöd är väsentlig att ta tillvara vid tillskapande av ett nytt selektivt stöd. I olika inspel till utredningen från regionerna har bland annat följande aspekter lyfts:

– Det är viktigt att fastslå vad de särskilda stöden ska stödja – sjukdomsförebyggande, sjukdomsbehandlande eller rehabiliterande alternativt habiliterande tandvård.

– Administrationen behöver vara enkel och smidig, den tar för mycket tid i dagens särskilda stöd, både för behandlaren och för regionen.

– Det behövs ett väl fungerande och utbyggt IT-system som hanterar det särskilda stödet. Regelverket ska gärna vara integrerat i journalsystemet för att stödja behandlaren. IT-stödet bör ha inbyggda spärrar och kontroller för en rationell hantering och för ett automatiskt flöde vid enklare bedömningar.

– Ett nationellt tydligt regelverk vore önskvärt som styr vilken behandling som ersätts för respektive patientgrupp. Väsentligt är att regelverket ska vara lika över hela landet och att det även omfattar omgörningsregler samt ett krav på vetenskap och beprövad erfarenhet.

– Ett detaljerat regelsystem kan öka jämlikheten nationellt samtidigt som det kan finnas patienter som hamnar i kläm. Det bör därför finnas en balans mellan ett alltför fyrkantigt system och behovet av tydlighet.

– Det är avgörande att det finns klara definitioner för vilka patienter som berättigas särskilt stöd. Hänsyn ska tas till patientens förutsättningar och behandlingsbehov. Gärna koppla den medicinska diagnosen till det objektiva tandvårdsbehovet på ett bättre sätt utan att andra faktorer som kan vara svåra att bedöma får betydelse.

– En god kostnadskontroll kan medföra att särskilt stöd kan komma fler patienter till godo.

– Enhetlighet förordas, där åtgärder i ett särskilt tandvårdsstöd överensstämmer, tolkas och tillämpas, så långt det är möjligt, i enlighet med det generella statliga tandvårdsstödets behandlingar.

– Förhandsbedömningarna bör vara få och hanteras via ett digitalt system. Vid dyrare behandlingar, såsom fastsittande protetik, kan förhandsbedömning dock vara ett sätt för behandlaren att få ett besked om vilken vård som kommer att ersättas och slipper därigenom ta den ekonomiska risken.
– För att hålla nere administrationen är det bättre att ha begränsningar i regelverket, såsom specificerat kostnadstak, alternativt maximerat antal åtgärder av viss behandling innan särskild prövning ska ske, undantaget fastsittande protetik.
– Valideringsregler förordas vid förhandsbedömning eller vid fakturering.
– Efterhandskontroll av utförd vård lyfts av flera regioner som väsentligt för att stävja missbruk och felaktigt nyttjande.
– Det behövs en möjlighet att kunna vidta åtgärder när systematisk felanvändning av tandvårdsstödet upptäcks.
– Ett sätt att minska risken för överutnyttjande kan vara att patienten alltid bekostar en viss andel av tandvårdskostnaden. Härigenom sker en viss granskning att räkningen stämmer med vad som utförs.
– Medicinska intyg ska, om dessa behövs, vara tydliga och utformade så att risken för att bedömare använder intyget på olika sätt minimeras. Den medicinska bedömningen bör fastställa medicinsk diagnos, inte patientens förmåga att sköta munhygien eller genomföra tandvårdsbehandling.

10.4 Principiella utgångspunkter för ett reformerat selektivt stöd

Utredningen har i tilläggsdirektiv givits ett utvidgat uppdrag att ta fram förslag till reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Uppdraget omfattar bland annat att definiera ingående målgrupper, stödens innehåll och omfattning samt även belysa hur kännedom om stöden kan öka bland patienter, närstående och vårdgivare. Utgångspunkten är att förslagen ska finan-

sieras inom nuvarande ramar och att tandvårdssystemet ska bli mer resurseffektivt.[38]

Utredningens tolkning av direktivet är att begreppet tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser omfattar patienter

– med behov av särskilda insatser som vid sidan av ordinär tandvård kräver en särskild odontologisk och annan kunskap för att tillgodose behovet hos patienten. Den som behandlar patienten behöver ha en särskild kunskap och patienten kan behöva särskild behandling och anpassade hjälpmedel.
– med mer stadigvarande behov av selektivt stöd. Härmed kan avses att patienten inte nödvändigtvis har större tandvårdsbehov än andra, men att patienten kan ha svårare att efterfråga tandvård, förstå det egna tandvårdsbehovet, klara av sin egenvård eller att genomgå tandvårdsbehandling.
– med särskilda tandvårdsbehov beroende på sjukdom eller annat medfött eller förvärvat tillstånd.

Ett system som är resurseffektivt och rättssäkert samtidigt som det med precision når just de avsedda patienterna, kan vara svårt att också göra enkelt att förstå och överblicka för alla patienter och behandlare. Detta gäller i synnerhet stöd till patienter med särskilda behov. Systemet ska vara flexibelt i betydelsen att det ska kunna omhänderta det specifika behov som uppkommer hos patienten, samtidigt som det ska vara rättssäkert och innehålla klara gränsdragningar för vad som kan subventioneras och i vilka situationer det kan ske utan att beslutet påverkas av subjektiva bedömningar. Det ska vara enkelt, tydligt och smidigt ur ett administrativt avseende för alla involverade och hanteras lika över landet ur ett jämlikhetsperspektiv. Men det är även väsentligt att just de som har särskilda behov utkristalliseras i stödet och att anslagna medel kommer till användning där de gör mest nytta. I den målkonflikt som med nödvändighet uppstår mellan dessa olika värden måste systemets precision och rättssäkerhet enligt utredningen prioriteras, även om det i viss mån sker på bekostnad av enkelheten.

[38] Kommittédirektiv Dir. 2020:1.

Det finns enligt Socialstyrelsens utredning från år 2018 ett begränsat vetenskapligt underlag för de undersökta sjukdomar och tillstånd som ingår i de regionala särskilda tandvårdsstöden i dag.[39] Ur utredningens perspektiv skulle ett vetenskapligt stöd för att hitta de grupper som skulle kunna vara aktuella för selektivt stöd vara önskvärt. I dag har forskning gett oss en kunskap om ett samband mellan exempelvis bristande munhygien och lunginflammation hos äldre på institution. Men än så länge är det inte möjligt att endast ta avstamp i vetenskap för att hitta vilka patienter som har särskilda behov. En viss sjukdom kan även påverka personer olika och det är inte givet att det finns ett kausalt samband i det enskilda fallet. I en framtid ser utredningen att det kommer att finnas tillgång till bättre kunskap om samband mellan allmänsjukdomar och dess påverkan på munhälsan och omvänt – en kunskap som kan ligga till grund för justeringar av det selektiva tandvårdsstödets patientgrupper. För att kunna utveckla kunskapen om samband behövs data som underlag för forskning. Med hjälp av de data som det nya selektiva tandvårdsstödet kan generera kommer gränsen för kunskapen succesivt flyttas framåt och vidareutvecklas i en synergi.

Dagens regionala tandvårdsstöd för vuxna personer med särskilda behov har med tiden utvecklats till ett svåröverskådligt ersättningssystem. Vissa patientgrupper har tillkommit och för andra har förändringar gjorts i stödets omfattning. Stödet är selektivt, det vill säga endast avsett för en begränsad del av den vuxna befolkningen, och utgår från tandvårdsförordningens regler. Utredningen anser att dagens särskilda stöd inte i tillräcklig utsträckning bygger på en helhetssyn när det gäller val av patientgrupper, styrning och uppföljning. Stödet har inte heller följt med den odontologiska utvecklingen, vare sig avseende vilka patientgrupper som bör omfattas eller vilka behandlingar som bör ingå. De patientgrupper som omfattas av dagens särskilda tandvårdsstöd behöver ses över för att inte exkludera personer med behov av särskilda tandvårdsinsatser, men även för att endast dessa personer ska inkluderas. Regionala försök att harmonisera anvisningarna till tandvårdsförordningen har inte lyckats, med undantag för ett samarbete mellan regioner i norra delarna av landet. Regionerna har lyft ett behov av att staten tydliggör det regionala

[39] Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget – Slutrapport*, år 2018.

tandvårdsstödet.[40] Samtidigt skulle ett sådant tydliggörande kunna ses som en inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Socialstyrelsen har gett ut vägledande, inte styrande, dokument som stöd vid tillämpning av förordningen, det senaste år 2016.[41] Samtidigt har dock även tidigare, numera arkiverat, mer innehållsrikt meddelandeblad från samma myndighet år 2004 fortsatt att råda hos regionerna. Socialstyrelsens samlade bedömning i sin rapport från år 2018 är att tandvårdsförordningen behöver genomgå en översyn och omfattande revidering för att den ska bli enklare att tillämpa och följa upp mot en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård.[42] Utredningen delar i allt väsentligt Socialstyrelsens samlade bedömning.

10.4.1 Utredningens överväganden

Mot bakgrund av ovan föreslår utredningen att ett nytt selektivt tandvårdsstöd införs. Det selektiva stödet ska i större utsträckning än i dag utgå ifrån individens särskilda behov av tandvårdsinsatser och regelverket ska vara nationellt enhetligt utan regionala variationer. Den tandvårdsbehandling som ersätts inom det selektiva stödet ska i likhet med annan tandvård vara grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Principen gäller för all tandvård men är särskilt viktig för ett selektivt stöd eftersom behandling kan ges till individer med nedsatt autonomi som inte alltid kan vara delaktiga i beslut och där inhämtande av patientens samtycke till behandlingen ibland kan vara komplicerat. En behandling inom selektivt stöd ska vara baserad på ett tydligt behandlingsbehov med påtaglig nytta för patienten. Ett sätt att tillse att den behandling som utförs har effekt vid ett visst tillstånd är att tillämpa det system som i dag finns inom det generella statliga tandvårdsstödet med tillstånd och tillhörande åtgärder. I ett sådant system kan de behandlingar som är valbara inom ett tillstånd kombineras med villkor och restriktioner som har sin grund i Socialstyrelsens nationella riktlinjer.

Vidare är det utredningens bedömning att ett nytt selektivt stöd i högre grad än dagens system bör utgå från den etiska plattformens

[40] Se exempelvis Ds 2010:42 *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning.*
[41] Socialstyrelsen, *Meddelandeblad – Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift, maj 2016.*
[42] Socialstyrelsen, *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget – Slutrapport år 2018.*

principer, framför allt behovs-solidaritetsprincipen. Principen innebär att det selektiva stödet ska grundas på individens specifika behov.

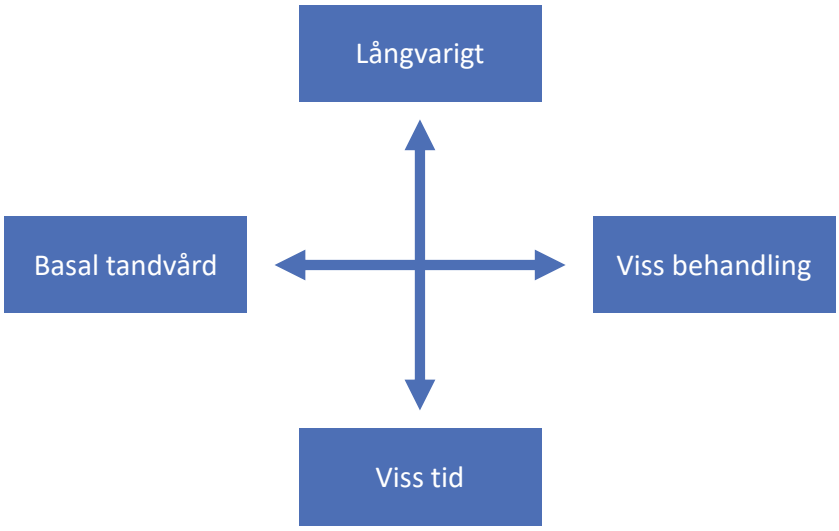
Eftersom det är tandvården som ska omhänderta och vårda patienten ligger det tandvårdens behandlare närmare till hands, än hälso- och sjukvården eller omsorgen, att upptäcka en patients särskilda behov av tandvård. För övrig sjukvårdspersonal och kommunens personal är munhälsan inte i främsta fokus och tandvård blir därför mer avlägset. Det är även tandvården som ser om patientens nedsatta funktion påverkar förmågan att hantera sin munhygien eller på annat sätt begränsar möjligheten att vidmakthålla munhälsan. Utredningen ser därmed att det är väsentligt att tandvården ges möjlighet att identifiera ett behov och initiera en prövningsprocess om selektivt tandvårdsstöd för en patient.

Andra viktiga faktorer att beakta är att skapa tydliga regler och med så få särlösningar för olika patientgrupper som möjligt. Ett sådant förhållningssätt kan dock medföra viss byråkrati genom att det förutsätter en prövning i varje enskilt fall. Administrationen ska samtidigt begränsas genom enkel hantering i ett IT-system med automatiserad validering för att säkerställa att en inmatad variabel stämmer med regelverket där så är möjligt. Det ska även vara ett regelverk som fokuserar på en prövning av patientens tillhörighet till det selektiva stödet, framför upprepade eller detaljerade prövningar inför varje enskild behandling. Av kostnadsmässiga skäl kan dock förhandsprövning av behandlingsförslag behövas vid särskilt omfattande behandlingar såsom fastsittande protetik eller när fler frekventa sjukdomsbehandlande åtgärder behövs under en ersättningsperiod än vad som generellt ersätts.

Att patienten uppnått en viss ålder är i sig inget villkor för att tillhöra selektivt stöd. Dock kan ålder, precis som skada eller sjukdom, medföra en nedsättning av såväl fysisk som kognitiv funktion hos en person, vilket i sin tur kan berättiga till ett selektivt stöd.

De patienter som har särskilda behov utgör en heterogen grupp som inte enkelt kan beskrivas. Utredningen har därför haft att välja mellan två ytterligheter där mer generella definitioner genererar något mer tandvårdsstöd till många, alternativt mer detaljerade och precisa definitioner som ger ett mer riktat selektivt stöd efter behov. Utredningen förordar det sistnämnda alternativet och föreslår två delar inom selektivt stöd utifrån vilken slags tandvård som patienten behöver och dess omfattning.

Figur 10.1 Olika behov vid selektivt tandvårdsstöd



Schematisk bild ifrån utredningen.

En patient med en långvarigt nedsatt funktion av fysiskt, psykiskt eller kognitivt slag kan vara i behov att ett stöd som gäller under lång tid och som omfattar den grundläggande tandvård som behövs över tid. En patient med en medfödd missbildning behöver viss behandling under viss tid för att skapa en förbättrad funktion, men det finns även patienter som på grund av sin sjukdom återkommande kan behöva selektivt stöd för en viss behandling. Det selektiva stödet föreslås således vara uppdelat i två delar beroende på omfattning avseende stödets innehåll - ett mer långvarigt stöd för basal tandvård och ett stöd för viss behandling som vanligen ges under viss tid, men som även kan vara återkommande. Inom dessa två delar kommer det att finnas kriterier och tillstånd som mer detaljerat beskriver vilka patienter som kan komma att omfattas och vilka behandlingar som ingår. Härigenom ges förutsättningar för ett resurseffektivt selektivt stöd som riktas till de som har särskilda behov.

Tillvägagångssättet som föreslås är detsamma som inom det generella statliga tandvårdsstödet. Genom att tydligt definiera omfattningen av tandvårdsstödet, skapas förutsättningar för en minskad administration för vårdgivarna. Detta ökar dock komplexiteten i regelverket och ställer stora krav på kompetensen hos den myndig-

het som tilldelas uppgiften att detaljera tillstånd och däri ingående åtgärder. Förutsättningarna kompliceras även av att patienterna och den tandvård de behöver varierar.

En patient med särskilda behov som blir berättigad till selektivt stöd ska få ett tydligt beslut om anledningen till att selektivt stöd ges, för vilken slags tandvård och för vilken tidsperiod. Beslutet ska kunna gälla tills vidare eller under en längre tid med möjlighet till förlängning genom ett enklare förfarande, alternativt för viss tid omfattande det tidsintervall som är nödvändigt för att utföra en viss behandling. Om en viss behandling kan komma att behöva utföras flera gånger under patientens livstid bör beslutet om tillhörighet kunna vara giltigt under lång tid.

Selektivt stöd föreslås ges till patientavgift per besök, oberoende av behandlingens kostnad och den ska vara densamma oavsett om behandling sker inom allmäntandvård eller specialisttandvård. Patientavgiften föreslås även vara densamma som vid besök inom tandhälsoplan, det vill säga 200 kronor per besök. Vid selektivt stöd för viss behandling under viss tid betalar patienten patientavgift för varje behandlingsbesök. Patienter inom långvarigt stöd för basal tandvård föreslås betala patientavgift vid varje besök upp till ett kostnadstak. Ytterligare behandling ges därefter utan kostnad för patienten under den aktuella ersättningsperioden. Det senare innebär en skillnad jämfört med tandvård inom det generella tandvårdsstödet där patienten alltid betalar en andel av, eller hela, kostnaden för tandvårdsbehandlingen. Utredningen gör bedömningen att ett högkostnadsskydd med ett kostnadstak behövs vid långvarigt selektivt stöd för basal tandvård för att säkerställa att patienter med särskilda behov har en ekonomisk möjlighet att få den tandvård de behöver, eftersom oral sjukdom kan bli en negativ faktor för personens övriga hälsotillstånd. Personer som får selektivt stöd för en viss behandling får det för ett specifikt tillstånd och behöver vanligen även ordinär tandvård inom det generella statliga tandvårdsstödet inom ersättningsperioden, en period som enligt förslaget ska vara gemensam för såväl generellt som selektivt stöd.

Ett selektivt stöd föreslås ersättas med fasta priser till vårdgivaren. Att ge fast ersättning per åtgärd till vårdgivaren är den modell som tillämpas i dag där folktandvårdens priser i regionen tillämpas, om man inte kommit överens om annan prissättning. Enligt uppgift har inte någon region en sådan överenskommelse för närvarande.

Utredningen ser inte att en så hög subvention bör kombineras med fri prissättning där stödets huvudman står för mellanskillnaden mellan patientavgift och vårdgivarens pris för åtgärden som utförs.

10.4.2 Att skapa ett selektivt stöd som når avsedda patienter och som är lättare att tillämpa och följa upp

I utredningens tilläggsdirektiv redovisar regeringen sin bedömning att de särskilda regionfinansierade tandvårdsstöden och STB behöver genomgå en översyn och omfattande revidering för att de ska nå avsedda patienter samt bli lättare att tillämpa och följa upp mot en mer kunskapsbaserad, jämlik, jämställd och resurseffektiv tandvård. Direktiven påpekar vidare att såväl regioner som kommuner, myndigheter och patienter beskriver tandvårdssystemet och de särskilda stöden som komplexa och informationsansvaret som otydligt. En svårighet är att ansvaret för att sprida information om tandvårdsstöden är fördelat på flera olika aktörer och upplevs som splittrat av såväl patienter som aktörer. Sammanfattningsvis visar utvärderingen att dessa tandvårdsstöd är svåra att förstå och överblicka på grund av utformningen som består av såväl statlig finansiering som regionfinansiering och olika krav för att bli berättigad.[43]

Utredningen föreslår ett reformerat selektivt stöd som kommer att förbättra för patienterna och göra det lättare för vårdgivaren att tillämpa. Förslaget förbättrar för patienterna genom att

- sätta patienten i centrum, inte hur vården är organiserad.
- IT-systemet visar vilket stöd patienten omfattas av så att patienten debiteras enligt rätt system, samt ger behandlaren ökad kunskap om de selektiva stöden så att behandlaren kan se till att patienten prövas för det stöd patienten har rätt till,
- tandvården kan identifiera patienter som har behov av ett selektivt tandvårdsstöd, även för basal tandvård under lång tid,
- patienten kan remitteras såväl från tandvården som från sjukvården för att utredas för ett tillstånd som kan berättiga för selektivt tandvårdsstöd för viss behandling,

[43] Kommittédirektiv 2020:1 1

– ett mer sammanhållet ersättningssystem kan medföra att patienter med tillstånd som kräver en mer ovanlig behandling inte riskerar att hamna utanför tandvårdssystemet och varken omfattas av det generella eller selektiva tandvårdsstödet.
– beslut om stödet bör vara möjliga att överklaga och patienter i alla delar av landet har samma rätt till selektivt tandvårdsstöd med samma innehåll.

Det reformerade selektiva tandvårdsstödet som utredningen föreslår underlättar genom att vårdgivarens administration

– omhändertas i ett sammanhållet administrativt system, i stället för flera beroende på om regionalt eller statligt tandvårdsstöd ska tillämpas i det enskilda fallet,
– digitaliseras och därigenom hanteras smidigare och mer automatiserat,
– styrs av ett nationellt regelverk för sådan tandvårdsbehandling som tandvårdens behandlare initierar,
– fokuserar på digital prövning av patientens tillhörighet till selektivt stöd framför förhandsprövning av respektive behandling,
– följer systemet i dagens statliga tandvårdsstöd där patientens diagnos för att kunna få selektivt stöd ska omfattas av ett angivet tillstånd som är klart definierat och som i sin tur anger ersättningsberättigade behandlingar att välja bland,
– underlättas av att IT-systemet hjälper vårdgivaren att registrera rätt genom validering och kan ange ifall det finns begränsningar av något slag såsom ett maximerat antal åtgärder inom en ersättningsperiod.

Tabell 10.1 Sex huvudsakliga problem med dagens selektiva stöd enligt Socialstyrelsens rapport och som lyfts i tilläggsdirektivet

Huvudsakliga problem i dagens särskilda stöd enligt Socialstyrelsens rapport	Utredningens förslag
Administrationen är komplicerad och upplevs betungande för vårdgivarna	– Ett administrativt system, i stället för flera beroende på region – Digitaliserad och förenklad hantering – Ett nationellt regelverk för den behandling som tandvården initierar – Fokus på digital prövning av patientens tillhörighet, färre förhandsprövningar av behandlingar – Följer dagens statliga tandvårdsstöd där tillståndet är klart definierat och anger ersättningsberättigad behandling – IT-systemet validerar korrekt tillämpning
Förfarandet med läkarintyg är krångligt för personer med långvarig sjukdom och funktionsnedsättning	– Fler legitimerade behandlare kan intyga behov – Förenklat intyg – Digital hantering – Endast bedöma nedsatt funktion, ej oral förmåga
Uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård erbjuds inte på lika villkor över landet	– Ett enhetligt nationellt system föreslås
Regelverken är oklara och leder till tolkningsproblem	– Systemet med tillstånd, villkor och åtgärder bedöms göra regelverket mer tydligt
Stöden har ett begränsat vetenskapligt stöd	– Förslaget underlättar ytterligare studier för att på sikt skapa bättre kunskap och utveckling av stödet i synergi med detta
Det finns problem i samverkan mellan tandvård, hälso- och sjukvård och kommunerna	– Förslagen med tydligare roller för de olika verksamheterna förutsätts främja samverkan

Källa: Tilläggsdirektiv 2020:1 avseende kolumn 1, utredningens bedömning i kolumn 2.

10.4.3 Målgrupp för selektivt stöd

En frisk vuxen som sköter sin orala egenvård drabbas vanligen inte av höga tandvårdskostnader vid mer än ett fåtal tillfällen i livet. Personen har även möjlighet att förbättra egenvården vid behov om behandlaren exempelvis upptäcker aktiva kariesangrepp eller parodontal sjukdom. Därtill kan personen ändra sina kostvanor eller på andra sätt förbättra förutsättningarna för god munhälsa genom att förändra balansen av risk- och friskfaktorer. Personer som tidigare

fått många tandreparationer utförda kan dock räkna med att nya reparativa behandlingar krävs, eftersom livslängden på utförd tandvård är begränsad. Vid dessa tillfällen kan det generella statliga tandvårdsstödets skydd mot höga kostnader bidra till att kostnaderna ska bli rimliga och möjliga att hantera. I vissa fall när en patient ändå inte kan klara tandvårdskostnaden kan kommunen under vissa förutsättningar stödja med särskilt ekonomiskt bistånd.

Förutsättningar för att bibehålla en god munhälsa och god oral funktion genom hela livet är dock inte densamma för alla människor. Skälen till detta kan vara flera. Det finns personer som på grund av allmänmedicinsk sjukdom eller annat fysiskt, psykiskt eller kognitivt tillstånd

- inte själv kan bevara sin munhälsa eller förändra balansen mellan risk- och friskfaktorer,
- inte utan särskilda åtgärder kan genomgå en tandvårdsbehandling, eller
- behöver särskilt odontologiskt stöd för att få funktion för att äta och tala utan större hinder.

Dessa patienter kan uppskattas till cirka 5 procent av alla vuxna patienter som besöker tandvården under ett år. Det är enligt utredningens uppfattning för dessa personer som ett selektivt tandvårdsstöd kan vara motiverat. En gemensam egenskap för dessa personer är att sjukdomen eller tillståndet har medfört att de befinner sig i en sådan situation att det ur ett samhälleligt perspektiv kan anses rimligt att kostnaden för tandvårdsbehandlingarna i högre grad subventioneras.

De som i dagens särskilda regionala stöd, alternativt de som har STB, kommer i det flesta fall även fortsättningsvis vara berättigade till någon form av selektivt stöd, alternativt möjliggöras stöd inom tandhälsoplan baserat på personens behov. För utredningen ter detta sig som naturligt eftersom det inte finns belägg för att överpröva de målgrupper som tidigare utredningar pekat ut och föreslå att dessa inte längre ska omfattas. Så länge som vetenskapliga belägg i en större omfattning saknas kan inte en sådan omdaning ske. Däremot kan utredningen tillse att i de fall där gränsdragningen för selektivt stöd i dag varit olycklig och exkluderat patienter med motsvarande

behov kan gränsen dras annorlunda. Kriterierna kan även omformuleras för att bättre försöka ringa in de med särskilda behov.

Utöver de patienter som föreslås ingå i ett nytt selektivt tandvårdsstöd för ovan nämnda grupper finns även patienter som behöver särskilt stöd för tandvårdsbehandlingar som är intimt förknippade med hälso- och sjukvårdens behandlingar. Det gäller tandvårdsbehandling som bedöms nödvändig av hälso- och sjukvården som en del av en sjukvårdsbehandling, eller en sjukvårdsbehandling som av medicinska skäl behövs för att en tandvårdsbehandling ska kunna genomföras. I båda fallen är det sjukvården som beslutar om behandling. Även dessa behandlingar bör omfattas av särskilt stöd.

Tabell 10.2 Sammanfattande tabell över målgrupper, syfte och mål

Selektivt stöd	Stöd för basal tandvård under lång tid	Viss behandling under viss tid	Tandvård i samverkan med hälso- och sjukvården
Målgrupp	Personer som på grund av nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion har försämrade förutsättningar att bevara munhälsan eller har svårigheter att genomgå tandvårdsbehandling.	Personer med specifika odontologiska tillstånd som är medfödda eller förvärvade.	Personer som har behov av tandvårdsinsats som en nödvändig del av sjukvårdens behandling eller som behöver en sjukvårdsinsats alternativt ett sjukhus resurser vid tandvård.
Syfte	Uppnå en mer jämlik munhälsa genom att ge personer med allmänsjukdom eller funktionsnedsättning bättre förutsättningar att vidmakthålla oral hälsa.	Uppnå en mer jämlik munhälsa genom att ge personer med medfödda eller förvärvade tillstånd bättre förutsättningar att få oral funktion.	Uppnå en mer jämlik munhälsa genom att medicinskt motiverad tandvård eller sjukvårdsinsatser nödvändiga för tandvård jämställs med sjukvård vad gäller vårdplan och beslutsmandat.
Mål	Ge patienten ökat fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande genom att uppnå en oral förmåga efter en individuellt anpassad vårdambitionsnivå.	Ge patienten ökat fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande genom att uppnå en oral förmåga.	Behövlig tandvård utförs på ett sådant sätt och vid sådan tidpunkt att den medicinska behandlingen kan utföras optimalt. Om en patients medicinska tillstånd kräver sjukhusets resurser ska tandvården kunna genomföras på ett patientsäkert sätt.
Varaktighet	Långvarig, då tillståndet inte är av en övergående natur.	Under en övergående period.	Under en övergående period.

10.4.4 Sköra äldre med ännu inte identifierat omsorgsbehov

Med stigande ålder ökar ofta en persons behov av stöd i det dagliga livet. Detta är en successiv process där den äldre går från hjälp med enstaka aktiviteter till omfattande behov av stöd för de flesta av de dagliga aktiviteterna. I vilket skede som den äldre passerar gränsen för ett omsorgsbehov i en omfattning som berättigar till selektivt tandvårdsstöd kan vara svårt att upptäcka och avgöra för närstående och för samhället. Utredningen har i dialoger med tandvården uppmärksammats på problemet att sköra äldre inte i tid får tillgång till förebyggande tandvård. Det är utredningens bild att sköra äldre många gånger inte har ork till att engagera sig i tandvård, lätt avbokar besök och att rädsla för kostnaden kan få personen att avstå kontakt.

I dag identifieras tandvårdsbehovet hos äldre ofta för sent, ibland inte förrän patienten kommer till särskilt boende och i detta skede visar sig vara berättigad till särskilt stöd för nödvändig tandvård. Ett problem i dagens nödvändiga tandvård är att inte alla personer som uppfyller kravet på omfattande vård och omsorgsinsatser får ta del av regionernas tandvårdsstöd. Äldre som bor på särskilda boenden har i de allra flesta fall fått intyget som berättigar till dagens nödvändiga tandvård, men äldre som genom hemtjänsten har en tillräcklig volym på omsorgen har i många fall inte fått ett intyg. Eftersom färre äldre får plats på särskilda boenden och att placeringen sker allt senare i livet riskerar det selektiva tandvårdsstödet att sättas in alltför sent i livscykeln. Tandhälsan har då ofta redan raserats och möjligheten att arbeta med förebyggande insatser i tid har missats.

När det gäller sköra äldre, som lämnat stadiet att vara oberoende men som ännu inte är helt beroende av omsorg, bedömer utredningen att förslaget om tandhälsoplan med dess fokus på förebyggande insatser som ges efter en individuell riskbedömning kan tillämpas för att bevara, eller förbättra, munhälsan. Att kostnaden för ett besök inom tandhälsoplan är låg, fast och känd i förväg kan underlätta för äldre att upprätthålla en tandvårdskontakt. Utredningen ser vidare att kommunens funktion för biståndsbedömning kan spela en viktig roll genom att rutinmässigt informera den äldre eller dennes närstående om vikten av att upprätthålla en tandvårdskontakt och vad en tandhälsoplan innebär. Att information om tandvårdssystemets olika delar kan förmedlas av biståndsbedömaren underlättas om ett riktat informationsmaterial från Försäkringskassan finns att tillgå.

När den sköra äldre alltmer närmar sig stadiet av tilltagande vård- och omsorgsbehov är det utredningens förhoppning att förslaget om process för ett långvarigt selektivt stöd kommer att medföra att fler personer som vårdas hemma med omfattande omsorgsbehov ges bättre förutsättningar att få selektivt stöd jämfört i dag. Detta genom att stödet även kan initieras av såväl hälso- och sjukvården som av tandvårdens behandlare, om kommunerna inte uppmärksammat personerna. Av vikt är även rutiner inom kommunerna så att alla berättigade, både de på särskilda boenden och de som får omfattande omsorgsinsatser via hemtjänsten, får ta del av tandvårdsstödet.

10.5 Förslag om ett nytt selektivt tandvårdsstöd som en del av det statliga tandvårdsstödet

Förslag: Det statliga tandvårdsstödet ska omfatta ett selektivt stöd till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Det selektiva stödet ska bestå av ett stöd för basal tandvård under lång tid och ett stöd för viss behandling under viss tid. Dagens regionala särskilda tandvårdsstöd upphör.

Som ett komplement till detta nya statliga selektiva tandvårdsstöd föreslås även ett regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov. För detta förslag se vidare avsnitt 10.10.

Antalet personer som ges tandvård inom regionens särskilda tandvårdsstöd uppskattas till 211 000 (år 2019), vilket är 5 procent av det totala antalet vuxna patienter som besökt tandvården det året. Det är en uppskattning och inte en fastställd siffra, eftersom statistik saknas vad avser oralkirurgiska åtgärder. Med ett oförändrat regelverk kommer antalet patienter att uppgå till nära 228 000 personer år 2023, bland annat med hänsyn taget till förändringar i befolkningsstrukturen år 2023[44]. Med utredningens förslag om ett statligt selektivt tandvårdsstöd som en del av det statliga tandvårdsstödet samt ett kompletterande regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården föreslås drygt 240 000 personer att få ta del av selektivt tandvårdsstöd på grund av särskilda behov, vilket beräknas

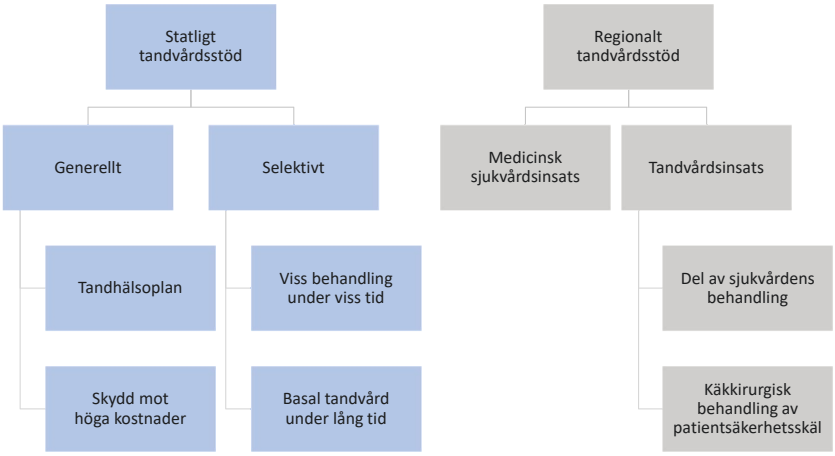
[44] Utredningen använder år 2023 som beräkningsår för att kunna nyttja beräkningsverktyget Facit.

motsvara 6 procent av antalet vuxna patienter som under ett år kommer att besöka tandvården.

Utredningen föreslår att dagens regionala särskilda tandvårdsstöd för personer med särskilda behov upphör och att ett selektivt tandvårdsstöd i stället blir en del av det statliga tandvårdsstödet. Det selektiva statliga stödet ska vara uppdelat på två delar:

– Ett stöd för viss behandling under viss tid.
– Ett stöd för basal tandvård under lång tid.

Figur 10.2 Schematisk bild över utredningens förslag om tandvårdssystem för vuxna



Cirka 1 procent, 45 000 patienter, av alla vuxna patienter som besöker tandvården under ett år kommer även fortsättningsvis att erbjudas tandvård i regionens regi genom ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården. Som framgår av namnet är det tandvård som utförs av medicinska skäl, eller där tandvården av patientsäkerhetsskäl behöver ett sjukhus tekniska eller medicinska resurser.

I maj 2019 genomförde utredningen två nationella konferenser med ett antal workshops i för utredningen centrala ämnen som samlade sammanlagt cirka 230 personer som arbetar med eller är engagerade i tandvårdsfrågor på nationell, regional och lokal nivå. Ett av ämnena var om en prövning av att få ta del av selektivt stöd görs bäst av en statlig myndighet eller av regionerna. Dokumentationen från

konferenserna visade på en god samstämmighet där 13 arbetsgrupper angav att man var helt överens, 6 grupper att man var delvis överens och ingen grupp angav att man inte alls var överens. I svaren framkom bland annat: ”Fördelar som lyfts med en statlig myndighet är att det blir en likvärdig tandvård i hela landet med en gemensam administration och statlig styrning. En annan fördel som anges är att jämlik tandhälsa och tandvård är någonting som efterfrågas i hela landet och risken finns att regionernas olika ekonomiska resurser kan styra bedömning och urval. Med en prövning på statlig nivå blir prövningen mer jämlik samtidigt som efterkontroll kan göras av Försäkringskassan och möjlighet ges att överklaga beslut. Det lyfts även som en fördel att kunskap och pengar samlas på ett ställe, i ett nationellt system. En nackdel som lyfts är risken att det kan ta längre tid innan beslut fattas.”[45]

Selektivt tandvårdsstöd har även tidigare funnits inom statlig regi. Tandvård som ett led i sjukdomsbehandling var en del i 1973 års tandvårdsstöd och patienter med ett långvarigt och väsentligt ökat behov av tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionshinder fick förhöjd ersättning med dubbelt grundbelopp i 1999 års statliga tandvårdsstöd.

10.5.1 Skäl till förslaget om ett nytt selektivt stöd som en del av det statliga tandvårdsstödet

Huvudskälet till att utredningen föreslår att det ska finnas ett statligt selektivt tandvårdsstöd är de förbättrade förutsättningar för samordning och integrering med det befintliga generella statliga tandvårdsstödet som detta skulle innebära. I det följande redovisas några olika exempel på detta.

Ett enhetligt gränssnitt mellan stöden skapar förutsägbarhet, tydlighet och ett mer jämlikt system

Ett exempel handlar om hur ett tillstånd bedöms och vilka konsekvenser det får för patienten. Inom det generella statliga tandvårdsstödet har arbetet med att precisera olika tillstånd och därtill till-

[45] Gullers Grupp, *Workshops om jämlik tandhälsa – En sammanställning av workshops om jämlik tandhälsa 2019.*

hörande subventioner för behandling med olika tandvårdsåtgärder kommit långt, vilket möjliggör ett fortsatt utvecklingsarbete på liknande sätt för patienter med särskilda behov.

Regionernas olika tillämpning av de särskilda tandvårdsstöden gör att gränssnittet mellan det generella statliga tandvårdsstödet och de särskilda tandvårdsstöden varierar mellan olika regioner. I en region kan exempelvis en enstaka tandlucka i frontområdet orsakad av avsaknad av tandanlag definieras som en medfödd missbildning och därmed berättiga till särskilt tandvårdsstöd, medan en patient med samma tillstånd i en annan region kan vara hänvisad till det generella statliga tandvårdsstödet för behandling. Även om regionerna inom ramen för den kommunala självstyrelsen ska ha en handlingsfrihet att anpassa vårdutbudet till lokala och regionala förutsättningar, riskerar stora variationer i tillämpningen att skapa ett oförutsägbart, otydligt och ojämlikt system. Med ett statligt selektivt stöd finns det ett enhetligt gränssnitt mellan det generella och selektiva tandvårdsstödet, vilket är till gagn för såväl patienter som vårdgivare och behandlare.

Ett gemensamt system för generellt och selektivt stöd minskar risken för att patienter hamnar mellan olika stöd

Ett annat exempel handlar om risken att patienter faller mellan de olika tandvårdsstöden och blir helt utan tandvårdsstöd, trots behov. Om regionen exempelvis inte beviljar särskilt tandvårdsstöd för en mineraliseringsstörning som är av sådan omfattning att det krävs att tänderna kronförses, kan inte heller statligt generellt tandvårdsstöd lämnas för detta. Statliga stödet omfattar endast mindre omfattande mineraliseringsstörning och ger endast ersättning för fyllning, vilket är en kostnadseffektiv behandling när störningen är av mindre omfattning. Ett gemensamt system kan medföra att gränsen mellan stöden blir skarp så att det ena stödet tar vid där det andra stödet upphör. Andra exempel där patienter i dag faller mellan stöden kan vara smärtpatienter och svårare trauman (olycksfall).

Vuxna med särskilda behov är ett område där kunskapsunderlaget hela tiden förändras i takt med att nya medicinska behandlingar tas i bruk och vetenskapen utvecklas. Det är därför viktigt att även detta ersättningssystem kontinuerligt ses över. Att denna översyn görs av en och samma myndighet som för det generella tandvårdsstödet ger

goda förutsättningar till att en ändring i det selektiva stödet även omhändertas i det generella och vice versa.

Systemet med tandhälsoplan kan identifiera patienter med behov av selektivt stöd

Ett tredje exempel på samordningsfördelarna med ett gemensamt system för både generellt och selektivt tandvårdsstöd är att stöden kan bygga på samma grundprinciper och en undersökning inom tandhälsoplan kan utgöra grund för prövning av selektivt stöd. Patientavgifter inom det selektiva stödet kan räknas in i skyddet mot höga kostnader i det generella statliga stödet för sådan tandvård som inte ingår i det selektiva stödet.

I ett gemensamt system säkerställs att patienten ges korrekt stöd eftersom patientens beslut om selektivt stöd kan framgå i Försäkringskassans IT-system oavsett vilken vårdgivare patienten väljer att anlita. Systemet kan validera och därigenom säkerställa att generellt stöd inte ges för behandling där selektivt stöd finns beviljat. På sikt bör även tandvårdens olika journalsystem kunna skapa en funktion där journalsystemet signalerar att behandlaren bör initiera en prövning för selektivt stöd i det fall patienten vid riskbedömning för tandhälsoplan i anamnestagningen uppger vissa hälsouppgifter som samstämmer med kriterier för selektivt stöd.

Ett gemensamt system för generellt och selektivt stöd minskar risken för felaktiga utbetalningar och fusk

Ytterligare ett exempel är de förbättrade förutsättningarna för att motverka felaktiga utbetalningar och fusk. Försäkringskassans system har i dag valideringsregler inbyggda som såväl stödjer användaren att göra rätt och som begränsar möjligheten att tillämpa regelverket fel. Detta blir av avgörande betydelse även för tillämpning och kontroll av det selektiva tandvårdsstödet tillsammans med en programmering som digitalt varnar Försäkringskassan om en vårdgivare inte följer de uppsatta reglerna eller avviker ifrån ett normalt registreringsmönster. Detta minimerar även risken för att dubbel ersättning ges till vårdgivaren för samma behandling.

Försäkringskassan har ytterst en möjlighet att avansluta vårdgivare som missköter sig, något regionerna i dag inte kan i och med dagens regelverk kring patientens fria val av vårdgivare.[46]

Genom att vidareutveckla Försäkringskassans befintliga digitala infrastruktur, förenklas också vårdgivarnas administration för prövning och ersättning. För mindre regioner kan det vara kostsamt att utveckla och driva ett IT-system för administration, debitering och kontroll. Tredjepartsfinansierade system ökar också risken att locka till sig oseriösa vårdgivare som vill utnyttja systemet.

Bättre förutsättningar för tandvårdens kunskapsförsörjning och allmänhetens kännedom om tandvårdssystemet

Ytterligare ett exempel handlar om förutsättningarna för tandvårdens professioner att ha aktuell kunskap om de olika tandvårdsstöden. I dag är kunskapen om de regionala särskilda tandvårdsstöden generellt sett låg hos tandvårdens behandlare. Situationen försvåras också av att regionernas anvisningar om det selektiva stödets olika grupper delvis skiljer sig åt och hanteras olika samt att patientens tillhörighet till regionalt selektivt stöd inte syns i Försäkringskassans IT-system. Ett gemensamt system för generellt och selektivt stöd förbättrar möjligheten för behandlare att få en ökad förståelse för dess uppbyggnad genom att regelverken hålls samman och hanteras av samma myndigheter. Tandvårdsstödet blir ett sammanhållet styrande system med två delar, ett generellt och ett selektivt som nås på samma sätt. TLV kan, vid sidan av det av utredningen föreslagna bemyndigandet att utge föreskrifter för selektivt stöd, genom sitt kunskapsstöd KUSP förmedla handboksexempel samt övrig mer lättillgänglig text för att förtydliga för vårdgivaren och för behandlarna även det selektiva stödets tillämpning.

Ett sammanhållet tandvårdsstöd ger även bättre förutsättningar för en förståelse bland patienterna, närstående och befolkningen i stort. Behandlaren kan enklare ge information om ett sammanhållet stöd. Vid kontakt med Försäkringskassan kan myndigheten framgent stödja patienten med information om såväl generellt statligt tandvårdsstöd som selektivt stöd, i stället för att som i dag hänvisa vidare till respektive region. Genom brev alternativt genom förslaget

[46] 15 a § sjunde stycket tandvårdslagen (1985:125).

om tandvårdsinformation på Försäkringskassans Mina sidor kan patienten kommunicera även om ett ärende som rör tillhörighet till selektivt stöd. Försäkringskassan kan informera patienten om att det inkommit underlag inför en prövning kring selektivt tandvårdsstöd från tandvården eller från sjukvården/kommunala verksamheterna samt om något ytterligare krävs innan ärendet kan hanteras. Patienten har i ett statligt stöd även möjlighet att begära att ett beslut om subvention ska omprövas eller prövas i en högre instans.

Bättre förutsättningar för styrning, uppföljning, utveckling och forskning

Genom att föreslå att det selektiva tandvårdsstödet till övervägande del övergår till att bli en del av det statliga tandvårdsstödet förbättras möjligheterna att skapa ett nationellt jämlikt system, likväl förbättras förutsättningarna till styrning, uppföljning, utveckling och forskning. Genom ett sammanhållet tandhälsoregister kan tandhälsan kontinuerligt följas upp och både kriterier och anslag för såväl det generella som det selektiva statliga tandvårdsstödet kan justeras vid behov när ny kunskap eller nya nationella riktlinjer tillkommer. I dag finns data kring utförd tandvård för majoriteten av den vuxna befolkningen, samtidigt som kunskapen kring vilken tandvård som ges till personer med särskilda behov är sämre. För att förbättra kunskapen om vilken tandvård som ges till olika patientgrupper samt möjliggöra forskning som kan utveckla tandvården ytterligare behövs datauppgifter, uppgifter som med automatik samlas in genom ett statligt selektivt tandvårdsstöd. Förutsättningar för att samordna statistik och epidemiologi förbättras därmed genom ett selektivt stöd i statlig regi.

Bättre förutsättningar för privata vårdgivare bidrar till en mindre uppdelad tandvårdsmarknad

Utredningen bedömer att ett statligt selektivt stöd kommer innebära att fler privata vårdgivare kommer att utföra tandvård till patienter med särskilda behov. Utredningen har i kapitlet 7 redovisat sin uppfattning att regionernas särskilda ansvar och ersättningsmodeller för vissa patientgrupper i kombination med det statliga tandvårdsstödets konstruktion har lett till en tydlig uppdelning av tandvårds-

marknaden mellan offentliga och privata vårdgivare. Med ett statligt selektivt stöd skapas enligt utredningen bättre incitament för de privata vårdgivarna att utföra tandvård till personer med särskilda behov, vilket också i förlängningen kan innebära att folktandvårdens förutsättningar att bedriva allmäntandvård ökar. En jämnare fördelning av olika patientgrupper mellan privata och offentliga vårdgivare på tandvårdsmarknaden är enligt utredningen positivt såväl ur ett resurseffektivitets- som ett konkurrensperspektiv.

10.5.2 Bedömning av möjliga nackdelar med förslaget

Vid de konferenser som tidigare nämnts med företrädare för tandvården med flera lyftes bland annat följande fördelar med ett regionalt system: ”De fördelar som finns med en prövning på regional nivå inom de 21 regionerna är enligt deltagarna en lokal och regional samverkan med exempelvis sjukvården. En bättre möjlighet till samverkan med hälso- och sjukvården lyfts av flertalet deltagare som menar att det blir lättare om prövningen ligger på regional nivå. En prövning på regional nivå blir inte bara bättre anpassad till patientens behov utan ger också möjlighet till lokala anpassningar. Det finns en koppling mellan tandvårdsbehoven och behoven av sjukvård. Förslag gavs även att staten håller i ekonomin och regionerna hanterar prövningarna.” Samstämmigheten i grupperna var vid denna fråga inte lika hög.; 7 grupper var helt överens, 5 grupper delvis överens och en grupp inte alls överens.[47]

Utredningen har även övervägt vilka nackdelar det skulle kunna innebära att ersätta huvuddelen av de regionala särskilda tandvårdsstöden med ett statligt selektivt stöd. Nedan redovisas några sådana möjliga nackdelar.

Vårdutbudet kan inte anpassas till regionens förutsättningar

En fördel med ett regionalt selektivt tandvårdsstöd är att en region har möjlighet att under vissa förutsättningar ge sin befolkning mer än vad som framgår av den föreslagna lagstiftningen. I en viss region kan tillgången till specifik kunskap eller specialistkompetens vara

[47] Gullers Grupp, *Workshops om jämlik tandhälsa – En sammanställning av workshops om jämlik tandhälsa 2019.*

särskilt god, samarbetet med den övriga hälso- och sjukvården organiserad på ett visst sätt eller den politiska ambitionsnivån på tandvårdsområdet sådan att regionen vill erbjuda ett annat vårdutbud än övriga regioner. Att anpassa vårdutbudet till de lokala eller regionala förutsättningarna är helt i enlighet med syftet med den kommunala självstyrelsen och en statlig reglering kan därmed försvåra en sådan anpassning. Regionen har att förhålla sig till den kommunala likställighetsprincipen som innebär att medlemmar i en kommun eller region i samma situation ska behandlas lika. Det är således inte tillåtet att särbehandla vissa medlemmar i regionen, eller grupper av medlemmar i regionen, annat än på objektiv grund om det finns sakliga och motiverade skäl för särbehandlingen.[48] Försäkringskassan utgår endast ifrån lagstiftningen i sitt beslutsfattande.

Patientavgifterna kommer inte längre utgöra underlag för beräkning av öppenvårdens högkostnadsskydd

En annan nackdel rör de patienter som i dag får selektivt tandvårdsstöd i öppenvårdens högkostnadsskydd och som även behöver öppenvård inom hälso- och sjukvården. Utredningen uppskattar att det främst avser patienter som i dag får regionalt stöd till tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning och som såväl besöker öppenvården för sin kroniska sjukdom som tandvården. Detsamma kan gälla patienter inom nödvändig tandvård. Det gäller dock inte de patienter som i dag får nödvändig tandvård inom särskilt boende eller sjukhusanknuten hemsjukvård och som vanligen inte har kostnader inom öppenvårdens högkostnadsskydd för sin sjukvård. Patienter som i dag har tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling behöver vanligen även annan tandvård som utförs inom det generella tandvårdsstödet.

Viss tandvård beslutas av hälso- och sjukvården och kan därför inte hanteras av ett statligt system

Det finns tandvård vars beslut inte kan hanteras av Försäkringskassan eftersom beslutet redan fattats av hälso- och sjukvården. Det rör sådan behandling som utförs på grund av ett medicinskt beslut,

[48] 2 kap. 3 § kommunallagen (2017:725).

som en del av sjukvårdens behandling av en allmänsjukdom eller ett tillstånd. Det kan vara en person som efter en olycka omhändertas vid ett akutsjukhus och som samtidigt får käkkirurgi för sin käkfraktur tillsammans med övrig sjukvård för att rehabilitera patienten. Eller en person med cancer i huvud eller halsregionen som inför strålning behöver en infektionsfri munhåla samt slemhinnevård på grund av strålningen. Det kan även vara fall där hälso- och sjukvården bedömer att personen behöver medicinsk sjukvårdsinsats för att kunna få sin tandvård utförd, såsom narkos eller medicinsk övervakning på grund av sitt allmänmedicinska tillstånd. Trots utredningens ambition om ett sammanhållet stöd i statlig regi kommer således viss tandvård kvarstå inom regional hantering, vilket kan ses som en nackdel. Det rör sig dock om en liten andel av patienterna inom tandvården under ett år (1 procent) och gäller tandvårdsbehandling som bedöms nödvändig av hälso- och sjukvården som en del av en sjukvårdsbehandling, eller en sjukvårdsbehandling som av medicinska skäl behövs för att en tandvårdsbehandling ska kunna genomföras. I båda fallen är det sjukvården som beslutar om behandling och det är därför naturligt att sådan behandling utförs inom högkostnadsskyddet för öppenvård.

Sämre förutsättningar för regionerna att nyttja utvecklad kompetens för bedömning av tandvårdspatienter

En nackdel med förslaget om statlig prövning inom ett statligt tandvårdsstöd kan vara att den kompetens som regionerna byggt upp inte längre fullt ut nyttjas för bedömning av patienters tillhörighet till särskilt stöd för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning och vårdplan inom särskilt stöd som ett led i en sjukdomsbehandling. Utredningens förslag innebär att flertalet patienter inom stödet för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling kvarstår i regionens regi. Genom ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården, se vidare avsnitt 10.10, skattas antalet patienter som årligen får regionalt tandvårdsstöd motsvara en procent av alla vuxna patienter i tandvården som får viss av sin tandvård utförd i regionens stöd, exempelvis en sömnapnéskena. Det blir således upp till regionerna att bygga den organisation kring dessa patienter som de finner lämplig.

De kommunikationskanaler och rutiner mellan sjukvård och tandvård som byggts upp under åren är inte heller beroende av vårdgivarens tillhörighet, eller tillämpligt ersättningssystem, utan beror på att man har patienter där sjukvård och tandvård är beroende av varandras kompetens. Detta samarbete bedömer utredningen inte kommer förändras eftersom kompetensen är oförändrad.

Förslaget kräver resursförstärkningar till Försäkringskassan

Försäkringskassan kommer att behöva utöka sin personal för att omhänderta prövning av patienter med särskilda behov. Flertalet patienter bedömer utredningen kan hanteras genom IT-systemets automatiska validering. Vissa fall kommer att prövas av handläggare, en mindre andel kan även behöva utföras av personal med odontologisk kompetens. För en del patienter inom selektivt stöd för viss behandling behövs odontologisk kompetens för att kontrollera att patienten har ett odontologiskt tillstånd som omfattas av stödet. Däremot kan handläggare utan odontologisk utbildning kontrollera att de åtgärder som prövas för att behandla patienten omfattas av det aktuella tillståndet eftersom det framgår av de detaljerade föreskrifter som ska tas fram. Utredningen bedömer därmed att det totala antalet personer med odontologisk kunskap som administrerar prövningar nationellt kommer att vara färre jämfört med det sammantagna antalet i regionerna i dag med anledning av utredningens förslag. Men där Försäkringskassan behöver ytterligare resurser finns det en risk att svårigheter uppstår i att rekrytera personer med relevant kompetens. Även om det selektiva stödet omfattar en liten del av den tandvård som utförs (5 procent), är det väsentligt att Försäkringskassan har resurser för att efterhandskontrollera tandvård inom selektivt stöd som inte bedöms i förväg. I en mindre region kan det vara enklare att ha kontroll över det fåtal vårdgivare som hanterar patienter inom ett selektivt stöd medan det för stora regioner, liksom för Försäkringskassan, krävs andra instrument för att hitta de vårdgivare som inte hanterar stödet så som det är avsett.

10.5.3 Sammanvägd bedömning avseende ett förändrat huvudmannaskap

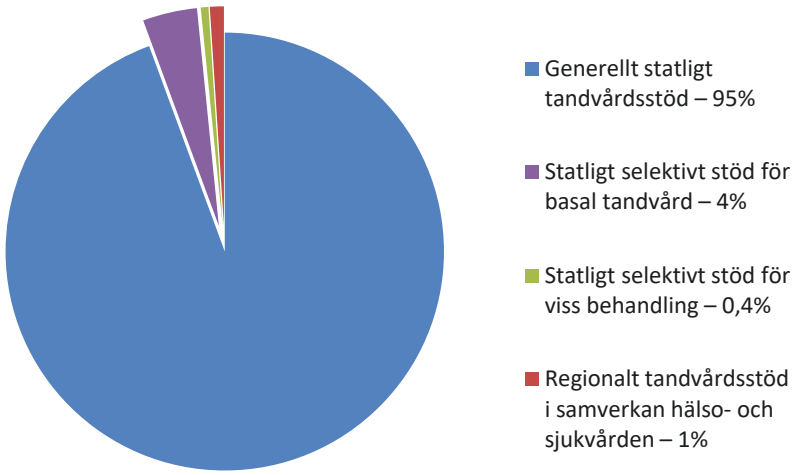
Det är utredningens sammanvägda bedömning att ett nytt statligt selektivt stöd ger avsevärt bättre förutsättningar för att nå målsättningarna om ett mer jämlikt, resurseffektivt och förutsägbart system. Utredningen föreslår därför att det statliga tandvårdsstödet även ska omfatta ett selektivt stöd till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Det selektiva stödet ska bestå av ett stöd för basal tandvård under lång tid och ett stöd för viss behandling under viss tid. Vid införandet av det statliga selektiva stödet ska dagens särskilda tandvårdsstöd i regional regi upphöra. Det nya stödets utformning, inriktning och omfattning samt vilka nuvarande stöd som föreslås upphöra, framgår av kommande avsnitt i kapitlet.

Utredningen vill understryka att regionernas ansvar för att planera tandvården i regionen med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård med utredningens förslag kvarstår som tidigare.[49]

Det finns viss behandling inom dagens regionala särskilda tandvårdsstöd som inte lämpar sig att överföras till det statliga tandvårdsstödet. En statlig myndighet kan inte överpröva ett medicinskt vårdbeslut som redan fattats av hälso- och sjukvården som en del av patientens medicinska vårdplan eller på grund av patientens medicinska behov. För dessa patient skapas ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården.

[49] 8 § tandvårdslagen (1985:125).

Figur 10.3 Patienternas fördelning inom det föreslagna tandvårdssystemet



Källa: Egna beräkningar.

Att överföra ersättningsansvaret för en stor del av patienter med särskilda behov från regionerna till staten är förvisso en omfattande reform, men det avser en liten del av tandvårdens totala antal patienter. Det statliga tandvårdsstödet omfattar övervägande del av all tandvårdskonsumtion och tillförs nu ytterligare patienter. Organisatoriska och strukturella förändringar av detta slag kan riskera att ta ökade resurser i anspråk som kan påverka den kliniska vardagen. Detta bedöms dock vara under en kortare infasningsperiod, därefter överväger fördelarna.

Det kan även vara svårt att tillfullo ta tillvara den kompetens och de erfarenheter som regionerna under många år byggt upp på området. Utredningen ser dock att den totala administrationen kring selektivt stöd nationellt kan minskas genom förslaget som innebär att ett nationellt regelverk och anvisningar tas fram, samt ett IT-system programmeras. Ett system där prövningar granskas, beslutas och utbetalningar görs på nationell nivå i stället för av 21 olika regioner.

10.5.4 Myndigheternas ansvar för utveckling, reglering och administration

Bedömning: 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. En särskild genomförandeorganisation inom Regeringskansliet bör övervägas.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen bedömer att införande av ett selektivt tandvårdsstöd inom det statliga tandvårdsstödet förutsätter ett flerårigt utvecklings- och förberedelsearbete där olika myndigheter ges ansvar för olika delar och uppgifter. De myndigheter som främst berörs är TLV, Försäkringskassan och Socialstyrelsen.

TLV bör ges i uppdrag att föreskriva och därefter löpande besluta om närmare villkor för statligt selektivt tandvårdsstöd i likhet med motsvarande hantering av det generella tandvårdsstödet. För förslag till ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, se kapitel 1.

Försäkringskassan bör ges i uppdrag att utveckla nuvarande IT-system till att även omfatta statligt selektivt tandvårdsstöd. Försäkringskassan bör även ges i uppdrag att ta fram intygsblanketter samt besluta om patientens tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd och eventuella förhandsprövningar av vissa omfattande behandlingar.

Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att kontinuerligt följa upp och, om det bedöms motiverat, till regeringen redovisa underlag för beslut om förändringar avseende vilka patientgrupper som bör omfattas eller andra behov av förtydliganden. Socialstyrelsen bör även anpassa tandhälsoregistret för att möjliggöra inrapportering av sådan tandvård som tidigare inte omfattats.

Utredningen bedömer att bestämmelser om det nya selektiva statliga stödet bör träda i kraft samtidigt som övriga föreslagna reformer, däribland riskbedömning, tandhälsoplan och information på Mina Sidor. Vidare är det utredningens bedömning att myndigheter-

nas arbete kommer att ta cirka tre år. Utredningen föreslår att uppdragen bedrivs i den ordning och med den parallellitet som framgår av figuren i avsnitt 9.2.6. Remissbehandling, utformning av lagrådsremiss och proposition samt riksdagsbehandling beräknas ta minst ett år. Om uppdragen till myndigheterna ska lämnas efter riksdagsbehandlingen, innebär det att reformerna kan träda i kraft först i januari 2026. Därför föreslår utredningen ikraftträdande av lagstiftning för samtliga reformer den 15 januari 2026. Om regeringen gör bedömningen att myndigheterna och/eller en särskild genomförandeorganisation inom Regeringskansliet kan påbörja arbetet parallellt med lagstiftnings- och propositionsarbetet, kan ikraftträdandet tidigareläggas med uppskattningsvis ett år, det vill säga till januari 2025.

I kapitel 12 redovisar utredningen sin bedömning att utvecklingskostnaderna för samtliga reformer kommer att uppgå till cirka 150 miljoner fördelat under en treårsperiod samt att de permanenta kostnaderna för berörda myndigheter kommer att uppgå till cirka 60 miljoner kronor per år. Huvuddelen av dessa resurser, uppskattningsvis 130 miljoner kronor (utveckling) respektive 50 miljoner kronor (permanent), bör tillföras Försäkringskassan.

Övergångsperiod från regionalt till statligt stöd

För att minska den sammantagna administrativa bördan vid införandet av det nya selektiva stödet bedömer utredningen att det behövs en period med övergångsregler där patienter som i dag omfattas av regionernas mer långvariga särskilda tandvårdsstöd inte behöver genomföra en prövning för tillhörighet till det nya statliga selektiva stödet direkt vid ikraftträdandet, utan automatiskt ges tillhörighet till stöd för basal tandvård under en period om tre år, respektive tills vidare. Av de 195 700 patienter som beräknas ha regionalt särskilt tandvårdsstöd stöd år 2026 och som föreslås flyttas till ett statligt selektivt stöd motsvarar de som har ett mer långvarigt stöd 90 procent av alla patienter, vilket medför en stor administrativ besparing om dessa ej prövas vid övergången. För patienter som behöver visstidsstöd behandlas de med en tillstyrkt förhandsbedömning färdigt inom det regionala stödet och endast nya patienter prövas vid Försäkringskassan i stället för hos regionen. Se vidare om övergångsregler i kapitel 13. Resterande patienter som fått regionalt särskilt stöd kom-

mer fortsättningsvis att kunna få stöd inom regionernas tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården.

Försäkringskassans prövningar av tillhörighet till selektivt stöd samt förhandsprövningar av viss behandling

Basal tandvård under lång tid

Utredningen bedömer att prövningar för selektivt stöd för basal tandvård under lång tid i normalfallet blir enkla kontroller av om intyg från berörda parter uppfyller ställda kriterier för tillhörighet. Uppgiften bör vara möjlig att i de flesta fall automatiskt hanteras av IT-systemet, men i vissa fall kan behov finnas av kompletterande hantering av administrativ personal utan särskild odontologisk kunskap.

I de fall det är kommunal verksamhet som intygar ett omfattande vård- och omsorgsbehov via Försäkringskassans IT-system är detta tillräckligt för beslut om tillhörighet till det selektiva stödet för patienten. Administrationen utgörs företrädelsevis av att kommunicera beslut till patienten och införa patientens tillhörighet i IT-systemet så att vårdgivare som behandlar patienten kan ta del informationen.

Om tandvården upptäcker ett behov hos patienten och det inte finns något beslut om tillhörighet, initierar tandvården i stället processen genom att undersöka och bedöma om patienten uppfyller kriterierna för väsentligt försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling. När denna bedömning inkommer via IT-systemet till Försäkringskassan startas ett ärende hos myndigheten och kommunikation sker mot patienten att denne antingen behöver få ett intyg om omfattande vård- och omsorgsbehov ifrån kommunal verksamhet, alternativt ett intyg om allmänmedicinsk sjukdom eller tillstånd ifrån hälso- och sjukvården med bedömning om nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion. När detta kompletterande intyg inkommer kan prövning utföras och tillhörighet utfärdas under förutsättning att kriterierna är uppfyllda. Inkommer ingen komplettering skickas en påminnelse ut och efter en tid avskrivs ärendet. I det fall ett kompletterande intyg inkommer senare kan Försäkringskassan åter öppna ärendet och därefter fatta ett tilldelningsbeslut.

Om hälso- och sjukvården initierar processen genom att elektroniskt skicka in ett intyg om en patient som på grund av viss allmänmedicinsk sjukdom, alternativt medfött eller förvärvat tillstånd, har en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion utför Försäkringskassan samma procedur som i stycket ovan. De öppnar ett ärende och skickar ut information via Mina sidor, eller brev, till patienten om att komplettering krävs från tandvården för att tillhörighet ska kunna tillstyrkas.

Uppskattningsvis 140 000 personer beräknas beröras av stödet på grund av omfattande vård- och omsorgsbehov och 35 000 personer av stödet på grund av nedsatt funktion med anledning av allmänsjukdom eller tillstånd.

Enligt utredningens förslag kan förhandsprövning av viss behandling behövas inom detta stöd, exempelvis vid fast protetik eller vid behov av utökad användning av åtgärder för undersökning, förebyggande vård eller sjukdomsbehandling än vad som regelverket medger efter riskbedömning. Utredningens bedömning är att sådan förhandsprövning endast kommer efterfrågas för ett begränsat antal patienter.

Viss behandling under viss tid

Utredningen bedömer att prövningar för selektivt stöd för viss behandling under viss tid kommer att behöva hanteras av personal vid Försäkringskassan. Av de cirka 19 000 patienter som utredningen bedömer kommer att prövas för stödet årligen beräknas dock en betydande del kunna hanteras av administrativ personal utan särskild odontologisk kunskap. För vissa av delgrupperna i stödet innebär prövningen exempelvis att kontrollera att intyg från hälso- och sjukvården vidimerar den sjukdom som regelverket ställer som villkor för att tillhöra stödet eller att kontrollera att objektiva villkor är uppfyllda för att patienten ska omfattas. För cirka 4 500 patienter bedömer utredningen att ett detaljerat behandlingsförslag förhandsprövas av Försäkringskassan. Det gäller främst patienter i grupp 1, 2 och några i grupp 3 inom stödet för viss behandling (för grupper, se avsnitt 10.8.1). För övriga gäller prövningen endast tillhörighet till stödet. När den är beslutad kan behandlaren tillämpa de åtgärder som är ersättningsberättigande för det aktuella tillståndet.

Tillvägagångssätt för att minimera fusk och felaktiga utbetalningar

Bedömning: Försäkringskassan bör ges i uppdrag att efterhandskontrollera inrapporterad tandvård i syfte 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.

Överutnyttjande av selektivt stöd motverkas genom detaljerat regelverk med villkor och andra kriterier för tillämpning samt genom att dessa kan valideras i IT-systemet.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen har givits uppdraget att särskilt analysera och redovisa konsekvenserna för kostnadskontrollen av utförd vård med syftet att minimera fusk och felaktiga utbetalningar. Utredningen ser att förutsättningarna för att hantera detta är goda givet förslaget att Försäkringskassan hanterar det statliga selektiva tandvårdsstödet i samma IT-system som det generella tandvårdsstödet och eftersom stödet ska bygga vidare på befintligt regelverk med tillstånd och tillhörande åtgärder. Skälen för detta är följande:

Försäkringskassan har under de dryga tio år som de hanterat det generella statliga tandvårdsstödet byggt upp ett IT-system som genom automatisk validering säkerställer att en inmatad variabel stämmer med regelverket där så är möjligt. Valideringen hjälper vårdgivaren att registrera korrekt där vårdgivaren börjar med ett tillämpligt tillstånd som patienten har för att därefter se vilka behandlingar som är möjliga att utföra. Validering kan även tillämpas för att tillse att selektivt stöd inte kan användas om tillhörighet för patienten inte finns. Har patienten fått ett beslut om tillhörighet till selektivt stöd avseende viss behandling kan IT-systemet reglera att endast tillhörande tandvårdsåtgärder kan utföras inom selektivt stöd. Annan behövlig tandvårdsbehandling får utföras inom det generella tandvårdsstödet. Validering kräver ett detaljerat regelverk med tillstånd, villkor och tillhörande åtgärder för behandling, vilket utredningen ser att TLV bör få till uppgift att ta fram.

I dagens tandvårdssystem förekommer det att regionerna och Försäkringskassan samverkar i syfte att motverka att dubbel subvention till vårdgivaren ges för samma behandling, särskilt gällande mer kostsamma behandlingar. Genom att tandvården hanteras i ett och samma IT-system i utredningens förslag minimeras denna risk avsevärt.

Utredningen bedömer att Försäkringskassan framgent kommer att kunna hantera det selektiva tandvårdsstödet på samma sätt som dagens efterhandskontroller av utförd tandvård inom det generella tandvårdsstödet. Genom att tolka datamängderna kan vårdgivare som uppvisar ett ovanligt behandlingspanorama eller ovanligt registreringsflöde hittas och kontrolleras. Efterhandskontroll behöver dock inte ske av sådan behandling som i stället förhandsprövats. Tandvård som är särskilt kostsam, framför allt fast protetik bedöms kräva en särskild förhandsprövning som ska beviljas innan den utförs. Det innebär att endast de protetiska åtgärder som prövats kan inrapporteras och ge vårdgivaren ersättning.

Den tidigare 65-plusreformen[50], som föregick det nuvarande generella tandvårdsstödet, var komplicerad för Försäkringskassan att hantera praktiskt. Regelverket krävde att behandlingarna förhandsprövades, men normeringen av vad som skulle räknas som nödvändig behandling var inte tillräckligt tydlig och tog inte ställning till om behandlingen var kostnadseffektiv.[51] I stort sett varje begäran om omprövning vid beslut om avslag genererade därefter ett positivt bifall och behandlingen kunde utföras. Ett skäl till att utredningen ser att denna risk är mindre med föreslaget system är att 65-plusreformen endast byggde på behandlingsåtgärder och regelverket omfattade inga tillstånd och villkor att förhålla sig till. Med föreslaget system ska vårdgivaren exempelvis genom foto eller befintlig röntgen visa att patienten har en missbildning som uppfyller i föreskrifter ställda krav på omfattning.

I dag rapporterar regioner att risken för överutnyttjande av regionens särskilda tandvårdsstöd är hög och att det kan vara svårt för regionen att hantera. Region Stockholm som har den högsta kostnaden per patient för nödvändig tandvård redovisar i en nyligen publicerad rapport om stödet att det finns god tillgång till vårdgivare i Stockholms län, vilket kan leda till brister i samverkan och att

[50] Ett särskilt högkostnadsskydd avseende protetik för personer som under året fyller 65 år eller mer, gällde fram till juli 2008.
[51] Riksrevisionen, *Tandvårdsstöd för äldre,* RiR 2006:9.

patientens individuella behandlingsplan inte kan följas när flera olika vårdgivare behandlar en och samma patient. Följsamheten till regelverket bedöms även kunna förbättras.[52]

Tillvägagångssätt för att begränsa ett överutnyttjande av det tandvårdsstöd som utredningen föreslår kan, förutom att tillämpa efterhandskontroller, vara att revisionsundersökning enligt förslaget om tandhälsoplan ges med ett intervall som är befogat givet patientens risk för odontologisk ohälsa, likaså förebyggande tandvård. Åtgärdsrestriktioner som begränsar hur olika åtgärder kan kombineras vid samma behandlingstillfälle eller antalet gånger vissa åtgärdskoder kan faktureras under en ersättningsperiod kan vara ändamålsenligt. Andra sätt kan vara att kräva viss dokumentation för att visa att tillståndet är uppfyllt, exempelvis genom befintlig röntgenbild eller med foto.

Försäkringskassans sanktionsmöjligheter vid bristande efterlevnad av utredningens förslag

Utredningens bedömning är att risken att vårdgivare inte initierar en prövning om denne upptäcker att patienten har ett behov av selektivt stöd är liten. Stödet kommer att vara integrerat i det övriga statliga stödet och synas i den dagliga tillämpningen på tandvårdsmottagningen via journalsystemet. Tandvårdens vårdgivare är måna om sina patienter och om att stödja dem på bästa sätt. Likaså erbjuds hög subvention för själva undersökningen genom förslaget om tandhälsoplan där behandlaren prövar stödets tillämplighet avseende patienten. Genom det selektiva stödet ges tandvårdens behandlare en bättre möjlighet att erbjuda behövlig tandvård utan risken att patienten av ekonomiska skäl tvingas avstå. Det behövs ingen detaljerad diskussion om behandlingskostnader utan mer en diskussion om antalet besök som krävs till patientavgift.

Det kan dock finnas ett litet antal vårdgivare som väljer att aktivt ignorera det selektiva stödet och i stället erbjuder tandvård inom den fria prissättningen. Det kan även finnas vårdgivare som inte håller sig a jour kring utvecklingen av tandvårdssystemet och de nya reglerna efter ikraftträdandet. Ytterst kan detta vara ett skäl till beslut om att anslutningen till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd

[52] Region Stockholm Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Slutrapport – Pilotstudie avseende granskning av nödvändig tandvård i Stockholms län,* 2020, HSN 2018-0259.

ska upphöra för en vårdgivare.[53] För att denna sanktion ska vara möjlig krävs att vårdgivaren allvarligt har åsidosatt bestämmelserna. Enligt förarbeten ska sanktionen vara tillämpbar när en vårdgivare systematiskt inte rapporterar in underlag alternativt allvarligt åsidosätter sina åtaganden gentemot patienterna. Åtgärden är dock ingripande och därför betonas att det endast ska komma ifråga om det rör sig om allvarligt åsidosättande av regelverket.[54]

Försäkringskassan har i dag även en möjlighet att kräva tillbaka utbetald ersättning när man vid en efterhandskontroll noterar att en behandling uppenbart är utförd i strid med vetenskap och beprövad erfarenhet. Försäkringskassan har även möjlighet att skicka signaler till IVO om vad de noterat vid kontrollen. Detta tillvägagångssätt kommer även att gälla för selektivt stöd.

Det bör även nämnas att kravet som ställs på vårdgivaren blir en skyldighet att pröva patienters tillhörighet där behandlaren ser ett behov av selektivt stöd. Efter att prövningen initierats och förmedlats till Försäkringskassan är det inte alltid givet att vårdgivaren har fortsatt möjlighet att hjälpa patienten med behövlig tandvård. Ett sådant scenario kan exempelvis vara en mindre vårdgivare som saknar anpassad lokal eller utrustning. Ytterst gäller dock ett förbud mot diskriminering i form av bristande tillgänglighet även inom hälso- och sjukvården.[55]

10.5.5 Hur det statliga tandvårdsstödet ska fungera för patienter i behov av selektivt stöd

Selektivt stöd ges efter en individuell prövning av patientens behov, ett förhandsförfarande som inte utförs inom skyddet mot höga kostnader inom det generella stödet. Först sedan prövning utförts av Försäkringskassan och patienten beviljats tillhörighet kan stödet tillämpas. Det finns dock ett undantag. Vid vissa specifika odontologiska tillstånd kan det vara komplicerat att göra bedömningen av om selektivt stöd bör ges, alternativt om patienten i stället bör omhändertas av hälso- och sjukvården eller av allmäntandvården inom det generella tandvårdsstödet. Under vissa förutsättningar som ska

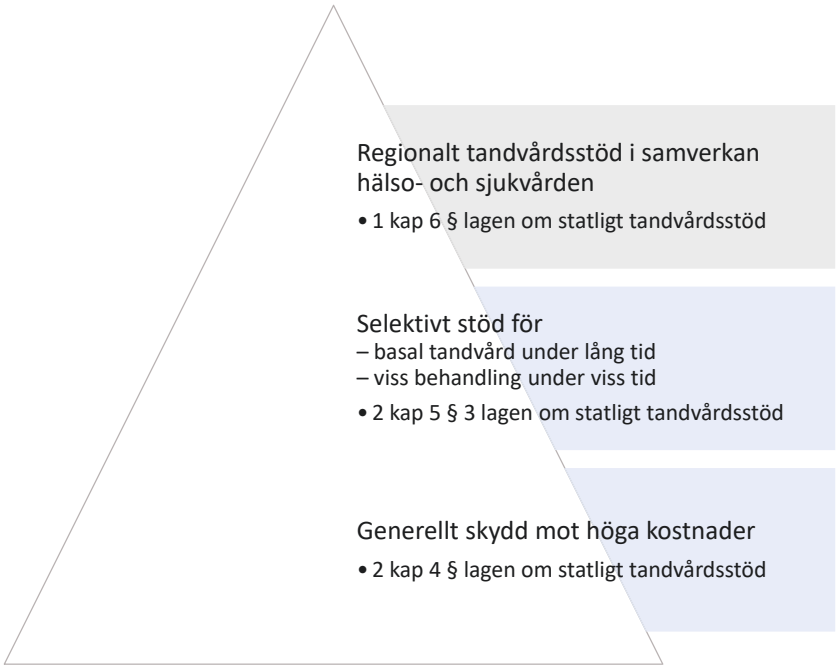
[53] 19 § första stycket 5 förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.
[54] Ds 2018:36 *Utökade möjligheter att avsluta tandvårdsgivare som misskött sig från det statliga tandvårdsstödet.*
[55] 1 kap 4 § 3 diskrimineringslagen (2008:657).

föreskrivas särskilt ska det därför vara möjligt att en specialist först undersöker patienten vid ett besök och att prövning om selektivt stöd utförs därefter. Detta specialistbesök ska ges till patientavgift inom selektivt stöd för att inte riskera att patienten av oro för en hög ekonomisk kostnad avstår från undersökningen. För mer detaljer om själva prövningen se avsnitt 10.8.2.

Utredningen föreslår att patienten ska betala en patientavgift vid varje tandvårdsbesök inom statligt selektivt tandvårdsstöd. Utredningens förslag är att avgiften ska vara 200 kronor per besök. Besöksavgiften kommer således vara densamma för besök inom tandhälsoplan som för besök inom selektivt stöd. Dessa båda patientavgifter föreslås även vara karensgrundande inom högkostnadsskyddet i det generella statliga tandvårdsstödet. På så sätt kommer patienten upp i karensnivå snabbare om ytterligare tandvård som inte ingår i det selektiva stödet behövs. För det selektiva stödet för basal tandvård under lång tid föreslår utredningen ett fast tak för totala patientavgifter inom stödet på 1 600 kronor under en ersättningsperiod. För patienter inom visstidsstödet är patientavgiften 200 kronor per besök, oavsett antalet besök under ersättningsperioden. Dessa patienter behöver vanligen annan tandvård inom det generella stödet eftersom det selektiva stödet endast är för viss behandling, det vill säga ett komplement till det generella stödet för viss tandvård som patienten får till låg kostnad. Dessutom bedömer utredningen att det är få fall inom visstidsstödet där en patient kommer upp till mer än åtta besök per ersättningsperiod. Däremot sträcker sig de mer omfattande behandlingarna vanligen över flera ersättningsperioder och ett tak skulle därmed inte göra någon skillnad.

Figur 10.4 Ordning vid tillämpning av olika tandvårdsstöd för vuxna

Figuren visar inbördes hierarki av tandvårdsstöden för vuxna. Om en patients behandling omfattas av regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvård ska det tillämpas, om behandlingen omfattas av selektivt stöd för basal tandvård eller för viss behandling ska det tillämpas före generellt stöd. Som grund för alla vuxna med socialförsäkringsförmåner finns skyddet mot höga kostnader



Exempel: En patient som omfattas av selektivt långvarigt stöd för basal tandvård kan för det fall en tandvårdsåtgärd behövs som inte ingår i detta stöd gå vidare neråt i pyramiden. Kan inte heller selektivt stöd för viss behandling tillämpas för att behandla patientens tillstånd finns skyddet mot höga kostnader.

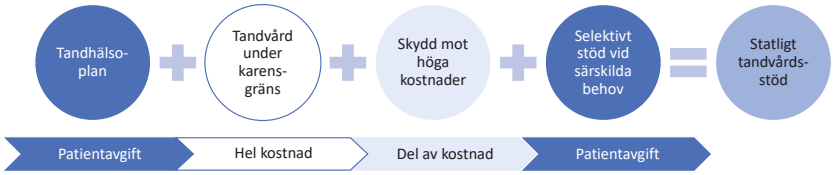
Om en patient kan få sin behandling utförd såväl inom statligt tandvårdsstöd som inom regionalt tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården ska det regionala stödet användas. När det finns ett medicinskt beslut på att samverkan med sjukvården behövs av patientsäkerhetsskäl är det väsentligt att det är där vården utförs. Om en patient omfattas av selektivt stöd tillämpas detta framför en behandling inom det generella statliga tandvårdsstödet.

Patienter som ges tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid får all den basala tandvården i detta stöd, vilket även inkluderar åtgärder motsvarande tandhälsoplan, se avsnitt 10.6.4.

En patient inom selektivt stöd har parallellt tillgång till generellt stöd. Det innebär att en patient med selektivt stöd för viss behandling vid ett och samma besök i tandvården samtidigt kan få en åtgärd utförd inom det generella stödet. En patient som har tillhörighet till långvarigt selektivt stöd för basal tandvård kan vilja ha annan behandling inom det generella stödet men även komma i behov av att få selektivt tandvårdsstöd för viss behandling. Stöden ska följaktligen kunna fungera parallellt med varandra och det är kostnadseffektivt att utföra olika behandlingar vid samma tillfälle för såväl patient som vårdgivare. Således kan exempelvis en patient inom selektivt stöd för viss behandling få vård för en slemhinneförändring och vid samma tillfälle få en tand lagad på grund av karies. För den ena behandlingen betalas en patientavgift, för den andra vårdgivarens pris för lagning med avdrag för eventuellt högkostnadsskydd inom det generella tandvårdsstödet.

Det kan förekomma att en patient kommer på ett besök inom tandhälsoplan och dessutom ska få en behandling inom selektivt stöd för viss behandling under viss tid. Det är två helt olika behandlingar som utförs och av olika skäl. I detta fall får patienten betala två patientavgifter det vill säga 400 kronor för sin totala behandling vid besöket.

Figur 10.5 Statliga tandvårdsstödets olika delar och patientens kostnad



Anmärkning: Alla patienter ges tandhälsoplan till patientavgift. En patient som behöver ytterligare tandvård och som inte har kommit upp i karens inom skyddet mot höga kostnader betalar hela kostnaden för tandvårdsbehandlingen.

Ersättningsperioden inom det statliga tandvårdsstödet blir gemensam för såväl skyddet mot höga kostnader som för de selektiva stöden och ska även fortsättningsvis vara ett år. Perioden kan igångsättas genom rapportering av slutförd åtgärd inom det generella stödet, en tandhälsoplansåtgärd eller av en åtgärd inom det selektiva stödet. Möjligheten för vårdgivaren att på patientens begäran påbörja en ny period innan den pågående har gått ut kommer således att finnas

även för selektivt stöd. Detta blir en förbättrad möjlighet för patienter i det fall många besök planeras under ett skede då de tidigare riskerat att hamna i två olika fasta högkostnadsperioder.

Inom det generella statliga tandvårdsstödet kan stöd ges för tandvård som patienten behöver och som syftar till att åstadkomma ett utseendemässigt godtagbart resultat. Inom dagens regionala särskilda stöd har fokus i huvudsak varit att åstadkomma en förmåga att äta eller tala, eller motverka infektioner, smärta och obehag. Estetik har dock i viss mån varit en faktor vid behandling av medfödda missbildningar. Utredningen anser att förutsättningarna för att inkludera behandling för att tillgodose estetiska behov inom ett selektivt stöd behöver omgärdas av tydliga regler där indikationerna ska vara strikta och endast omfatta grava fall vid vissa tillstånd. Även patienter inom det selektiva stödet har möjligheten att få tandvård inom det generella statliga stödet med högkostnadsskydd i de fall behandling inom i det selektiva stödet inte uppfyller patientens krav på ett utseendemässigt godtagbart resultat.

Utredningen föreslår att regler för när en behandling görs om på nytt, så kallade omgörningsregler, ska gälla inom selektivt statligt stöd, på motsvarande sätt som det i dag fungerar inom generellt statligt stöd. Detta innebär att ny tandvårdsersättning inte lämnas från stödet inom viss bestämd tid vid fast, eller avtagbar, protetik om inget reglerat undantag gäller. Reglerade undantag kan exempelvis vara yttre våld på konstruktionen eller att protesen förlorats och att detta har ett samband med sjukdom hos patienten. Tanken med omgörningsregler är att vårdgivaren enligt huvudregeln ska täcka patientens kostnad för att göra om protetiken under garantitiden. Se dock behov av fortsatt utredning kring eventuell obligatorisk garanti i avsnitt 2.4.5.

I likhet med vad som föreslås i kapitel 9 avseende Försäkringskassans Mina Sidor, ska även information om selektivt stöd tillgängliggöras där. Det beslut som Försäkringskassan fattar om tillhörighet till selektivt stöd ska därmed finnas åtkomligt via Mina sidor, vid sidan av tandhälsoplan. Patienter inom basal tandvård under lång tid får sin tandhälsoplan inom det selektiva stödet och planen ska även vara anpassad för att vid behov ge vård- och omsorgspersonal, alternativt närstående, stöd i den munhygien som patienten behöver och som i dag förmedlas via munvårdskort. Vidare bedömer utredningen att kravet om skriftlig behandlingsplan även bör finnas vid mer om-

fattande behandling inom det selektiva stödet för viss behandling, men inte inom det selektiva stödet för basal tandvård. Inte heller bör krav om skriftlig prisuppgift finnas för de selektiva stöden.

10.5.6 Patienter som är 85 år och äldre ska omfattas av samma regler om patientavgift inom selektivt stöd

Förslag: Patienter som är 85 år och äldre ska omfattas av samma patientavgift som övriga patienter inom selektivt stöd.

Skälen för utredningens förslag: De som är 85 år och äldre får sedan år 2017 öppen hälso- och sjukvård utan patientavgift, vilket även kom att omfatta den tandvård som ges inom regionens särskilda tandvårdsstöd. I utredningen som föregick införandet av fri hälso- och sjukvård för dessa äldre lyfts behovet av att förebygga akuta inläggningar i slutenvård och att förslaget kan styra de äldre till den öppna hälso- och sjukvården för att ge tidiga och förebyggande insatser till en avsevärt lägre kostnad. I budgetpropositionen lyfts förslagets syfte att, förutom att styra vårdkonsumtionen vad gäller slutenvård, även generellt förbättra hälsan hos de som är 85 år och äldre samt att tydliggöra att regionernas tandvårdsstöd omfattas. Utredningen ser dock inte att det finns skäl att därutöver subventionera patientavgiften till de personer som föreslås omfattas av statligt selektivt stöd. Skälet som lyfts i förarbetena har inte samma giltighet för tandvården. Selektivt stöd innebär redan en avsevärd subvention jämfört med övrig tandvård och det kan inte anses jämlikt att till fullo subventionera tandvårdskostnaden för de som har selektivt stöd givet att det finns en stor andel 85 år och äldre som i stället ingår i det statliga generella tandvårdsstödet med högre grad av självfinansiering. Statistik för år 2018 visar att fyra av fem av de som var 85 år och äldre fick tandvård inom det statliga generella tandvårdsstödet.[56]

[56] Utredningen har inte haft möjlighet att jämföra om samma individ kan finnas i såväl selektivt stöd som statligt stöd men uppskattar det till en liten andel. Statistik är från tandhälsoregistret avseende nödvändig tandvård och långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning och från Försäkringskassan.

10.5.7 Bättre förutsättningar för att ett selektivt tandvårdsstöd ska nå avsedda patienter

Bedömning: Den sammantagna effekten av ett statligt selektivt tandvårdsstöd med ett tydligt regelverk som omfattar tillstånd och tillhörande tandvårdsåtgärder, tillsammans med tandvårdens möjlighet att initiera en prövning hos Försäkringskassan om patientens tillhörighet till statligt selektivt tandvårdsstöd, bedöms ge bättre förutsättningar för att stödet ska nå avsedda patienter.

Det är väsentligt att de patienter som får tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd också är de personer som har särskilda behov av särskilda tandvårdsinsatser. Därför är kriterierna för tillhörighet av stor vikt. Övergripande kriterier för vilka patienter som ska omfattas av selektivt stöd fastställs i lag och närmare kriterier i förordning. Därtill föreslås att en myndighet ges i uppdrag att föreskriva om detaljerade tillstånd och därtill tillämpliga tandvårdsåtgärder, villkor och kriterier för att tydliggöra tillämpningen för tandvårdens behandlare, i likhet med hur det generella tandvårdsstödet är uppbyggt.

Utredningen ser även att det är av vikt att tandvården vid sidan av hälso- och sjukvården respektive de kommunala verksamheterna ges ett mandat att identifiera personer i behov av selektivt stöd för basal tandvård under lång tid. Det är tandvårdens behandlare som ser de odontologiska behoven och som träffar dessa patienter. Även för personer med behov av viss behandling under viss tid förbättras möjligheterna att få selektivt stöd, då remissen till specialisttandläkaren, som oftast är den som initierar prövningen, enligt förslaget kan komma såväl från tandvården som från sjukvården. Det är även i dessa fall vanligen tandvården som upptäcker det odontologiska behovet och dagens krav i flera regioner om att remissen måste inkomma från hälso- och sjukvården har försvårat för vissa patienter.

Vårdgivaren ska informera berörda patienter om möjlighet till selektivt stöd såsom en del av informationsansvaret enligt tandvårdslagen. Utredningen föreslår även en skyldighet för vårdgivaren att om vissa förutsättningar föreligger erbjuda patienten att initiera en prövning för selektivt stöd. Detta för att patienter som på grund av sin allmänmedicinska sjukdom, funktionsnedsättning, medfött eller förvärvat tillstånd har rätt till selektivt stöd också ska få det. Det innebär att tandvården ska vara insatt i tandvårdssystemet vilket ger

bättre förutsättningar än i dag att fler patienter med särskilda behov identifieras och gör stödet mera jämlikt. Utredningen föreslår dock att en mottagning som endast utför akuttandvård undantas från skyldigheten. I detta fall finns normalt ingen möjlighet att initiera en prövning, men givetvis får mottagningen göra detta. I annat fall kan akutmottagningen ordna en möjlighet för patienten för vidare utredning vid annan mottagning eller hos annan vårdgivare vid ett senare tillfälle. Se vidare under avsnitt 10.6.2 och 10.8.2.

För att säkerställa att det inte uppstår en jävsproblematik mellan patient och behandlare i tandvården är det dock väsentligt att en tredje part vidimerar ett behov av särskilt stöd i enlighet med satta kriterier. Tredjepartsidentifiering är av större vikt vid långvarigt selektivt stöd än vid selektivt stöd för viss behandling under viss tid. För det senare kan i stället fotografier, röntgen eller andra underlag vanligen vidimera det odontologiska tillståndet och behovet i likhet med hur det generella statliga stödet fungerar i dag.

Överklagande med mera

Bedömning: 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 viss behandling. Detta behöver inte regleras särskilt.

Beslut i ärenden om tandvårdsstöd hanterar inte primärt patientens möjlighet att få viss tandvård utförd, utan möjligheten att få statlig subvention. Tandvård kan även utföras utanför tandvårdsstödet, ytterst är det vårdgivaren som sätter gränsen av vad denne kan erbjuda inom patientsäkerhetslagens ramar. Ett ärende om subvention bör kunna ändras om något fel begåtts i handläggningen, omprövas, det vill säga beslutande instans Försäkringskassan ser över sin handläggning och prövar på nytt om förutsättningarna är uppfyllda enligt lagstiftningens kriterier. Omprövningsbeslutet kan överklagas till förvaltningsrätten.

Socialförsäkringsbalkens bestämmelser avseende ändring, omprövning och överklagande gäller för ärenden om tandvårdsstöd inom det statliga tandvårdsstödet i den mån annat inte följer av lagen om statligt tandvårdsstöd. I denna lag framgår exempelvis att vårdgivaren inte får överklaga vissa beslut i ärenden om förhandsprövning.[57]

Beslut får enligt den allmänna förvaltningsrättsliga regeln överklagas av den som ärendet angår. Beslutet ska ha gått personen emot och beslutet ska kunna överklagas.[58] Ytterst är det domstolens sak att avgöra om det finns ett beslut och om detta är överklagbart. Beslut som innebär myndighetsutövning får normalt sett överklagas. Härmed menas beslut i vilka Försäkringskassan bestämmer om förmåner, rättigheter, skyldigheter och andra jämförbara förhållanden.[59] Patienten är berättigad till ersättning, vårdgivaren är den som ersättningen betalas till. Beslut om ersättning kan därmed anses angå båda.

Ett beslut om tillhörighet om selektivt stöd är ett beslut som får en rättsverkan för den enskilde så till vida att denna får, eller inte får, möjlighet till en högre subvention av behövlig tandvård. Detta sker genom att Försäkringskassan prövar om patienten uppfyller villkoren för att vara försäkrad för det statliga tandvårdsstödet och därefter om patienten uppfyller villkoren för att få selektivt stöd som framgår av såväl lag, förordning och föreskrifter. Även ett sådant beslut bör således omfattas av rätten till överklagan. I dag kan patienten såväl överklaga ett beslut om förhandsprövning vid omgörning av en behandling och förhandsprövning av STB vilket är en prövning av om förutsättningar för STB, det vill säga om förekomst av viss sjukdom enligt vissa kriterier, är uppfyllda.

Är en person inte längre försäkrad för bosättningsbaserade förmåner enligt 4 och 5 kap. socialförsäkringsbalken förlorar denne även sin tillhörighet till selektivt stöd.

En förhandsprövning om tillkommande vård och behandling inom regelverket för selektivt stöd bör även detta vara överklagbart. Det går dock endast att pröva ifall Försäkringskassan tillämpat regelverket korrekt och om ärendet uppfyller i regelverket ställda villkor. En önskan om att ett visst tillstånd, som i sig är uppfyllt, även bör omfatta en viss behandling som inte finns med i regelverket är inte möjligt att överklaga. Här får man i stället vända sig till ansvarig

[57] 4 kap. 10 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.
[58] 42 § förvaltningslagen (2017:900).
[59] Försäkringskassans *Vägledning 2001:7 Omprövning, ändring och överklagande av Försäkringskassans beslut.*

myndighet och be dem utreda ifall regelverket ska ändras framgent i detta hänseende. En sådan förfrågan är dock något annat och innebär inte att förutsättningarna förändras i nutid. Ingår inte en viss behandling i selektivt stöd får vårdgivaren i stället se om behandlingen ersätts inom generellt statligt tandvårdsstöd.

Hur utredningens förslag kan främja samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård

Socialstyrelsen har i en rapport om hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård visat hur bristande samverkan mellan hälso- och sjukvården och tandvården leder till ojämlikheter i vården och till att en del patienter riskerar att falla mellan stolarna. I rapporten konstaterar Socialstyrelsen att de stora hindren för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård bottnar i en lång tradition av två separata system med olika lagstiftning, kultur, finansiering, ledning och styrning. Myndigheten har identifierat tre komponenter som de ser nödvändiga för framgångsrik och ömsesidig samverkan. En gemensam kunskapsbas, att patientens behov sätts i centrum, samt att ersättningssystemen ger en hållbar och långsiktig finansiering av vård som bedrivs i samverkan.[60] I delrapporten redovisas att tandvård och hälso- och sjukvård på regional nivå är överens till stor del kring vilka hinder som finns för samverkan mellan domänerna. Det finns för lite kunskap om koppling mellan allmän hälsa och munhälsa, framför allt i hälso- och sjukvården där personalen även har för låg kunskap om de olika tandvårdsstöden. De skilda journalsystemen försvårar informationsöverföring samt att domänerna är skilda aktörer med olika styrning och finansiering.[61]

Utredningen anser att konkurrens om ekonomiska resurser kan riskera att försvåra samverkan mellan olika verksamheter, särskilt i en tid där alla verksamheters behov är större än befintliga resurser. Utredningens förslag med skilda system för ersättning och tydlig ansvarsuppdelning mellan olika huvudmän kan minska risken för konkurrens om resurser och på detta sätt vara en fördel ur ett samverkansperspektiv.

[60] Socialstyrelsen, *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård – Slutrapport* 2019.
[61] Socialstyrelsen, *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård – Delrapport* 2019.

Genom att tydliggöra hälso- och sjukvårdens viktiga roll i det selektiva tandvårdsstödet kombinerat med en kunskapsspridning om selektivt stöd, möjliggörs en ökad kännedom om tandvårdsstödet hos hälso- och sjukvårdens behandlare. Även utredningens övriga förslag om att i tillämpliga delar efterlikna den lagstiftning som gäller för hälso- och sjukvården kan främja samverkan.

Socialstyrelsen lyfter i sin rapport att hälso- och sjukvården och tandvården behöver öka sina kunskaper om orsakssambandet mellan tandhälsa och allmän hälsa. Här ser utredningen att förslaget om statligt selektivt stöd med dess förutsättningar att generera data, om såväl anledning till selektivt stöd som patientens tandhälsa och tandvårdsbehov till tandhälsoregistret, kan underlätta för forskningen att ytterligare hitta påverkande samband.

Utredningen menar sammantaget att förslaget om ett statligt selektivt tandvårdsstöd ger likvärdiga eller bättre förutsättningar för samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården jämfört med dagens läge. Sådan tandvård som kräver en särskild samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård kvarstår i regionernas regi och tydliggörs genom att regleras i författning. Det är dock, såsom Socialstyrelsen även påpekar, väsentligt att former för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård skapas samt att tandvårdens deltagande möjliggörs i den utveckling som sker i övriga hälso- och sjukvården kring journalföringssystem, kunskapsstyrning och e-tjänster samt processer kring patientnytta. För en sådan utveckling krävs även ledningens förståelse av vikten att styra mot en samverkan med patientens hälsa i centrum. För ytterligare diskussion kring regionernas planeringsansvar och samverkan se kapitel 7.

10.5.8 Bättre förutsättningar för ökad kännedom om selektivt tandvårdsstöd

Utredningen har haft i uppdrag att lämna förslag på hur tandvårdssystemet ska kunna uppfattas som mer förutsägbart.

Ökad kännedom bland patienter och deras närstående

Bedömning: Försäkringskassan har enligt myndighetens instruktion i uppdrag att ge information till berörda om socialförsäkringen och de övriga förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för. Detta uppdrag omfattar således även information om det statliga tandvårdsstödet Det bör dock övervägas om det, mot bakgrund av den utvidgning av det statliga tandvårdsstödet som utredningens förslag innebär, finns behov av att myndigheten genomför särskilda informationsinsatser riktade till såväl till allmänheten som till särskilt berörda grupper.

Skäl för utredningens bedömning: Försäkringskassan ska enligt myndighetens instruktion ge information till berörda om socialförsäkringen och de övriga förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för.[62] Utredningen menar att det i och med förslaget om statligt selektivt stöd finns goda förutsättningar för Försäkringskassan att på olika sätt nå berörda grupper och deras närstående, samt bättre kunna stödja patienterna.

I dagens tandvårdssystem är det komplicerat att med information stödja patienter som har särskilda behov när det gäller vilket stöd som personen kan omfattas av. En orsak till det är att frågorna kan gälla såväl det statliga tandvårdsstödet som det särskilda regionala stöd som hanteras i regionerna. Försäkringskassan har inte insyn i regionernas processer och deras beslut om regionalt tandvårdsstöd. Med utredningens förslag om statligt selektivt stöd kommer Försäkringskassan vara beslutande instans såväl inom det generella som det selektiva stödet och kommer därmed ha god kännedom för att kunna stödja såväl allmänhet som särskilt berörda grupper.

Utredningen ser vidare att de som inte är i kontakt med tandvården eller Försäkringskassan behöver få information om hur systemet fungerar efter föreslagna reformer. Mot bakgrund av den utvidgning av det statliga tandvårdsstödet som utredningens förslag innebär, bör övervägas om det finns behov av att myndigheten genomför särskilda informationsinsatser riktade till såväl allmänheten som till särskilt berörda grupper.

[62] 2 § förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.

Ökad kännedom bland behandlare och vårdgivare inom såväl kommun, hälso- och sjukvård som tandvård

Bedömning: 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.

Utredningen föreslår en omfattande informationsinsats för att sprida kunskap om de selektiva stöden samt tandhälsoplan inför att dessa träder i kraft samt under reformernas första år. Eftersom tandhälsoplanen kompletterar de selektiva stöden genom att vara en väg in i selektivt stöd kan informationen lämpligen samordnas. Försäkringskassan har, enligt myndighetens instruktion, dels att se till att styrande dokument och rutiner är kostnadseffektiva och enkla att följa och förstå för enskilda och företag, dels ge information till berörda om de förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för.[63] Socialstyrelsen å sin sida ska ansvara för kunskapsutveckling och kunskapsförmedling inom verksamheter som bland annat rör hälso- och sjukvård, socialtjänst samt stöd och service till vissa funktionshindrade.[64]

I samband med införandet av statligt tandvårdsstöd år 2008 utfördes informationsinsatser riktade till vårdgivare och behandlare för att sprida kunskap om reformens uppbyggnad. Utredningen föreslår att en insats utförs även vid införandet av selektivt statligt tandvårdsstöd. Det är väsentligt att kännedom om de förändringar som föreslås för personer med särskilda behov sprids inom såväl privat som regional tandvårdsverksamhet och att kännedomen om hur stödet ska tillämpas blir väl känt. Det finns även skäl att uppvakta universitetens olika grundutbildningar i sjukvård och tandvård för att sprida kunskap om hur tandvårdssystemet i dess helhet är uppbyggt och hanteras. Detta utförs till del i dag vid vissa tandvårdsutbildningar, men bör enligt utredningen utvecklas ytterligare eftersom det berör dem alla.

Det är av stor vikt att hälso- och sjukvårdens personal nås av information om reformerna. Regionen ges med förslaget ett fortsatt

[63] 2 § förordningen (2009:1174) med instruktion för Försäkringskassan.
[64] 1, 4 §§ förordningen (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen.

ansvar att bedöma behovet av tandvård inom regionalt tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården, se avsnitt 10.10. Legitimerad sjukvårdspersonal ska även intyga en patients nedsatta funktion samt diagnos för möjlighet till långvarigt selektivt stöd för basal tandvård. Återkommande samordnade informations- och utbildningsaktiviteter regionalt där de olika vårdgivarna även får tillfälle att träffas och knyta kontakter förordas.

Även kommunala verksamheter behöver informeras för att stärka kunskapen framför allt om långvarigt selektivt stöd för basal tandvård men även om systemet med tandhälsoplan. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen i samverkan med SKR på olika sätt förmedlar information till de som berörs av förslaget såsom biståndshandläggare, LSS-handläggare och ansvariga för särskilda boenden för att identifiera berättigade personer. Dessa personer har redan i dag detta ansvar genom överenskommelser med regionerna, vilket kvarstår i och med regionernas ansvar enligt tandvårdslagen för sina medlemmar.

10.5.9 Bättre förutsättningar för enkel tillämpning och uppföljning med en minskad administrativ börda

Bedömning: Förslaget med ett statligt selektivt stöd medför en administration som följer samma tillvägagångssätt som för det generella statliga tandvårdsstödet med automatiserad digital inrapportering via journalsystemet till Försäkringskassans IT-system. Det selektiva tandvårdsstödets högre subventionsgrad medför dock ett behov av att pröva patientens tillhörighet till stödet innan det kan tillämpas. Kommunikationen med anledning av prövningen sker digitalt. Där regelverket kräver intyg från hälso- och sjukvård eller kommunal verksamhet bör detta hanteras direkt mellan intygande part och Försäkringskassan genom digital inrapportering. Vårdgivare inom tandvård intygar i befintligt IT-system till Försäkringskassan.

Inrapporterat data om patientens tillstånd och utförd behandling kan i likhet med data inom det nuvarande statliga tandvårdsstödet användas till statistik för forskning och utveckling. Detta innebär även en förbättrad möjlighet att utveckla och följa upp det statliga selektiva tandvårdsstödet.

Utredningen har haft fokus på en förenklad administrativ hantering jämfört med dagens selektiva tandvårdsstöd. När det generella statliga tandvårdsstödet lanserades år 2008 infördes även ett datoriserat system för hela processen, från val av behandling vid olika tillstånd hos patienten, till ersättning och efterhandskontroll. Vårdgivarna kompletterade från sin horisont med datoriserade journalsystem som kommunicerade mot Försäkringskassan. Inledningsvis upplevdes IT-systemet och kraven på inrapportering digitalt av vissa behandlare som en pålaga, men efter tio års tid har systemet blivit så pass invant och användarvänligt att utredningen ser att goda möjligheter finns att fortsätta utveckla och bygga ut systemet till att även omfatta de selektiva stöden för personer med särskilda behov. IT-systemets möjligheter att validera ifall tillämpningen av tandvårdsstödet är korrekt och vid behov informera om att patienten i stolen är berättigad till selektivt stöd underlättar stödets tillämpning. Systemet ska hjälpa vårdgivaren att göra rätt.

Dagens regionala särskilda tandvårdsstöd hanteras olika, även ur ett administrativt hänseende. Olikheterna gäller bland annat praktisk hantering, krav för förhandsbedömning och villkor vid tillämpning, vilket är särskilt försvårande för vårdgivare som har patienter ifrån mer än en region. Flertalet regioner har datoriserade system av olika slag men dessa är ofta anpassade till folktandvårdens digitala journalsystem och är inte alla gånger enkla att tillämpa för den privata vårdgivaren som kan ha andra digitala journalsystem. Det finns även regioner som saknar IT-system och endast har manuell hantering med papper som skickas mellan beställaren och vårdgivaren vid beslut om patientens tillhörighet, samt förhandsbedömning inför att utföra en behandling. Några regioner har även elektroniska system där de kommunala verksamheterna direkt kan anmäla personer som är berättigade till nödvändig tandvård, något som annars görs manuellt i flertalet av regionerna. För behandlaren blir det väsentligt enklare att ha ett system att förhålla sig till för all tandvård och att direkt i IT-systemet kunna se vilket stöd patienten omfattas av samt att såväl behandlingar i det generella statliga tandvårdsstödet som i det selektiva stödet kan rapporteras i samma system.

Försäkringskassans IT-system för det generella statliga tandvårdsstödet fungerar väl med samtliga på marknaden använda journalsystem och funktionen för förhandsprövning är smidig och hanteras snabbt av Försäkringskassan. I linje med detta finns således goda

förutsättningar för att även prövning av tillhörighet till selektivt stöd ska ha en hantering som minskar den totala administrativa bördan för vårdgivaren. Vårdgivaren inom tandvården ska inte heller behöva hantera hälso- och sjukvårdens eller kommunens intyg för det selektiva stödet för basal tandvård utan dessa skickas direkt därifrån för hantering av Försäkringskassan. För de patienter som får intyg genom hälso- och sjukvården kommer den administrativa bördan för behandlaren att öka något eftersom tandvården ska göra en bedömning av ifall patienten har svårigheter att genomgå en tandvårdsbehandling eller hantera sin munhygien. Det är utredningens uppskattning att den odontologiska bedömningen som ligger till grund för detta ändå utförs som en del i behandlarens undersökning av patienten. Därmed är det endast administrationen för att elektroniskt fylla i och skicka iväg bedömningen till Försäkringskassan som tillkommer. Eftersom detta stöd sedan kan stödja patienten i att få tandvård utförd gör utredningen bedömningen att detta sammantaget inte kommer att ses som en belastning. Samtidigt minskar administrativ tid om tandvården med utredningens förslag kan hantera all administration i samma IT-system där samtlig information finns samt inte längre behöver instruera patienten hur denne ska gå till väga för att prövas för särskilt stöd utan själva kan initiera processen. Tandvården behöver inte heller administrativt försöka eftersöka exempelvis hur många sjukdomsbehandlande åtgärder som utförts tidigare på patienten under året för att hålla sig inom det regionala regelverkets maxantal utan förhandsbedömning, kontrollera patientens frikort inom hälso- och sjukvården för att ta rätt betalt av patienten och övriga administrativa krav för att få ersättning från regionen. För patienter som prövas för selektivt stöd för viss behandling sker också prövning till Försäkringskassan digitalt.

Utredningens målsättning är att när patienten väl prövats in och fått tillhörighet till selektivt stöd ska merparten av de behandlingar som behövs hanteras på samma sätt som det generella statliga tandvårdsstödet. Det gäller båda de selektiva stöden. Patienten har ett tillstånd som i sin tur visar vilka tandvårdsåtgärder som kan utföras med selektivt stöd. Det är dock ofrånkomligt att det vid vissa specifika tillstånd där behandlingen är särskilt kostsam eller omfattande även fortsättningsvis kan komma att krävas en förhandsprövning inför behandling. Detta gäller framför allt vid fast protetisk konstruktion men kan även gälla då behov finns av ett utökat antal under-

sökningsåtgärder, förebyggande eller sjukdomsbehandlande åtgärder än vad regelverket anger. För omfattande behandlingar är detta ingen förändring mot dagens regionala särskilda stöd medan det för flertalet patienter inom visstidsstödet blir en enklare hantering med enbart prövning av tillhörighet där i dag förhandsbedömning av detaljerat behandlingsförslag krävs vid flertalet behandlingar. Enligt förslaget kan fotografier eller röntgenbilder skickas digitalt som vanligtvis kan vidimera patientens behov och tillstånd. Delvis olika regler kommer att gälla beroende på om patienten har tillhörighet till långvarigt selektivt stöd för basal tandvård eller stöd för viss behandling under viss tid. Där det är möjligt att pröva även själva behandlingen samtidigt med patientens tillhörighet sker allt samtidigt och endast en prövning behöver göras. Utredningens bedömning är att tandvårdens prövningar för totalt sett kommer att förenklas.

Genom att hålla dokumentationen digitaliserad finns goda möjligheter att följa upp den behandling som ges inom selektivt stöd, vilka som ges tillhörighet till stödet, hur dessa fördelar sig över landet och ifall tillämpningen skiljer sig åt. Detta genom att data om utförd tandvård överförs till Socialstyrelsens tandhälsoregister. Dagens rapportering om de regionala särskilda tandvårdsstöden för ett led i sjukdomsbehandling sker till SKR som ger ut en årlig uppföljning. Uppföljningen utförs på inrapporterad statistik avseende antalet patienter per region inom olika stöd, uppdelad på kön och till del vad gäller anledning till tillhörighet. Vård som omfattas av 2 § tandvårdsförordningen om oralkirurgisk behandling följs inte upp.

Genom att göra det selektiva stödet statligt ges möjlighet att följa upp förändringar i tillhörighet på andra nivåer, exempelvis på kommunnivå. Jämförelse kan även utföras tillsammans med annan data kring åldersstruktur och se om det finns strukturella svårigheter i tillämpningen inom ett visst område.

Statistiken kan även ge förbättrad kunskap om tandhälsan och dess samband med allmänhälsa genom Socialstyrelsens möjligheter att samköra olika hälsoregister. Att uppgifter om utförd tandvård överförs till tandhälsoregistret innebär viss ytterligare registrering av känsliga personuppgifter i form av uppgifter om hälsa på individnivå med odontologiskt tillstånd och tandvårdsåtgärder för de patienter som i dag får tandvård inom regionernas särskilda stöd som ett led i en sjukdomsbehandling. En sådan registrering innebär konsekvenser för den personliga integriteten. Utredningen bedömer att behand-

lingen är nödvändig med hänsyn till ett viktigt allmänt intresse och att den inte innebär ett otillbörligt intrång i den registrerades personliga integritet. Data om tillstånd och utförda tandvårdsåtgärder inrapporteras sedan år 2008 vad avser tandvård inom generellt statligt tandvårdsstöd och sedan år 2013 för sådan tandvård som utförs inom regionens särskilda tandvårdsstöd för nödvändig tandvård, samt tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

10.5.10 Fortsatt fast åtgärdsersättning till vårdgivaren för patienter med selektivt stöd

Förslag: Den ersättning som vårdgivaren får för utförd tandvård inom selektivt stöd ska vara fast per åtgärd och fastställs av Nämnden för statligt tandvårdsstöd. 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.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen föreslår ett selektivt tandvårdsstöd med en för vårdgivaren fast ersättning per tandvårdsåtgärd, att jämföra med det generella tandvårdsstödet där prissättningen är fri. I detta avseende innebär förslaget dock inte någon skillnad jämfört med dagens särskilda stöd där respektive region fastställer ersättningen per åtgärd. Inom nödvändig tandvård i dag ger många regioner ett påslag på regionens folktandvårdsprislista för det generella tandvårdsstödet. Det finns även hos några regioner ett påslag för F-tandvård.

Ett selektivt stöd som ger en betydande subvention av en tredje part är enligt utredningens bedömning inte möjligt att kombinera med fri prissättning, där tandvårdsstödet skulle stå för mellanskillnaden mellan vårdgivarens pris för behandlingen och patientavgiften. Ett sådant system skulle inte motivera till att utföra en kostnadseffektiv behandling och skulle även kunna utgöra ett incitament till onödig vård. Eftersom priserna för tandvård inom regionernas särskilda tandvårdsstöd redan i dag är reglerade, ser utredningen inte att statlig fast ersättning för denna tandvård kommer att negativt

påverka marknadens sätt att fungera eller minska intresset för privata vårdgivare att utföra denna tandvård. Nuvarande ersättningssystem har kritiserats för att inte vara konkurrensneutralt eftersom ersättningen speglar folktandvårdens kostnader. Ersättningen är dessutom olika beroende på inom vilken region som tandvården utförs. Med utredningens förslag blir ersättningen per åtgärd nationellt enhetlig.

Poängteras bör även att selektivt stöd ges till en mindre andel av befolkningen och att det stora flertalet har generellt statligt tandvårdsstöd där den fria prissättningen gäller såsom tidigare. För det selektiva statliga tandvårdsstödet föreslår utredningen att fast ersättning för varje åtgärd beslutas av Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV. Ett referenspris för en åtgärd inom det generella tandvårdsstödet visar vad ett normalpris för behandlingen kan vara och tar hänsyn till hela behandlingskostnaden såsom antalet minuter som behandlaren i genomsnitt behöver, assistanstid av tandsköterska, lönekostnader, material som används vid behandlingen samt en andel av övriga kostnader för en mottagning såsom hyra, IT-kostnader, städ- och steriltjänster, avskrivningar, viss utvecklings- och investeringsmarginal etcetera. I referenspriset ingår även tandtekniskt arbete och material. Motsvarande delar ska ingå i de fasta priserna men med justerad tidsåtgång och eventuellt andra resurser som behövs för behandlingar av patienter med funktionsnedsättning. Här bör erfarenheter och tidmätningar från regioner kunna vara ett underlag för beräkningarna. Även för nya behandlingar som ska införas och som i dag inte finns inom generellt statligt stöd behöver tidsåtgång, material, tandteknik och annat innehåll tas fram för att beräkna de fasta priserna. Också för dessa priser bör uppgifter kunna tas fram i samverkan med regionerna som hittills prissatt dessa behandlingar. Det är även av vikt att TLV ges tillgång till underlag från tandvårdens vårdgivare som visar vilka kostnader tandvården har för att de fasta priserna ska kunna återspegla detta. Ersättning ska kunna lämnas på såväl allmäntandvårds- som specialisttandvårdsnivå. För några få mycket ovanliga behandlingar inom selektivt stöd för viss behandling bedömer utredningen att möjlighet till tidsdebitering kan behövas.

Den fasta ersättningen för åtgärder inom det långvariga stödet för basal tandvård förutsätts bli högre än referenspriser för generellt statligt tandvårdsstöd eftersom åtgärderna kan ta längre tid att utföra, kan vara mer omfattande eller mer komplicerade. Utredningen ser inte att det finns skäl till att göra någon skillnad på vårdgivarens ersättning inom långvarigt stöd för olika patientgrupper. Detta blir en förändring jämfört med i dag där nödvändig tandvård i många regioner är högre ersatt än tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Risken att privata vårdgivare framgent avstår från att utföra tandvård inom selektivt stöd om de anser att ersättningen är för låg, vilket skulle medföra att patientens fria val av vårdgivare försvåras, ser utredningen som liten. Privata vårdgivare har vanligen långa relationer till sina patienter och utredningen förutsätter att relationen fortsätter även om patienten ges tillhörighet till selektivt stöd. Ytterst kan dock relationen försvåras om patienten bosätter sig på ett särskilt boende och får svårighet att transportera sig till mottagningen. Utredningen gör bedömningen att någon annan ersättningsmodell inte är tillämpbar vid omfattande tredjepartsfinansiering.

Utredningen ser inte att ersättningen från det selektiva tandvårdsstödet ska vara möjlig att kombinera med en ersättning från patienten utöver patientavgiften. Skälen till detta är att ett sådant system skulle kunna skapa ekonomiska hinder för patienten, skapar osäkerhet för patienten om vad besöket kommer att kosta samt tar bort effekten av ett selektivt stöd. I dag reglerar hälso- och sjukvårdslagen[65] att en patient som betalat vårdavgifter upp till högkostnadsgränsen i öppenvård blir befriad från att betala ytterligare avgifter för sin behandling inom särskilt stöd i regionen. Utredningen anser att detta förhållande ska gälla även med ett statligt selektivt stöd och lämnar förslag till särskild reglering av detta.

[65] 17 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

10.6 Ett selektivt stöd för basal tandvård under lång tid

Förslag: Ett statligt selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård införs för personer med en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion som ger väsentligt försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller att genomgå tandvårdsbehandling. Den nedsatta funktionen kan hänföras till en allmänsjukdom, alternativt ett medfött eller förvärvat tillstånd. Som medfött eller förvärvat tillstånd kan även avses sådan nedsatt funktion som lett till ett långvarigt omfattande vård- och omsorgsbehov där personen behöver stöd i sin dagliga livsföring. Stödet ska ges under en längre tid.

Stödet bedöms kunna bidra till en mer jämlik tandhälsa genom att det ger bättre förutsättningar att vidmakthålla en oral hälsa för ett ökat fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande efter en individuellt anpassad vårdambitionsnivå.

Vid ikraftträdandet av bestämmelser om selektivt stöd för basal tandvård ska nödvändig tandvård och tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning i regional regi upphöra. Särskilda övergångsregler föreslås.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har haft i uppdrag att lämna förslag till en reglering för tandvård till personer med särskilda behov. Med särskilda behov avses i detta avsnitt en persons särskilda behov av tandvårdsinsatser som beror på en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion hänfört till en allmänsjukdom, alternativt ett medfött eller förvärvat tillstånd. Som medfött eller förvärvat tillstånd kan även avses sådan nedsatt funktion som lett till ett långvarigt omfattande vård- och omsorgsbehov där personen behöver stöd i sin dagliga livsföring. Den långvarigt nedsatta funktionen riskerar att försämra en persons orala förmåga och munhälsa genom väsentliga svårigheter att

– vidmakthålla sin munhälsa, genom att inte kunna utföra munhygien eller ha tillräcklig självrengöring av munhålan, alternativt
– genomgå tandvårdsbehandling.

När den nedsatta funktionen bedöms vara bestående behövs ett långvarigt stöd som fokuserar på att vidmakthålla munhälsan och den orala förmågan att äta och tala utan större hinder. Utredningen bedömer att det inte är tillräckligt att en person har stora svårigheter att utföra sin orala egenvård, eller genomgå en tandvårdsbehandling, utan det ska finnas ett samband med en nedsatt allmänmedicinsk funktion. Ett tandvårdsstöd som ska vara långvarigt kräver även att tillståndet som patienten har, som orsakar de specifika behoven, har en viss duration.

Utredningen ser det som angeläget att regelverk och administrativa rutiner utformas så att personer med särskilda behov tidigt kan identifieras och inkluderas i det selektiva stödet. Detta gäller särskilt vid kognitiva, progressiva sjukdomstillstånd såsom demens och svår psykisk sjukdom där patienten själv inte är medveten om sina behov. Genom att fånga upp personen tidigt i sjukdomsprogressionen möjliggörs att tandvårdskontakter kan behållas och tandhälsan bevaras i ett kritiskt livsskede. I samband med införandet av ett selektivt stöd för basal tandvård under lång tid ska tandvårdsförordningen upphöra att gälla och därigenom även de regionala stöden för nödvändig tandvård och tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Övergångsregler föreslås dels för sådan tandvårdsåtgärd som påbörjats inom nödvändig tandvård före ikraftträdandet och för sådana behandlingar som förhandsprövats och tillstyrkts före ikraftträdandet inom såväl nödvändig tandvård som tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Dessa behandlingar utförs inom de äldre ersättningsreglerna till dess behandlingen är slutförd.

Övergångsregler föreslås även generellt om patienternas tillhörighet till selektivt stöd. Patienter som i dag har varaktiga behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som omfattas av nödvändig tandvård ges med automatik tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård tills vidare. Utredningen bedömer att det inte finns skäl att särskilt pröva dessa patienter på nytt i samband med ett överförande till statlig hantering då den nedsatta funktionen bedöms vara bestående. De patienter som i dag har tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, samt patienter som har nödvändig tandvård och som omfattas av LSS, ges en automatisk tillhörighet till statligt stöd för basal tandvård under tre års tid, till och med utgången av år 2028. Försäkringskassan bör härigenom ges

bättre förutsättningar att pröva en fortsatt tillhörighet för de personer som behöver fortsatt stöd. För 115 000 av de 177 000 personerna som år 2023 beräknas vara berättigade till långvarigt selektivt stöd och som automatiskt överförs till stödet behövs inte någon förnyad prövning framledes heller. För de återstående drygt 60 000 personerna ska prövningen förnyas under övergångsregelns treårsperiod. För att möjliggöra ett sådant övergångsförfarande föreslås uppgiftsskyldighet inför ikraftträdandet för uppgifter om berörda patienter från respektive region till Försäkringskassan. Se vidare avsnitt 13.2.4.

10.6.1 Målgrupp för ett långvarigt stöd för basal tandvård

Förslag: Kraven för att få tillhörighet till långvarigt stöd för basal tandvård är att patienten på grund av långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion har väsentligt försämrade förutsättningar att bevara oral förmåga genom att inte kunna vidmakthålla munhälsa eller genomgå tandvårdsbehandling. Den nedsatta funktionen kan hänföras till en allmänsjukdom alternativt ett medfött eller förvärvat tillstånd.

Personer som har omfattande vård- och omsorgsbehov ska anses ha en sådan nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion som medför väsentligt försämrade förutsättningar att bevara den orala förmågan som krävs för tillhörighet.

Den nedsatta funktionen ska bedömas kvarstå minst ett år för att kunna prövas för tillhörighet.

Skälen för utredningens förslag: Utredningens förslag innebär att personer som kan omfattas av långvarigt stöd för basal tandvård har en nedsatt fysiskt, psykisk eller kognitiv funktion som medför väsentligt försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling. Den nedsatta funktionen kan antingen vara hänförd till en allmänsjukdom, alternativt har ett medfött eller förvärvat tillstånd. Den nedsatta funktionen kan även gestalta sig som ett långvarigt och omfattande vård- och omsorgsbehov. Gemensamt för personer i målgruppen är att den nedsatta funktionen medför att personerna har svårigheter att själva påverka munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling och därigenom befinner sig i en sådan situa-

tion att det ur ett samhälleligt perspektiv kan anses rimligt att kostnaderna för tandvårdsbehandlingarna subventioneras.

I Socialstyrelsen utvärdering år 2018 påtalas att det vetenskapliga stödet för samband mellan allmän hälsa och oral hälsa för de diagnoser som ingår i dagens regionala stöd är svagt. Ett visst vetenskapligt stöd kunde hittas för reumatoid artrit, stroke och svårinställd diabetes. Den huvudsakliga orsaken till detta är enligt utredningen att kunskapsunderlaget är begränsat eftersom många samband inte alls är beforskade eller så saknas studier av bra kvalitet. Utredningen anser inte att det svaga kunskapsunderlaget är skäl till att utesluta några av de diagnoser och tillstånd som i dag får ta del av regionernas stöd utan att de diagnoser som är utvalda i dagens system för berättigande till tandvårdsstödet fortfarande är relevanta. Dock har utredningen uppfattningen att diagnoserna och tillstånden är alltför begränsade. Personer med näraliggande diagnoser kan ha lika svåra funktionsnedsättningar men ändå inte ha möjlighet att få tandvårdsstödet. Detta kan enligt utredningen förbättras genom ett fokus på diagnosgrupper i stället för enskilda diagnoser.

Ett omfattande vård- och omsorgsbehov kan, enligt utredningen, likställas med ett medfött eller förvärvat tillstånd. Personer som har omfattande vård- och omsorgsbehov ska anses ha sådan nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion som krävs för att kunna omfattas av det långvariga stödet. Detta innebär att prövningen för dessa blir förenklad jämfört övriga patienter i stödet.

Förslaget omfattar flertalet i den personkrets som i dag tar del av tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning samt nödvändig tandvård för äldre och personer med funktionsnedsättning i regionernas regi. Utredningen föreslår således att dessa särskilda tandvårdsstöd i regional regi upphör och ersätts av ett selektivt stöd för basal tandvård under lång tid i statlig regi. Detta selektiva stöd kan även komma att omfatta personer som i dag inte har tillhörighet till tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning. Stödet kan även upphöra att gälla för vissa personer som i dag har tillgång till nödvändig tandvård men som inte kommer att uppfylla de krav som nu föreslås.

Förslaget innebär att för att få tillhörighet till långvarigt stöd för basal tandvård av Försäkringskassan ska den nedsatta funktionen prognosticeras kvarstå minst ett år. Om bedömningen är att den nedsatta funktionen inte bedöms kvarstå minst ett år kan personen

i stället få stöd genom tandhälsoplanens undersökning och förebyggande besök. Kvarstår funktionsnedsättningen efter ett år kan en ny bedömning om selektivt stöd vara aktuell.

Tillhörighet till LSS tas bort som kriterium för långvarigt selektivt stöd, se vidare nedan avsnitt 10.6.2.

10.6.2 Tillvägagångssätt för att få tillhörighet till långvarigt stöd för basal tandvård

Förslag: Personer som kan ha rätt till långvarigt stöd för basal tandvård ska kunna identifieras av såväl tandvården som hälso- och sjukvården eller kommunala verksamheter.

Berörda verksamheter ska ges tydliga roller inom sitt kompetensområde i processen inför prövning av en persons tillhörighet till stödet. Intygen föreslås hanteras digitalt mot Försäkringskassan. Vårdgivaren inom tandvården ska, under vissa förutsättningar, erbjuda patienten att en prövning av selektivt stöd initieras.

Försäkringskassan ges uppgiften att ta fram intygsblanketter samt samordna processen som mottagare av intygen och att därefter fatta ett beslut om patientens tillhörighet med intygen som grund.

Socialstyrelsen ges uppgiften att ta fram kunskapsunderlag avseende i stödet ingående diagnosgrupper och hur nedsatt funktion bedöms. TLV kan därefter, med kunskapsunderlaget som grund, närmare föreskriva om de patienter som ska omfattas.

Bakgrund: I de nuvarande två mer långvariga särskilda stöden[66] i regionerna är det hälso- och sjukvården eller kommunala verksamheter som identifierar vilka patienter som är berättigade till stödet. Hälso- och sjukvårdens läkare styrker i ett intyg avseende tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning att patienten har en viss diagnos och en svår till fullständig funktionsnedsättning/aktivitetsbegränsning samt bedömer om denna innebär stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårds-

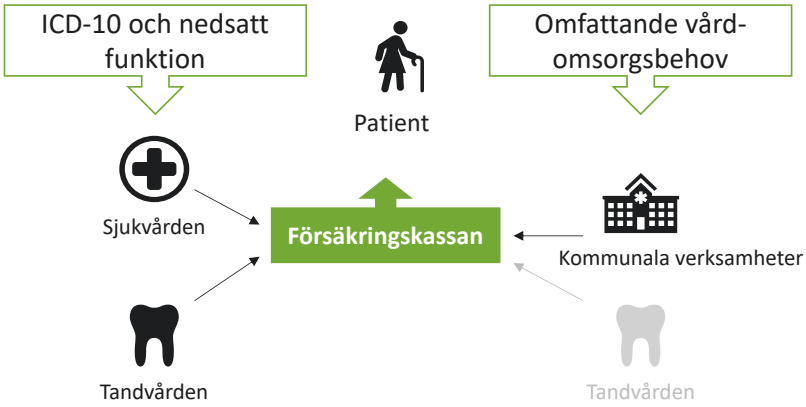
[66] Tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning enligt 3 a § tandvårdsförordningen (1998:1338) och nödvändig tandvård enligt 8 a § första och andra styckena tandvårdslagen (1985:125).

behandling.[67] För nödvändig tandvård ska vanligen kommunala verksamheter intyga att personen har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Dagens stöd har medfört problem för patienten när läkaren inte haft kännedom om stödet vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, sin egen roll däri eller svårigheter att fylla i läkarintyget korrekt. Upplägget kan även anses ha en ologisk konstruktion där sjukvården ska göra en bedömning av om personen har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. En person som vårdas hemma av närstående kan i dag missgynnas inom nödvändig tandvård om kommunala verksamheter inte har kännedom om personens omsorgsbehov, eftersom personen i stället regelbundet har kontakter med vårdcentralen. Hälso- och sjukvården har å sin sida inte i uppgift att intyga om omsorgsbehovet såsom dagens stöd för nödvändig tandvård är upplagt.

Tandvårdens personal har i dag ingen formell roll när det gäller att identifiera personer som kan tillhöra målgruppen trots att tandvården ofta är den instans som i praktiken först identifierar patienter med särskilda behov och med trolig tillhörighet. De kan endast indirekt informera patienten om det särskilda stödet till olika grupper och hjälpa till med att ta fram information som patienten kan ta med till sjukvårdsbesöket eller den kommunala verksamheten. Utredningen ser det som en brist att inte tandvården ses som en resurs när det gäller att identifiera personer med särskilda behov och detta kan bidra till att inte alla som är berättigade till stödet i dag får ta del av det. Att tandvården ges den rollen tillsammans med hälso- och sjukvården och kommunala verksamheter kan bidra till en mer jämlik tandvård genom att fler berättigade identifieras. Genom att ge hälso- och sjukvården, kommunala verksamheter och tandvården tydliga roller i processen att identifiera berättigade personer kan samverkan mellan verksamheterna öka.

[67] 4 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:17) om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

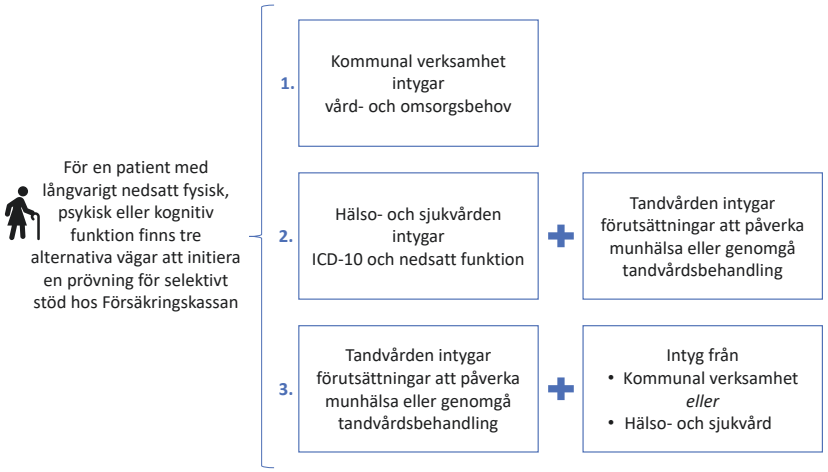
Figur 10.6 Utredningens förslag avseende verksamheter som kan initiera en prövning om långvarigt selektivt stöd för basal tandvård



Skälen för utredningens förslag: Utredningen föreslår att såväl hälso- och sjukvården, kommunala verksamheter och tandvården ska ges uppgiften att identifiera personer som kan komma ifråga för det selektiva tandvårdsstödet för basal tandvård. Detta ökar förutsättningarna för att de personer som kan vara berättigade identifieras. Utredningen ser det även som viktigt att berörda parter intygar det som de är bäst på att bedöma. Det spelar ingen roll vilken part som först initierar prövningen. Vidimeringen är tänkt att vara okomplicerad och ha en enkel administrativ hantering.

Utredningens förslag om att tandvården ska ta ett större ansvar för att identifiera patienter i behov av selektivt stöd medför dock en viss risk för överutnyttjande. Det kan uppstå en form av jävssituation eftersom tandvårdens vårdgivare kan gynnas ekonomiskt av att patienten får ett beslut om tillhörighet till selektivt stöd, om patienten annars avstår från behandlingen av ekonomiska skäl. Behandlaren kan även uppleva en stark förväntan från patient och närstående att vidimera ett behov av selektivt stöd, en förväntan som kan vara svår att hantera. Denna komplikation åtgärdas genom att en part utan egenintresse såsom hälso- och sjukvården, alternativt kommunala verksamheter, vidimerar patientens behov av ökat stöd från samhället. Utifrån tandvårdens och sjukvårdens alternativt kommunala verksamhetens intyg beslutar Försäkringskassan slutligen om patientens tillhörighet.

Figur 10.7 Tre tillvägagångssätt inför prövning av tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård



Ett annat skäl till att hälso- och sjukvård alternativt kommunal verksamhets intygande ses nödvändigt är att tandvården inte kan avgöra svårighetsgraden av en patients allmänsjukdom eller tillstånd.

Förslaget innebär att antingen intygar hälso- och sjukvården att en person har en allmänmedicinsk sjukdom, alternativt medfött eller förvärvat tillstånd, som ger långvarig funktionsnedsättning, eller kommunala verksamheter att en person har omfattande vård- och omsorgsbehov för att en prövning för selektivt stöd för basal tandvård under lång tid ska initieras. För personer med omfattande vård- och omsorgsbehov är det kommunala intyget tillräckligt för att få tillhörighet till långvarigt selektivt stöd. För personer med en allmänsjukdom alternativt tillstånd med nedsatt funktion krävs utöver intyget från hälso- och sjukvården även att tandvården intygar att nedsättningen medför väsentligt försämrade förutsättningar för personen att klara sin munhälsa eller att genomgå tandvårdsbehandling.

Även tandvården kan initiera processen när de behandlar en person som de bedömer kunna vara berättigad till selektivt stöd genom att bedöma svårigheterna att sköta munhygienen eller förmåga att klara tandvårdsbehandling och sedan skicka bedömningen vidare till Försäkringskassan för deras vidare hantering. Personen kan därefter antingen införskaffa intyg om sitt omsorgsbehov från kommunen eller intyg om sin diagnos och nedsatta funktion från sjukvården.

Utredningen föreslår att vårdgivaren i tandvården ges en skyldighet att erbjuda patienten att en prövning initieras. Detta under förutsättning att vårdgivaren uppmärksammar att patienten har ett behov som kan ge tillhörighet till stödet för basal tandvård, samt att vårdgivaren får kännedom om patientens nedsatta funktion, allmänmedicinska sjukdom eller annat medicinskt tillstånd som kan vara en förutsättning för tillhörighet. Skyldigheten gäller inte mottagning som endast utför akuttandvård.

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ges uppdraget att ta fram ett kunskapsunderlag för de tillstånd som Socialstyrelsen ser bör omfattas av selektivt stöd för basal tandvård. Underlaget ska likaledes omfatta bedömningsfaktorer av nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion vid olika medicinska sjukdomar. Underlag behöver även tas fram för tandvårdens bedömningsfaktorer. Kunskapsunderlaget som tas fram blir underlag för TLV:s föreskrifter och därigenom även ett underlag för behövliga ingående variabler i intygen för kommunala verksamheter, tandvården samt för hälso- och sjukvårdens intygande. Därefter ges Försäkringskassan uppdraget att ta fram intygsblanketter i samråd med Socialstyrelsen. Till stöd finns även Socialstyrelsens föreskrifter om intyg inom hälso- och sjukvården[68].

Intyg som Försäkringskassan behöver för sin handläggning är vanligen avgiftsfria för patienten inom en region efter beslut av regionfullmäktige. Utredningens bedömning är därför att dessa intyg bör hanteras utan särskild kostnad. Dock kan besöksavgift krävas om intyget kräver ett särskilt besök i hälso- och sjukvården. Här föreligger ingen skillnad jämfört med dagens särskilda tandvårdsstöd.

Förslaget bedöms inte medföra någon ökad administrativ belastning för hälso- och sjukvård och kommunala verksamheter eftersom de redan i dag intygar behov av särskilt stöd. Snarare är bedömningen att förslaget kan förenkla intygsutfärdandet. För hälso- och sjukvården föreslår utredningen ett koncept som försöker omhänderta de klagomål som lyfts kring svårigheter med dagens särskilda läkarintyg.[69] Förenklingar föreslås genom att fler legitimerade yrkeskategorier än läkare inom hälso- och sjukvården kan intyga den nedsatta fysiska, psykiska eller kognitiva funktionen, under förutsättning att det ligger inom deras medicinska profession att bedöma detta. Intyget ska vara enkelt att hitta, hanteras digitalt och gå snabbt

[68] Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården.
[69] Avser tandvård till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

att fylla i och distribuera elektroniskt till beslutande instans Försäkringskassan. Även utredningens förslag om att det är tandvården som bedömer om patienten har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling, bedöms underlätta hälso- och sjukvårdens intygande och bedömning jämfört i dag.

Förslaget innebär även att kommunal verksamhet intygar patientens omfattande vård- och omsorgsbehov vilket avseende intygsdelen inte blir någon förändring mot nuvarande system. För patienter som omfattas av LSS intygar kommunal verksamhet i dag tillhörighet till denna personkrets. Enligt förslaget ska de i stället intyga omfattande vård- och omsorgsbehov för dessa personer där detta behov finns. De kommunala verksamheterna behöver inte, enligt utredningens förslag, skilja på om omsorgen ges enligt SoL, HSL eller LSS, vilket görs i dag, utan bedömningen gäller enbart om omfattningen av omsorgsbehovet uppfyller ställda krav. Det kommunala ansvaret för att årligen eftersöka de patienter som önskar få en munhälsobedömning utförd kommer, i och med utredningens förslag kring uppsökande verksamhet i avsnitt 10.7, att upphöra vilket avlastar den kommunala verksamheten. Personer med omfattande vård- och omsorgsbehov kan själva ha svårt att söka vård och kan behöva stöd med att såväl boka tid som transport till och från tandvårdsmottagningen om inte behandlingen kan ske med hembesök. Utredningen ser att för personer inom särskilt boende, eller som har hemsjukvård eller hemtjänst, bör stöd kunna ges av omsorgspersonalen att exempelvis ordna en tandvårdskontakt i fall denna kontakt förlorats av olika skäl. Detta på samma sätt som omsorgspersonalen tillser att den boende erbjuds att få håret friserat eller ges möjlighet till fotvård. Till del kan det tidigare ansvaret att eftersöka intresse av munvårdsbedömning ersättas av att vid behov ge stöd att kontakta tandvården. Att understödja enskilda i behov av upplysning, råd, stöd och vård och annat bistånd till den som behöver det är en del av ansvaret inom socialtjänstlagstiftningen.[70] Utredningen menar sammantaget att tandvårdssystemets administrativa belastning på den kommunala verksamheten inte kommer att öka med utredningens förslag. Om personen i stället vårdas i hemmet eller på annat sätt kan en god man eller närstående som stöder personen ta del av Försäkringskassans information om stödet i samband med kommunikation

[70] 3 kap. 1 § samt 5 kap. socialtjänstlagen (2001:453).

kring beslutet om tillhörighet och stödja med att boka in ett tandvårdsbesök.

Utredningen föreslår att intygen från hälso- och sjukvård och kommun förmedlas i befintligt system som i dag tillämpas för informationsöverföring mellan hälso- och sjukvård och Försäkringskassan kring bland annat sjukskrivning. Härigenom hittas intygen enkelt och ges en ökad spridning. Infrastrukturen hanteras som en nationell tjänst för informationsöverföring och ärendekommunikation kring ersättning från socialförsäkringen och samordning i sjukskrivningsärenden. Tjänsten[71] som i dag hanterar läkarintyg kan antingen integreras i vårdinformationssystemet eller nås via webb och bedöms av SKR ha potential för att hantera ytterligare intyg än i dag och det bör även vara möjligt att utveckla tjänsten genom att lägga till fler mottagare i systemet såsom kommunala verksamheter. Om informationen lagras strukturerat möjliggörs att information kan återanvändas inom och mellan olika intygsmottagare och kan därmed avlasta vården, intygspersonen och mottagarna.[72]

Intygande av en tredje part

Som tidigare beskrivits ser utredningen att målgruppen inte kan identifieras utan att patientens särskilda behov av tandvårdsinsatser kan hänföras till en allmänmedicinsk sjukdom, alternativt ett medfött eller förvärvat tillstånd, som vidimeras av tredje part för att ha tillhörighet till långvarigt selektivt stöd för basal tandvård. Ett omfattande vård- och omsorgsbehov kan ses som ett medfött eller förvärvat tillstånd men kan även grundas i en allmänmedicinsk sjukdom. Intygandet föreslås utföras genom att personer som har en nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion av en viss svårighetsgrad

– på grund av en allmänsjukdom eller ett medfött eller förvärvat tillstånd, identifieras utifrån vissa diagnosgrupper/tillstånd i ICD-10 och vidimeras genom intyg från hälso- och sjukvården avseende grad av nedsättning av funktion. På samma sätt vidimeras personer med beslut om LSS med mindre insatser som inte har omfattande vård- och omsorgsbehov.

[71] https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/intygstjanster.
[72] https://skr.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/elektroniskalakarintyg.1028.html, uttag utfört 2020-09-29.

– som har lett till omfattande vård- och omsorgsbehov, vidimeras med intyg från kommunala verksamheter, oavsett om de har omsorg hänfört till LSS, HSL eller SoL.

Utöver svårighetsgraden på den nedsatta funktionen ska intygsutfärdaren ta ställning till varaktigheten av tillståndet. Intyg ska enbart skrivas om den nedsatta funktionen hänförd till sjukdomen, tillståndet eller omsorgsbehovet väntas kvarstå minst ett år.

Kommunal verksamhets intygande om omfattande vård- och omsorgsbehov

Vård- och omsorg kan ges med stöd av SoL och HSL, men även utföras av närstående. Detsamma gäller personer inom LSS som har motsvarande omsorgsbehov. Begreppet omfattande vård- och omsorgsbehov finns i dag inte definierat annat än i regionala anvisningar. Vilket omvårdnadsbehov en patient har i det enskilda fallet för att främja sin hälsa kan variera; det kan vara stöd i att utföra personlig hygien, få i sig mat och dryck eller andra insatser som patienten kan behöva stöd med i det dagliga livet såsom påminnelser om de grundläggande behov som beskrivs ovan. Socialstyrelsen har i ett numera arkiverat meddelandeblad från 2004 beskrivit begreppet omfattande vård- och omsorgsinsatser och det är denna beskrivning som flertalet regioner använder i dag som definition. Eftersom betydande tandvårdssubventioner grundar sig på begreppet finns det ett behov av att fastställa definitionen av omfattande vård- och omsorgsbehov. Utredningens förslag är en definition som innebär att patienten ska ha personlig omvårdnad under minst fyra gånger per dygn, oavsett om detta sker dag- eller nattetid och oavsett vem som genomför omsorgen. Detta skiljer sig marginellt jämfört med Socialstyrelsens tidigare definition på så sätt att den beskrev en omfattning på tre gånger per dygn samt en tillsyn nattetid.[73]

Personer med omfattande vård- och omsorgsbehov har vanligen svårigheter att sköta sin munhygien eller att klara tandvårdsbehandling. Exempelvis kan kognitiv sjukdom öka risken för att munhygienen glöms bort eller inte utförs effektivt. En patient med demens

[73] Socialstyrelsen, *Meddelandeblad – Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård, mars 2004.*

eller annan svår kognitiv funktionsnedsättning kanske inte alls samarbetar och kan därför inte undersökas hos tandvården. Utredningens uppfattning är att en klar majoritet av dessa personer har väsentligt försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling och att en kompletterande bedömning av detta från tandvården skulle därför ses om en icke kostnadseffektiv åtgärd. Utredningen föreslår därför att tandvårdens bedömning av munvårdsbehovet inte behövs i det fall patienten har omfattande vård- och omsorgsbehov som intygas av kommunal verksamhet. Patientgruppen bedöms vara ungefär 80 procent av patienterna inom stödet för basal tandvård och detta skulle bespara såväl Försäkringskassan som tandvården avsevärd administration. Utredningen föreslår denna förenkling för patientgruppen men lyfter samtidigt vikten av att tandvården även för dessa ska ses som en viktig resurs i det fall något intyg ifrån kommunal verksamhet inte inkommer till Försäkringskassan. I dessa fall ska tandvården ombesörja och initiera processen om selektivt stöd genom att intyga patientens försämrade förutsättningar att påverka munhälsan och skicka intyget till Försäkringskassan som därefter via brev till patienten ger information om nästa steg i processen för att få beslut om långvarigt selektivt stöd.

Utredningen har övervägt om en uppgiftsskyldighet bör införas för kommunal verksamhet, närmare bestämt socialtjänsten i respektive kommun[74], att meddela Försäkringskassan om de personer som de har vetskap om som uppfyller kritikerna för omfattande vård- och omsorgsbehov. Detta skulle kunna vara ett sätt att bryta ett i lagstiftningen uppställt krav på sekretess. Ett annat tillvägagångssätt för uppgiftsutlämnande är dock att fråga den berörde patienten om denne samtycker till att intyg sänds till Försäkringskassan för syftet att möjliggöra selektivt tandvårdsstöd. Det var ett sådant tillvägagångssätt som fanns med kring införandet av uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård år 1999 där bara de personer som ställde sig positiva därtill skulle anmälas till dåvarande landstinget.[75] Samtidigt omfattar stödet patienter i sådant tillstånd att de själva kan ha svårt att inse betydelsen av tandvård och att ta ställning till detta. Personer med kognitiva svårigheter kan i stället stödjas av en god man,

[74] Särskilda bestämmelser om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten finns i lagen (2001:454) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten, i 12 kap. socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt i förordningen (2001:637) om behandling av personuppgifter inom socialtjänsten.
[75] Prop. 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd.*

närstående eller annan person vid behov. Utredningen förespråkar att en frivillig lösning tillämpas även fortsättningsvis och att det i ett senare skede får utvärderas om behov finns att i stället reglera detta.

I förslaget till förordningstext, avsnitt 1.10, om det selektiva stödet för basal tandvård lyfts kommunal verksamhets roll att intyga patientens omfattande vård- och omsorgsbehov. Detta föreslås som ett sätt att tydliggöra de olika rollerna för att samverka om att patienterna ges möjlighet till tillhörighet till selektivt stöd. I sak tydliggör det emellertid inte något mer än den befintliga rutin som i dag redan finns hos kommunen.

En person med omfattande vård- och omsorgsbehov som vårdas av närstående kan komma att identifieras av tandvården. Om personen därefter vänder sig till kommunen för intygande om vård- och omsorgsbehov kan kommunen till Försäkringskassan ange vilken omfattning på hjälpinsatser personen skulle behövt ha om denne inte vårdats av närstående, detta i enlighet med dagens praxis.

Kommunal verksamhets intygsgivare

Inom nödvändig tandvård i dagens system hanteras intygsskrivandet av olika personer, till exempel chef för särskilda boenden för äldre, LSS-handläggare, hemsjukvården eller biståndsbedömare inom kommunen. Enligt utredningens bedömning finns det goda skäl att flera personer inom kommunen i patientens närhet kan göra en bedömning av patientens omfattande vård- och omsorgsbehov. Det är dock väsentligt att den som utfärdar ett intyg har den kompetens som krävs för att utfärda intyget, och att intygsutfärdaren endast uttalar sig om sådana förhållanden som denne har tillräcklig kännedom om.

Hälso- och sjukvårdens intygande av nedsatt funktion och diagnos/tillstånd

Hälso- och sjukvårdens intyg ska ange patientens diagnos med ICD-10 kod samt en bedömning av grad av nedsättning vad avser psykisk, fysisk eller kognitiv funktionsförmåga. För att få tillhörighet behöver personen ha en diagnos som omfattas av en i stödet upptagen diagnosgrupp och dessutom en nedsatt förmåga av en viss svårighetsgrad och varaktighet. Graden ska verifieras med hjälp av ett intyg där

de väsentliga nedsättningarna är identifierade och möjliga att kryssa för. Det hade varit att föredra om ett intyg som redan används i hälso- och sjukvården kunde användas men utredningen bedömer inte detta som möjligt. Till skillnad från dagens intyg föreslås att samma frågor ska besvaras oavsett diagnos/tillstånd inom den eller de nedsatta funktioner som är relevant för patienten. Utredningen ser gärna att Socialstyrelsen ser över om en tillämpning av Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) för att beskriva funktionsnedsättningen är en nödvändig förutsättning eller om det kan beskrivas på annat sätt eftersom klassifikationen setts som komplicerad att tillämpa.

Varaktighet samt omfattning av funktionsnedsättningen ska alltid bedömas utifrån den funktion som kvarstår efter relevant behandling av tillståndet. Hälso- och sjukvården förväntas inte initiera undersökningar och tester enbart för att kunna bedöma frågeställningar i intyget. Områden som, utifrån relevans, ska bedömas av hälso- och sjukvården är perceptuella och kognitiva funktioner, rörelsefunktioner, defekter och sväljfunktioner. I bilaga 4 ges en mer fördjupad beskrivning av hälso- och sjukvårdens intyg.

ICD-10-grupper i stället för enskilda diagnoser

Till skillnad från nuvarande regelverk om tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning som baseras på enskilda diagnoser, bygger förslaget om långvarigt stöd för basal tandvård för dessa patientgrupper på diagnosgrupp inom ICD-10. Detta för att inte utesluta diagnoser som har liknande symtom och medför liknande grad av nedsatt funktion. Exempelvis innebär det att i stället för att i stödet ange diagnosen Parkinsons sjukdom inkluderas gruppen basalganglionsjukdomar och rörelserubbningar (G20–G26). Personer med svår nedsatt funktionsförmåga och problem med att vidmakthålla munhälsa eller genomgå tandvårdsbehandling i dessa grupper bör följaktligen kunna vara berättigade till långvarigt stöd för basal tandvård. Utöver diagnosgrupperna som utgår från de enskilda diagnoserna i dagens regionala stöd föreslår utredningen att diagnoser som omfattar sjukdomar med stor kognitiv påverkan, som demens och psykossjukdomar, ska inkluderas i det långvariga selektiva stödet. Detta innebär att personer med dessa dia-

gnoser har, vid sidan om att kunna vara berättigade till stödet via ett omfattande vård- och omsorgsbehov, ytterligare en väg in i stödet genom att hälso- och sjukvården kan skriva intyg så snart funktionen är tillräckligt påverkad. Det är utredningens förhoppning att fler personer med dessa diagnoser i ett tidigare skede ska kunna ta del av det långvariga selektiva stödet genom detta tillvägagångssätt.

Socialstyrelsen föreslås enligt ovan att ges i uppdrag att ta fram kunskapsunderlag för de diagnosgrupper som kan berättiga till stöd för basal tandvård. TLV kan därefter, med kunskapsunderlaget som grund, närmare föreskriva om de patienter som ska omfattas.

Hälso- och sjukvårdens intygsgivare

Utredningen föreslår att intyget om funktionsnedsättning kan utfärdas av all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal som har god kunskap om personens funktion och tillgång till patientjournalen. Tänkbara personer är legitimerad vårdpersonal inom psykiatri, habilitering och primärvård. Detta medför att även personal såsom arbetsterapeut, logoped eller psykolog kan intyga den nedsatta funktionen samt intyga vilken diagnos som har ställts. En behandlare som enligt patientdatalagen är skyldig att föra patientjournal, ska även på begäran av patienten utfärda intyg om vården.[76] Vid utfärdandet gäller Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2018:54) om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården. Däri framgår att den hälso- och sjukvårdspersonal som utfärdar ett intyg ska ha den kompetens som krävs för att utfärda intyget och att personen endast kan uttala sig om sådana förhållanden som han eller hon har tillräcklig kännedom om.

Patient med tillhörighet till LSS som har mindre insatser

I dag ges alla som omfattas av LSS en möjlighet till nödvändig tandvård enligt tandvårdslagen. Flera regioner har till utredningen uppgett att de sett ett behov av att förtydliga tillämpningen kring LSS i regionala anvisningar. I förarbeten till lagen lyfts att de grupper som bör komma i fråga för nödvändig tandvård ska vara personer med sådana behov av vård, omsorg och service att de själva inte kan söka tandvård och ofta är i sådant tillstånd att de själva har svårt att

[76] 3 kap. 16 § patientdatalagen (2008:355).

inse betydelsen av tandvård för att kunna äta utan smärtor eller för det allmänna välbefinnandet. Flera regioner ställer därför i sina anvisningar krav på att personen ska ha en beviljad insats och att det inte räcker att enbart tillhöra personkretsen eftersom det kan vara en väl fungerande person som inte heller har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Utredningen föreslår att behovs-solidaritetsprincipen ska följas, vilket innebär att en person som enbart har mindre LSS-insatser beviljade, såsom behov av ledsagare, kontaktperson eller rådgivning via regionens habilitering, och inte har ett omfattande vård- och omsorgsbehov, i stället prövas i likhet med en person som har en nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion på grund av en allmänsjukdom eller ett tillstånd. Tillhörighet behöver i dessa fall vidimeras av hälso- och sjukvården via ICD-10 och med en bedömning av personens funktionsnedsättning. Därtill behövs en bedömning ifrån tandvården om särskilda svårigheter föreligger att vidmakthålla munhälsa eller klara tandvårdsbehandling. Detta innebär att det tidigare kriteriet i tandvårdslagen om att ”omfattas av LSS” tas bort som grund för tillhörighet till selektivt stöd. Flertalet personer som i dag omfattas av LSS kommer att i stället ges tillhörighet genom att kommunen intygar omfattande vård- och omsorgsbehov. Om inte kravet uppfylls, eller villkoren för hälso-och sjukvårdens intygande, ges personen i stället en tandhälsoplan baserad på individens risk och övrig tandvård omfattas av det generella skyddet mot höga kostnader.

Tandvårdens intygande av behov

Det är behandlaren inom tandvården som bäst kan bedöma om patienten har behov av särskilda tandvårdsinsatser. En och samma allmänmedicinska sjukdom eller ett specifikt tillstånd kan påverka en individ i olika omfattning. Att tandvårdens behandlare utför denna bedömning är ett säkerställande av att behovs-solidaritetsprincipen tillämpas för att få stödet att bli mer jämlikt och komma personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser tillgodo. När den nedsatta funktionen lett till ett omfattande vård- och omsorgsbehov har tidigare lyfts att det kan anses icke kostnadseffektivt att göra en bedömning av patientens behov av särskilda tandvårdsinsatser och utredningen har därför valt att ej ställa ett sådan krav. Det är dock

enligt utredningen väsentligt att även tandvården kan initiera en prövning eftersom detta ökar förutsättningarna för att fler personer med särskilda behov ska nås av selektivt stöd.

Tandvårdens legitimerade yrkesgrupper, tandläkare eller tandhygienist, identifierar patienter som kan komma i fråga för långvarigt stöd för basal tandvård samt intygar ifall patienten har väsentligt försämrade förutsättningar att

– utföra munhygien och att ha en fungerande självrengöring av munhålan (oral clearance), eller
– genomgå tandvårdsbehandling.

Förmågan att utföra munhygienen påverkas av kognitiv eller psykisk funktionsnedsättning, motorik och felställningar i händer och munhåla samt gapförmågan. Försämrad självrengöring i munhålan ökar risken för karies och är beroende av munmotorik, sväljfunktion, salivmängd och medvetenhet om att det finns beläggningar/matrester kvar i munnen. Beteendeproblematik och kognitiv nedsättning kan påverka en persons möjlighet att klara tandvårdsbehandling. Även gapförmåga, muskeldysfunktioner och förlamningar kan göra att behandlingar är svåra att genomföra på ett patientsäkert sätt.

Tandvårdens intygande sker genom en funktion som Försäkringskassan tar fram i det ordinarie IT-systemet för tandvårdsstödet. Vid tandvårdens värdering av individens behov av selektivt stöd ska ett antal kriterier bedömas. Exempel på kriterier som kan bedömas när det gäller munhygienen är om den kan utföras effektivt eller om personen accepterar att få hjälp med att utföra den dagliga munvården. Andra kriterier är förmåga till självrengöring och sväljningsfunktionen. Vidare kan samarbetsförmåga och fysiska begränsningar ingå i kriterierna för att bedöma om personen klarar av att genomgå en tandvårdsbehandling. Både förekomsten av funktionsbristen och svårighetsgraden bedöms. I bilaga 4 ges ytterligare beskrivning av hur tandvårdens bedömning kan utföras. Där det är möjligt bör kriterier utformas så att bedömningen ska dokumenteras. Till exempel med mätresultat av gapförmåga, journaldokumentation eller foto av munhygienens effektivitet eller självrengöring.

Utredningens uppfattning är att framtagandet och administrationen av bedömningsintyget för behandlaren tidsmässigt kan ersättas inom tandhälsoplan i det generella statliga tandvårdsstödet.

Försäkringskassan samordnar och beslutar om selektivt stöd

För att ansökningsprocessen ska kunna initieras av olika aktörer krävs en sammanhållande part. Tandvården har sällan kännedom om vilken vårdinstans inom hälso- och sjukvården som behandlar en person och vice versa. Patientgruppen inom detta stöd är inte homogen och kan på grund av nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion vara i behov av ett stöd utifrån för att tillse att alla steg i beslutsprocessen genomförs. Att låta patienten själv hantera ansökningsprocessen och se till att intyg och bedömning i pappersform sänds till beslutande instans ser utredningen därför inte som en framkomlig väg. Med dagens IT-system där kommunikationsvägar redan finns upprättade mellan Försäkringskassan och tandvårdens vårdgivare, samt mellan Försäkringskassan och regionernas hälso- och sjukvård, förordas att processen genomförs på ett smidigare sätt.

Utredningen gör bedömningen att Försäkringskassan är bäst lämpad att stödja patienten och samordna ansökningsförfarandet, genom att myndigheten även föreslås vara beslutande instans för selektivt stöd. Det är Försäkringskassan som ser vilka eventuella kompletterande uppgifter som behövs för att kunna fatta ett beslut om tillhörighet i det enskilda fallet. Försäkringskassan har även rutiner och kommunikationskanaler för att kommunicera med enskilda personer inför beslut. I och med att ett intyg inkommer ifrån någon av de tre möjliga intygande parterna ses detta som en signal till Försäkringskassan som öppnar ett ärende om att en ansökan om selektivt tandvårdsstöd påbörjats. Därefter sker kommunikation kring vidare hantering med den berörde patienten där myndigheten lämnar sådan hjälp av denne kan tillvarata sina intressen. Patienten ges kommunikation, partsinsyn och annat stöd som en del i allmän ärendehantering enligt förvaltningsrättsliga principer.[77] Patienten ska slutligen ges ett tydligt beslut kommunicerat från Försäkringskassan med vad som omfattas av det selektiva tandvårdsstödet, alternativt en förklaring till varför tillhörighet inte medges. Beslutet bör vara möjligt att överklaga. Ett beslut om tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd gäller enligt huvudregeln omedelbart.[78] Besluten föreslås inte kunna ges retroaktivt, sådan tandvård som utförs innan tillhörighet meddelats sker inom det generella tandvårdsstödet.

[77] Förvaltningslagen (2017:900).
[78] 4 kap. 9 § tredje stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

För att Försäkringskassan ska kunna hantera processen praktiskt och rättssäkert behöver detaljer om att hanteringen tydliggöras. Försäkringskassan kan genom befintliga bemyndiganden i förordningen om statligt tandvårdsstöd tillse att detta sker.[79]

Förslag till kommunikationsvägar

Om det exempelvis är en distriktssjuksköterska vid en vårdcentral eller en arbetsterapeut vid ett sjukhus som initierar processen för en person sänds det digitala intyget med bedömningen av nedsatt funktion, varaktighet och diagnoskod till Försäkringskassan. Myndigheten öppnar i sin tur ett ärende samt informerar den berörda personen att ett ärende initierats om selektivt tandvårdsstöd. I informationen förklaras att personen har möjlighet att få en prövning om tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd och för att ärendet ska kunna behandlas vidare krävs att ärendet kompletteras med en bedömning ifrån tandvården. Information ges även om att prövningen sker inom ramen för tandhälsoplan till fast patientavgift. Först när komplettering inkommer från tandvården kan myndigheten pröva och fatta ett beslut om tillhörighet.

Om personen kommer till tandvården efter det att ett ärende initierats hos Försäkringskassan ges behandlaren information om att ett ärende pågår via Försäkringskassans IT-system där patienten behöver intygande av behandlaren för att kunna prövas för tillhörighet till stödet. Detta innebär att tandvården kan komplettera med en bedömning som rapporteras till Försäkringskassan, förutsatt att patienten samtycker. Det är en stor fördel att ärendet syns i IT-systemet så att hanteringen från vårdgivarens sida kan ske oavsett om patienten bokat sitt besök för att få en bedömning om selektivt stöd eller av annan orsak. Om någon bedömning av tandvården inte inkommer skickas påminnelse till patienten, därefter stänger Försäkringskassan ärendet efter en viss tid om patienten inte hör av sig eller behövlig dokumentation inkommer. Skulle intyget inkomma senare kan Försäkringskassan åter öppna ärendet och fatta beslut om tillhörighet. Försäkringskassan kan i sina verkställighetsföreskrifter ange hur länge de olika intygen kan gälla innan ett nytt måste tas fram för att beslut ska kunna fattas om tilldelning. Utredningen menar att

[79] 20 § första stycket 1, 6 p samt andra stycket förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

denna tidsrymd bör kunna vara upp till två år eftersom tillstånden generellt är allvarliga och progredierande. Intyget med tandvårdens bedömning av hur patienten klarar att utföra egenvård eller genomgå tandvårdsbehandling sänds till Försäkringskassan genom det system som i dag används för statliga generella tandvårdsstödet.

Om det i stället är tandvårdens bedömning som initierar ett ärende om selektivt stöd skickar Försäkringskassan information till patienten om behov av att även få ett intygande från hälso- och sjukvården, eller kommunen. Informationen bör här även innehålla upplysningar till vårdgivaren/kommunen som personen kan ta med sig dit, med närmare instruktioner om vad som ska intygas samt information om var intyget hittas och hur det hanteras.

När kommunen initierar ett ärende på grund av omfattande vård- och omsorgsbehov behövs inga ytterligare intyg. En patient med dessa behov förutsätts ha nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion och väsentligt försämrade förutsättningar att påverka sin munhälsa eller genomgå tandvårdsbehandling.

10.6.3 Regler för tillämpning

Förslag: När patienten fått sin tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid prövad ska regelverket närmare anvisa vårdgivaren vilken behandling som kan utföras efter bedömning av patientens tillstånd och behov. Undantagsvis kan förhandsprövning för viss behandling behövas. IT-systemet förutsätts validera så att selektivt stöd tillämpas för patienter som fått tillhörighet till stödet.

TLV ges i uppdrag att föreskriva om tillämpliga tillstånd, kriterier för stödets varaktighet, övriga villkor, åtgärder för behandling samt beräkna fast ersättning per åtgärd.

Utredningen ser att fokus ska ligga på den initiala prövningen hos Försäkringskassan om personens tillhörighet för selektivt stöd. Ett beslut av Försäkringskassan gäller enligt huvudregeln omedelbart.[80] Efter beslut om tillhörighet bör det framgå av regelverket vilken tandvård som kan ersättas och någon förhandsbedömning behövs då

[80] 4 kap. 9 § tredje stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

vanligen inte. Vid särskilt kostnadskrävande behandling, framför allt fast protetik, kan dock en särskild prövning innan behandling behövs. Särskild prövning kan även behövas för vissa undersökningsåtgärder, sjukdomsförebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder om dessa behöver utföras frekvent under en ersättningsperiod. Detta bedöms dock vara sällan förekommande och närmare regelverk kring när förhandsprövning behövs tas fram av TLV.

Långvarigt stöd ska kunna beviljas för en längre period eller tills vidare, beroende på sjukdomen eller tillståndet. Om sjukdomen eller tillståndet är utan bot och effektiv behandling, särskilt när sjukdomen är progredierande som exempelvis vid demens, bör varaktigheten vara tills vidare. För personer som beviljats långvarigt selektivt stöd utifrån omfattande vård- och omsorgsbehov föreslås huvudregeln vara att intyget utfärdas tills vidare. Detta eftersom en person som fått beslut om omfattande långvariga omsorgsinsatser mycket sällan kan återgå till ett självständigt liv. Flertalet av övriga berättigade föreslås få beslut om fem år medan varaktigheten två år främst används när osäkerhet om sjukdomsutvecklingen föreligger såsom vid stroke. Utredningen anser att tillhörighetens längd för olika diagnosgrupper inom stödet bör framgå av föreskrifter.

När en vårdgivare föreslår en mer omfattande behandling till en patient inom det generella tandvårdsstödet ska vårdgivaren även ge en skriftlig behandlingsplan. Utredningens förslag är att detta krav inte omfattar behandling inom långvarigt selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård. Ett skäl som föranledde införandet av kravet på skriftlig behandlingsplan år 2008 var att när patienten behöver en mer omfattande behandling ska förutsättningar ges för patienten att kunna ta ställning till behandlingen och vårdgivarens pris för denna. Detta för att stärka patientens ställning, öka patientrörligheten och få fler patienter att ifrågasätta vårdgivarens behandlingsförslag. Patienter inom basal tandvård under lång tid ges möjlighet till tandvårdsbehandling för att påtagligt förbättra förmågan att äta eller tala. Stödet kommer att innehålla få behandlingar som överstiger 15 000 kronor och patientens kostnad per besök är en patientavgift. Tandvården anpassas efter patientens allmänna hälsotillstånd vilket innebär att patienten får ta del av den tandvård som behövs utan att drabbas av höga kostnader.

10.6.4 Tandvård som omfattas av basal tandvård för lång tid

Bedömning: Selektivt stöd för basal tandvård under lång tid föreslås omfatta undersökning och förebyggande behandling efter en riskbedömning, samt sådan tandvårdsbehandling som påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Även munvårdskort till patienten och vård- och omsorgspersonal omfattas som en del av patientens anpassade tandhälsoplan. Tandvården ska anpassas efter patientens allmänna hälsotillstånd. Sådan behandling som inte ingår inom basal tandvård kan i stället ges inom det generella statliga stödet, alternativt inom stödet för viss behandling under viss tid.

TLV ges i uppgift att föreskriva om vilken tandvård som ska omfattas och under vilka förutsättningar som ersättning lämnas.

Utredningens förslag innebär att ett uppdrag lämnas till TLV att närmare i detalj avgöra och föreskriva om vilken tandvård som ska ingå i stödet. Således kommer såväl tillstånd som åtgärder att finns som särskilt hanterar selektivt stöd för basal tandvård. Utredningen ser inte att det finns skäl till att göra större förändringar från den tandvård som omfattas i det nuvarande stödet för nödvändig tandvård. Dock kan vissa ytterligare åtgärder såsom professionell tandrengöring eller oralmotoriska behandlingar behöva tillföras liksom andra restriktioner för exempelvis åtgärdskombinationer eller åtgärdsantal. För att kunna utföra beräkningar avseende stödets kostnader har utredningen gjort antaganden att stödet fokuserar på åtgärder för

– undersökning och riskbedömning, förebyggande tandvård, och annan bastandvård för smärt- och infektionsfrihet, vilket inkluderar att åtgärda kariesangrepp,
– vissa avtagbara proteser, samt
– reparation av befintliga konstruktioner.

För den enskilda patienten bör den tandvård som ges vara individuellt anpassad efter en vårdambitionsnivå baserad på patientens allmänna hälsotillstånd. Tandvården ska medverka till en förbättring av förmågan att tillgodogöra sig föda och om möjligt öka livskvaliteten. Om allmäntillståndet hos patienten inte medger ordinär tandvårdsbehandling ska denna i stället inriktas på att motverka smärta,

obehag och infektioner genom att hålla patienten fri från sjukliga förändringar i munnen eller åtminstone fördröja sjukdomsutvecklingen.

Utredningen anser att även sådana åtgärder som för övriga patienter omfattas av tandhälsoplan i stället ska ges inom det selektiva stödet för basal tandvård. Se vidare nedan.

Ytterligare tandvård inom stödet än ovanstående strecksatser bör enligt utredningen kunna omfattas vid särskilda behov efter prövning, exempelvis fastsittande konstruktioner om patienten av medicinska skäl inte kan använda en avtagbar protetisk konstruktion. Den yttersta gränsen för vad som kan ingå i det långvariga stödet för basal tandvård bestäms dock i ett senare skede genom föreskrifter som i sin tur grundas i det anslag som stödet tilldelas.

Utredningen ser dessutom att det bör övervägas om det långvariga stödet även ska omfatta särskilda åtgärder för hemtandvård, det vill säga åtgärder för undersökning och tandvårdsbehandlingar som utförs i patientens boende i stället för vid en tandvårdsmottagning. Vårdgivare som erbjuder hemtandvård bör även kunna sökas fram särskilt, exempelvis via TLV:s prisjämförelsetjänst eller via 1177.

Riskbedömning, åtgärder för revisionsundersökning och förebyggande behandling samt vid behov munvårdskort blir en del av tandhälsoplan inom den basala tandvården

Patienter inom viss behandling under viss tid får sin tandhälsoplan som en del av det generella tandvårdsstödet. Utredningen har övervägt ifall förslaget om tandhälsoplan även ska omfatta patienter som ges tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid. Förslaget som utredningen lämnar är att tandhälsoplanens innehåll bättre omhändertas inom det selektiva stödet för basal tandvård under lång tid. Skälet för att patienter inom basal tandvård under lång tid bör hanteras separat är att det krävs att andra faktorer för riskbedömningen vägs in jämfört med vad som används för patienter utan särskilda behov för att bedöma denna målgrupps risk att utveckla oral sjukdom eller för progressionen av befintlig oral sjukdom. Utredningen ser samtidigt att det är av stor vikt att ett gemensamt riskbedömningssystem med samma riskvariabler i grunden tillämpas för alla vuxna patienter så att tandhälsoregistrets data om tandhälsa förbättras och får en god täckning vid sidan om måtten kvarvarande och intakta tänder. Men för att riskbedömningen ska

vara av värde för tandvårdens behandlare i bedömningen av hur ofta som en patient i denna målgrupp behöver komma för revisionsundersökning samt vilka förebyggande åtgärder som behövs, och hur ofta de ska ges, krävs även en anpassning av riskbedömningsinstrumentet så att de specifika riskfaktorerna som återfinns i målgruppen därefter kan fångas upp. Exempel på sådana specifika riskfaktorer kan vara nedsatt oralmotorik, bristande samarbetsförmåga vid munvård och nedsatt gapförmåga. De åtgärder som utförs inom tandhälsoplan kan även behöva modifieras, exempelvis längre tidsåtgång, alternativt behövas andra åtgärder eller annat revisionsintervall än vad som ges inom tandhälsoplan för övriga.

Det är fortsättningsvis viktigt att munhälsoråd skrivs och förmedlas i likhet med tidigare munvårdskort till patienten och vård- och omsorgspersonal, alternativt till närstående. En sådan instruktion, som exempelvis förklarar vilka anpassade munhygienhjälpmedel som bör användas eller vilken protetik som är avtagbar och vilken som är fast och inte ska tas bort i personens mun, är vanligen inte behövlig för andra patientgrupper. Till del innehåller ett munvårdskort samma slags information som omfattas av förslaget om en tandhälsoplan. Att patienten, eller omsorgspersonalen, även får kunskap om revisionsintervallet och hur ofta som förebyggande stödbehandling behövs är väsentligt. Utredningen föreslår därför att patienter inom selektivt stöd för basal tandvård under lång tid ges en information som såväl omfattar den informationen som föreslås generellt för tandhälsoplanen som mer pedagogisk informationen som tidigare återfunnits i munvårdskortet. Informationen bör finnas tillgänglig för patienten inom tandhälsoplanen.

Målsättningen med tandvårdsbehandlingen är att den ska vara till nytta för patienten och öka livskvaliteten. I de allra flesta fall innebär det att tandvården strävar efter att förbättra patientens tandhälsa. För patienter med svår sjukdom eller funktionsnedsättning är dock inte denna målsättning självklar. I stället kan målet, efter dialog med patient eller närstående, vara att endast bevara munhälsan eller fördröja sjukdomsförekomst, men alltid att lindra. Den behandlare som ett flertal gånger träffat patienten har lättare att se vilken vårdnivå som bäst hjälper patienten medan en behandlare som träffar patienten akut inte kan göra den bedömningen. Det skulle därför vara av värde om vårdambitionsnivån kunde framgå av de data som presenteras om patienten i Försäkringskassans IT-system. Samtidigt kan så-

dana uppgifter vara känsliga och upplevas hota patientens integritet. I bedömningen av om vårdambitionsnivån ska vara en uppgift som framledes ska rapporteras in så att det blir en för behandlaren synlig uppgift genom Försäkringskassans IT-system måste en noggrann avvägning av nytta och risk för individen göras. Utredningen väljer att se detta som en framtida utvecklingsmöjlighet.

10.7 Uppsökande verksamhet upphör

Förslag: Uppsökande verksamhet som omfattar att munhälsobedömning utförs på patienter som har tillhörighet till nödvändig tandvård upphör.

Inom det selektiva stödet för basal tandvård bör Försäkringskassan särskilt kommunicera med personer där hälso- och sjukvården identifierat behovet av särskilt stöd, men där den kompletterande odontologiska bedömningen inte utförts. Kommunikation ska ske om vikten av att komplettera med ett tandvårdsbesök för att kunna prövas om tillhörighet. I det fall kommunala verksamheter i stället intygat omfattande vård- och omsorgsbehov kommuniceras beslutet om tillhörighet till personen med information om vad stödet innebär.

Skälen till utredningens förslag: De personer som enligt utredningens förslag ges möjlighet till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid kommer dels vara personer med omfattande vård- och omsorgsbehov, dels personer med nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion på grund av allmänmedicinsk sjukdom eller annat tillstånd. Patientgruppen som är berättigad till selektivt stöd kommer därmed vara heterogen och bestå av såväl självständiga personer med förmåga att själva söka vård och personer med omfattande omsorgsbehov och oförmåga att själva initiera vårdkontakter. 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. Att i dessa lägen få en munvårdsbedömning av en annan vårdgivare[81] är inte kostnadseffektivt samt kan för patienten vara

[81] Uppsökande verksamhet utförs på uppdrag av regionen, antingen inom folktandvårdens regi eller via upphandling.

förvirrande, särskilt om råden som då ges är andra än vad den ordinarie behandlaren ger. SKR rapporterar år 2019 att i genomsnitt har 53 procent av de personer som identifierats som berättigade fått en munhälsobedömning i sitt boende och att cirka två tredjedelar av dessa har fått både munhälsobedömning och nödvändig tandvård. En anledning till att hälften av patienterna inte tackat ja bedömer utredningen kan vara att vissa besöker tandvården i samband med revision och därför inte ser behov av ännu en bedömning eller att man inte efterfrågar tandvård.

Uppsökande verksamhet inom flertalet regioner har även varit problematisk på så sätt att den medfört ett stort fokus på patienter inom särskilt boende där flera vårdgivare kan erbjuda tandvårdstjänster. Detta har medfört att allt fler regioner numera utför denna verksamhet i egen regi. Samtidigt har personer som vårdats hemma av närstående inte nåtts av munhälsobedömningen.

Utredningens förslag om hur Försäkringskassan ska hantera tillhörighet till det selektiva stödet för basal tandvård innebär att Försäkringskassan som en del av den ordinarie ärendehanteringen kontaktar alla personer där hälso- och sjukvården gjort sin del av identifieringen för tillhörighet men inget intyg har inkommit från tandvården. Vid behov skickas även påminnelse om att patienten behöver besöka tandvården för att tillhörigheten till stödet ska kunna pröva. Processen ger en påminnelse om att knyta kontakt med en vårdgivare inom tandvården. Om kommunal verksamhets intyg i stället ligger till grund för beslutet om tillhörighet sker en kommunikation av beslutet till patienten från Försäkringskassan. Utredningen betonar vikten av att denna kommunikation omfattar tydlig och lättillgänglig information om patientens tillhörighet, hur stödet fungerar och vad det kostar patienten att besöka tandvården. Försäkringskassan bör även informera om hur man kan gå tillväga om man saknar en stadigvarande tandvårdskontakt och inte vet vart man ska vända sig för att hitta en vårdgivare.

Systemet möjliggör såväl uppföljning och utvärdering av tillvägagångssättet som riktade informationsinsatser från Försäkringskassan till berörda patienter och dess närstående, alternativt till personal inom kommunala verksamheter. Genom att Försäkringskassan administrerar stödet finns goda förutsättningar att över tid följa upp nyttjandegraden av det långvariga selektiva stödet för basal tandvård hos patienter med omfattande omsorgsbehov. Om Försäkringskassans

data även en längre tid efter reformens införande indikerar omotiverat låg nyttjandegrad bör behovet av riktad information enligt utredningen övervägas. För ytterligare beskrivning se bilaga 4.

Utredningen ser det som väsentligt att de personer inom långvarigt stöd för basal tandvård som inte har en vårdgivare inom tandvården sedan tidigare även fortsättningsvis får en ny kontakt med tandvården för att ta hand om sin munhälsa. Se vidare avsnitt 10.6. Utredningen ser även att det kan finnas skäl att införa åtgärder för hemtandvård, något som är väl fungerande för många patienter och ett gott komplement till behandling vid tandvårdsmottagning.

Dagens munhälsobedömning, som utredningen föreslår ska upphöra, omfattar även en praktisk instruktion i egenvård, antingen till den enskilde, eller till den som bistår i den dagliga egenvården. Informationen om vad som behöver utföras noteras vanligen på ett munvårdskort som därefter kan sättas upp där tandborstningen utförs. Utredningen föreslår att munvårdskortet för den berörde patienten blir en del av patientens förebyggande åtgärder efter utförd undersökning och riskbedömning inom tandhälsoplan samt att även instruktion till patient och stödperson om hur egenvården ska utföras ingår i den förebyggande tandvården inom det selektiva stödet för basal tandvård.

10.7.1 Regionens ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet ska upphöra

Bedömning: 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.

Förslag: Regionens ansvar för munvårdsutbildning till omsorgspersonal inom kommunal verksamhet upphör.

Skälen för utredningens bedömning och förslag: Kunskapen om munhälsa bland personal inom omsorgen brister i många kommuner i dag. Enligt Socialstyrelsens rapport år 2018 medför detta en svårighet för tillämpningen av tandvårdsstöden. I dag ger respektive region mer eller mindre regelbunden utbildning och handledning i munvård till omsorgspersonal inom kommunal verksamhet som en del av den uppsökande verksamheten. 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. I en rapport från SKR framgår att cirka 33 000, medarbetare i vård och omsorg har fått munvårdsutbildning år 2019, ett antal som under flera år minskat. Detta motsvarar knappt 10 procent av medarbetarna. Enligt Socialstyrelsens rapport beskriver kommunerna att det finns behov av kontinuerlig kompetensutveckling av vårdpersonal men att långt ifrån alla personalgrupper nås av utbildningen som görs inom den uppsökande verksamheten. Det efterfrågas även utbildning som kan anpassas till de behov som för tillfället finns i en verksamhet. Exempel på sådan anpassad utbildning kan vara munvård på dementa eller för personer i palliativt skede. Eftersom personalomsättningen är hög efterfrågas även digital grundutbildning i munvård som kan genomföras i direkt anslutning till nyanställningen. Utbildningarna om munhälsa och munvård behöver ha en större flexibilitet i tid och innehåll och även kunna användas som en introduktion av de arbetsuppgifter som omsorgspersonalen ska utföra.

Enligt socialtjänstlagen ska de insatser som bedrivs inom socialtjänsten vara av god kvalitet. Att insatserna ska vara av god kvalitet innebär att de ges på ett sådant sätt att den enskildes behov av stöd och hjälp tillgodoses och att syftet med insatsen eller verksamheten uppnås. En förutsättning är att det finns personal med lämplig utbildning och erfarenhet. Enligt socialtjänstlagen ska kvaliteten i verksamheten också fortlöpande utvecklas och säkras.[82] Även LSS innehåller krav på att det i verksamheten ska finnas den personal som behövs för att ett gott stöd och omsorg ska kunna ges. Det innebär att personalen ska ha den utbildning och erfarenhet som kan krävas för varje specifik uppgift.[83] Som stöd för tillämpningen av bestäm-

[82] 3 kap. 3 § socialtjänstlagen (2001:453).
[83] Prop. 1992/93:159 *Om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

melsen om lämplig utbildning och kunskap[84] har Socialstyrelsen i allmänna råd utvecklat rekommendationer om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre. De allmänna råden gäller för den personal som i sin yrkesutövning ger äldre personer stöd och hjälp i dagverksamhet, i hemmet eller i en särskilt inrättad boendeform och innehåller rekommendationer om utbildning och grundläggande kunskaper och förmågor.

Socialstyrelsen arbetar för närvarande med ett regeringsuppdrag att ta fram en webbaserad utbildning i munhälsa för vård- och omsorgspersonal. Utbildningen ska omfatta kunskap för att identifiera ohälsa och problem i munnen samt ge kunskap om hur vård- och omsorgspersonal kan ge munvård till personer med särskilda behov och sjukdomstillstånd. I Socialstyrelsens uppdrag ingår även att bedöma om andra yrkesgrupper såsom biståndshandläggare kan vara föremål för samma eller liknande utbildning. Detta medför i förlängningen att kommunerna även kan ges stöd kring vilken kompetens som är nödvändig och därmed vilken utbildning som deras personal behöver. Till stor del sammanfaller detta med målen för bedömningen av munhälsan i det nationella kvalitetsregistret Senior Alert[85] där 97 procent av kommunerna och ett stort antal privata vårdgivare är anslutna.[86] Bedömningsinstrumentet ROAG[87] används och utbildningsaktiviteter, både fysiska och digitala, genomförs för att lära ut hur instrumentet korrekt ska fyllas i och hur resultatet ska användas.

Regionernas ansvar för utbildning av personal inom kommunal verksamhet är inte författningsreglerad men lyfts i förarbeten som en del av den uppsökande verksamheten. I den utredning som föregick införandet av 1999 års tandvårdsstöd föreslogs en förstärkning av handledningen i det praktiska arbetet kring enskilda personers dagliga munvård, så att personalen kan hjälpa personer som behöver och vill ha hjälp med den dagliga munvården.

Mot bakgrund av kommunernas tydliga lagreglerade ansvar för de kommunala verksamheternas kvalitet och för att personalen har den

[84] 3 kap. 3 § socialtjänstlagen.
[85] Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister med syftet med att arbeta förbyggande, registrera riskbedömningar och åtgärder som vidtas för att därmed förbättra vård och omhändertagandet och öka säkerheten för patienter och personer i regionernas hälso- och sjukvård och kommunernas sociala omsorger. Det som registreras är risk för fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion.
[86] Senior Alert, årsrapport 2018.
[87] ROAG (Revised Oral Assessment Guide) bedömer risk för ohälsa i munnen.

utbildning och erfarenhet som krävs, är det svårt att motivera varför just utbildning och kompetensutveckling inom området munvård och munhälsa skulle bekostas och regleras på annat sätt. Den ordning som innebär att regionerna inom ramen för den uppsökande verksamheten ska bedriva munvårdsutbildning riskerar att ytterligare förstärka synen på munhälsa som något separerat från övrig hälsa och omsorg. Utredningen föreslår därför att regionernas ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunal verksamhet upphör.

Detta hindrar emellertid inte att kommunen kan efterfråga tandvårdens kompetens och att tandvården kan genomföra utbildningsinsatser på uppdrag av den ansvariga nämnden (kommunen) eller den som yrkesmässigt bedriver enskild verksamhet.

10.8 Ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid

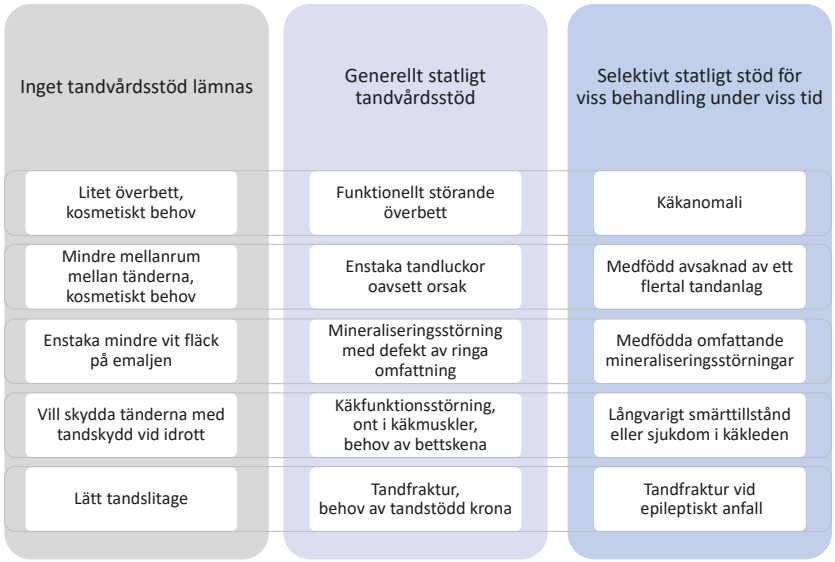
Förslag: Ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid införs för personer med specifika odontologiska tillstånd som är medfödda eller förvärvade. Detta för att uppnå en mer jämlik munhälsa genom att ge personer med medfödda eller förvärvade tillstånd bättre förutsättningar att få en funktionell oral funktion.

Vid ikraftträdandet av bestämmelser om statligt selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid ska regionalt särskilt tandvårdsstöd för oralkirurgiska åtgärder, tandvård som ett led i sjukdomsbehandling och utbyte av tandfyllningar i regional regi upphöra efter en övergångsperiod avseende pågående och tillstyrkt behandling. Se även förslag om ett regionalt tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården, avsnitt 10.10.

Skälen för utredningens förslag: Selektivt stöd för viss tandvård har funnits under lång tid och är således väl beprövat även om vissa förändringar skett under åren. I samband med att tandvårdsstödet infördes år 1974 tillfördes grupper med medfödda eller förvärvade tillstånd som skulle få särskilt stöd vid behandling av dessa tillstånd jämfört det stöd som lämnades vid annan tandvårdsbehandling. Utredningen menar att detta bör gälla även fortsättningsvis. I dag ges stöd till dessa grupper genom särskilt tandvårdsstöd inom regio-

nerna för led i en sjukdomsbehandling samt viss oralkirurgi. Utredningen har inte för avsikt att göra stora förändringar kring vilka patientgrupper som omfattas, det finns skäl till att just dessa grupper har lyfts fram av såväl myndigheter, tidigare utredningar, patientföreningar och företrädare för tandvården under årens lopp. Däremot kan regelverket även hanteras genom myndighetsföreskrifter i ett syfte att bättre tydliggöra gränsdragningar och definitioner av vad som ska omfattas. Utredningen ser också att det finns skäl att föra in vissa nya grupper som även dessa har särskilda behov. I och med att det selektiva stödet blir en del av det statliga tandvårdsstödet bör gränserna mellan vilka tillstånd och behandlingar som ska omfattas av respektive del kunna göras tydliga.

Figur 10.8 Exempel på patienters fördelning i tandvårdssystemet och gränsdragning mellan olika tandvårdsstöd



I dagens regionala tandvårdsstöd utförs viss tandvård inom käkkirurgisk klinik i enlighet med 2 § tandvårdsförordningen. I Socialstyrelsens rapport från år 2018 beskrivs att käkkirurgiska kliniker hanterar smärtpatienter med stor variation, både vem som organisatoriskt tar hand om patienterna och vilket ekonomiskt regelverk som används. Utredningen menar att det är svårt att hävda att behandlingen av smärtpatienter ska finnas på sjukhuset av patient-

säkerhetsskäl, även om samarbete med sjukvården kan behövas i vissa fall. Liknande förhållanden gäller för utredning och behandling av munslemhinneförändringar som traditionellt har utförts av käkkirurger. Sedan specialistområdet orofacial medicin infördes år 2018 finns såväl kompetens inom detta område vid käkkirurgiska kliniker som vid specialistmottagningar i öppenvården. Utredningen ser att det är av vikt att behandlingar som enbart kräver samverkan med sjukvården men inte sjukvårdens lokaliteter av patientsäkerhetsskäl inte undanhålls det fria valet och väljer därmed att föreslå att denna tandvård ska ingå i det selektiva stödet för viss behandling. En sådan förändring kan också medföra att patientens tillgänglighet till vården förbättras.

Utredningen har haft i uppdrag att lämna förslag till en reglering för tandvård till personer med särskilda behov. Med särskilda behov avses i detta avsnitt en persons aktuella behov av tandvårdsbehandling av ett specifikt odontologiskt tillstånd som behöver specialiserad tandvård för sin behandling, orsakat av en sjukdom eller skada som personen drabbats av, alternativt haft från födseln. Det kan exempelvis röra sig om personer med en medfödd missbildning eller med långvariga smärtor i käkområdet. Andra exempel är personer med sjukdom i munslemhinnan eller där tand eller käke skadats av medicinsk sjukdom eller sjukdomsbehandling. Dessa personers behov av behandling ska enligt utredningens förslag omfattas av ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid för att habilitera alternativt rehabilitera till en för individen bästa möjliga orala funktion. Gemensamt för dessa tillstånd är att odontologisk kompetens krävs för att utreda tillståndet och planera vilken behandling som behövs och som kan utföras.

I samband med införandet av ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid ska tandvårdsförordningen upphöra att gälla och därmed de regionala stöden för oralkirurgiska åtgärder, tandvård som ett led i sjukdomsbehandling och utbyte av tandfyllningar i regional regi. Övergångsregler föreslås för behandlingar som påbörjats före ikraftträdandet och för sådana behandlingar som har en tillstyrkt förhandsprövning. För sådan behandling gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandlingen är slutförd, se vidare kapitel 13. I samband med att det regionala tandvårdsstödet för oralkirurgiska åtgärder upphör, föreslås även en ändring med anledning av detta i förordning (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m. Se avsnitt 1.7.

10.8.1 Målgrupp för stöd för viss behandling, under viss tid

Förslag: 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 utföras på föreskriftsnivå och föregås av ett utvecklingsarbete av berörda myndigheter.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen föreslår att ett statligt selektivt tandvårdsstöd under viss tid för viss behandling införs för personer med särskilda behov. Stödets målgrupp är personer som drabbats av ett specifikt odontologiskt tillstånd. Målgruppens specifika tandvårdsbehov kan vara orsakat av ett medfött tillstånd, en allmänsjukdom eller en lokal sjukdom eller skada i käkområdet. Tandvårdsbehovet kan även ha orsakats av en biverkan eller sidoeffekt av en medicinsk behandling, vilket även inbegriper kirurgiskt ingrepp. Det finns således ett samband mellan sjukdomen alternativt tillståndet och behovet av att få viss tandvårdsbehandling utförd. Tandvårdsbehovet ska för att omfattas av stödet vara av en viss omfattning.

Avsikten är att de tillstånd som i dag har identifierats i tandvårdsförordningen och därefter preciserats av regionerna även fortsättningsvis bör omfattas av selektivt stöd. Omfattningen av den tandvård som ingår i stödet för dessa tillstånd behöver dock tydliggöras och förändras i vissa delar. Ett sådant exempel är personer med ätstörningssjukdom som redan under sin sjukdomsbehandling bör kunna få stöd för viss bevarande fyllningsterapi för att förhindra en omfattande och komplicerad protetisk behandling i ett senare skede.

Utöver de tillstånd som i dag omfattas har utredningen identifierat ytterligare några tillstånd som bör omfattas i ett nytt stöd för viss behandling. Det gäller käkdefekt efter trauma, dysfunktionell ocklusion efter käkledssjukdom eller käkledskirurgi, tandskador under pågående ätstörningssjukdom samt tandskador efter strålbehandling mot huvud-halsregionen alternativt annan orsak som medfört avsaknad av salivsekretion.

Utredningen föreslår att det selektiva stödet under viss behandling under viss tid indelas i fem olika huvudgrupper.

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.

För det selektiva stödet för viss behandling under viss tid behövs tydliga och utförliga regler i föreskrifter om vilka tillstånd som ska omfattas i ovanstående grupper, vilka åtgärder som kan ersättas för varje tillstånd samt eventuella specifika villkor för exempelvis antalet åtgärder. Den närmare regleringen bör föregås av ett utvecklingsarbete mellan berörda myndigheter. I detta föreskriftsarbete är det enligt utredningen viktigt att säkerställa att de tillstånd och behandlingar som omfattas av de särskilda stöden så långt det är möjligt har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet, bygger på bästa tillgängliga kunskap och i övrigt överensstämmer med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård. Stödet bör därför regelbundet ses över avseende vilka tillstånd som ska omfattas och vilken behandling som ska ersättas. Nya tillstånd eller nya behandlingar kan tillkomma och nytt vetenskapligt underlag kan visa på att befintliga behandlingar kan behöva utmönstras eller att vissa tillstånd inte längre bör omfattas. Ett sådant exempel på utveckling som medfört behov av nytt tillstånd sedan tandvårdsförordningen togs fram är käkbensnekros som kan relateras till behandling med antiresorptiva läkemedel mot bland annat cancer och exempel på nya behandlingar som

tillkommit därefter är ledinjektioner eller artroskopi vid käkledsproblem.

Nedan följer viss information om de patientgrupper som föreslås omfattas av selektivt stöd för viss behandling under viss tid. Se även bilaga 5 för mer information om utredningens förslag kring vilka tillstånd som bör omfattas, vad som bör ersättas samt vad som i övrigt föreslås gälla. Det blir dock myndigheternas uppdrag att föreskriva om dessa detaljer. Övriga patientgrupper enligt 2, 3, 4–7 §§ tandvårdsförordningen som i dag får regionalt särskilt tandvårdsstöd där behovet av tandvårdsbehandling i stället vanligen initieras av sjukvården som en del av sjukvårdens behandling, föreslås kvarstå inom regionernas regi i ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården. För denna behandling se avsnitt 10.10.

Medfödd missbildning i käkområdet som inte är ringa

Patienter med en medfödd missbildning som ej är ringa bör ges förutsättningar att uppnå en oral förmåga att tugga och tala utan större hinder med ett utseendemässigt godtagbart resultat. Missbildningar som kan omfattas är avsaknad av tandanlag, mineraliseringsstörningar, grava basala käkanomalier med mera. Tydliga och objektiva kriterier ska ange omfattningen eller svårighetsgraden av missbildningen för att anvisa vilka patienter som omfattas av stödet.

Defekt i käken orsakad av sjukdom, medicinsk behandling eller trauma

Patienter med en defekt i käken som uppkommit av olika skäl bör ges förutsättningar att uppnå en oral förmåga att tugga och tala utan större hinder med ett utseendemässigt godtagbart resultat. Defekt i käken kan exempelvis vara nekros i käkbenet eller käkdefekt efter en tumör. Utredningen föreslår att de tillstånd i dag som omfattas av gruppen kompletteras med ett nytt tillstånd som är käkdefekt efter trauma. I tillståndet omfattas inte skador som enbart omfattar tänder som behöver rehabiliteras. Sådana tandskador omhändertas av olycksfallsförsäkringar, arbetsskadeförsäkringar etcetera och ersätts inom det generella statliga tandvårdsstödet.

Tandskada orsakad av allmänmedicinsk sjukdom eller dess behandling

Patienter med en tandskada som orsakats av en allmänmedicinsk sjukdom eller av dess behandling bör ges förutsättningar att uppnå en oral förmåga att tugga och tala utan större hinder med ett utseendemässigt godtagbart resultat. Det kan exempelvis vara tandskada som uppkommit vid ett epileptiskt anfall eller på grund av avsaknad av salivsekretion.

I gruppen ingår även tandskador som orsakats av ätstörningar. Här föreslår utredningen ett ökat fokus på att behandla patienterna under deras sjukdomstid genom uppbyggnad med fyllnadsmaterial om tänderna fått betydande skador, exempelvis blivit korta, i stället för att avvakta slutförd sjukdomsbehandling och tillfrisknande. Därmed kan ytterligare tandsubstansförluster och påföljande omfattande protetisk behandling undvikas och personen fungera bättre socialt, vilket positivt kan påverka tillfrisknandet.

I gruppen föreslås även att patienter som fått strålning mot huvud/hals ska omfattas eftersom strålbehandling kan leda till svåra tandskador om salivsekretionen slås ut. Förslaget innebär att dessa ska följas med regelbundna kontroller under två år efter avslutad strålning för att i tid hitta de patienter som drabbas svårt av kariessjukdom. Av de patienter som strålas mot huvud/halsregionen får en mindre grupp allvarlig kariesutveckling. Utredningen föreslår att dessa och andra patienter som av annat skäl förlorat sin salivsekretion och får allvarlig kariesutveckling bör omfattas av stödet för att få behövlig kariesbehandling.

Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma

Patienter med långvariga eller svåra smärttillstånd alternativt defekt eller sjukdom i käkleden bör ges förutsättningar att uppnå en frihet, eller reduktion[88] av, smärta och en förbättrad oral förmåga. Det kan exempelvis vara patienter med reumatisk sjukdom där käklederna involverats med svår smärta eller förändringar i bettet som följd, eller patienter med smärta i käkarna som varat i mer än tre månader. Det kan även vara patienter med akut, svår smärta i käkarna med okänd

[88] Smärtfrihet är inte alltid möjligt att uppnå, även om det alltid eftersträvas.

orsak. Utredningen föreslår även att behandling av dysfunktionell ocklusion efter käkledskirurgi eller sjukdom i käkleden omfattas. Såväl käkledskirurgi som sjukdom i käkleden kan i vissa fall leda till att överkäken och underkäken inte längre passar ihop vilket ger svårigheter för patienten att tugga.

För att identifiera de patienter som bör omfattas i denna grupp inom det selektiva stödet för viss behandling föreslås att en inledande undersökning hos specialist i bettfysiologi eller käkkirurgi ska ingå i stödet innan prövning av fortsatt tillhörighet sker hos Försäkringskassan. Detta för att patienter som inte tillhör målgruppen i stället ska hänvisas till allmäntandvården, till specialisttandläkare inom endodonti eller orofacial medicin inom det generella tandvårdsstödet, alternativt till hälso- och sjukvården beroende på orsak till smärtan och därmed inte ska prövas för selektivt stöd.

Oralmedicinska tillstånd i munslemhinnan

Patienter med oralmedicinska tillstånd bör ges förutsättningar att uppnå en frihet, eller reduktion av smärta och infektion, samt om möjligt en frånvaro från sjukdom och en förbättrad oral förmåga. Tillstånd som bör omfattas är patologiska förändringar i munslemhinna och läppar. Exempel på sådana förändringar är infektioner, avvikande rektioner mot dentala material och vessico-bullösa läsioner som finns både i munnen och på huden. Vissa slemhinneförändringar har en viss risk för malignisering, om än låg, vilket gör att regelbunden uppföljning krävs. Maligna och misstänkt maligna tillstånd ska däremot, enligt förarbeten till tandvårdslagen, remitteras vidare för att utredas och behandlas inom hälso- och sjukvården då dessa tillstånd inte omfattas av tandvårdslagen.[89] Denna remittering ska givetvis kvarstå.

Även för denna grupp inom det selektiva stödet för viss behandling föreslås en inledande undersökning hos specialisttandläkare inom orofacial medicin, käkkirurgi eller parodontologi ingå i stödet för att identifiera de patienter som bör omfattas innan prövning av tillhörighet sker hos Försäkringskassan. En undersökning kan även ske genom att specialisten delges foton i digital form. Förfarandet föreslås för att patienter av kostnadsskäl inte ska avstå att undersöka

[89] Prop. 1984/85:79 med förslag till tandvårdslag m.m.

förändringarna och för att de som inte tillhör målgruppen ska hänvisas till allmäntandvården och det selektiva stödet alternativt till hälso- och sjukvården beroende på orsak till det oralmedicinska tillståndet.

10.8.2 Tillvägagångssätt för att pröva tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid

Förslag: Personer som kan omfattas av det selektiva tandvårdsstödet för viss behandling under viss tid ska kunna identifieras av såväl tandvård som hälso- och sjukvård. Vårdgivaren inom tandvården ska, under vissa förutsättningar, erbjuda patienten att en prövning till selektivt stöd initieras. 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 specialist ingå i stödet innan Försäkringskassan utför en prövning om tillhörighet.

Utredningen ser det som värdefullt att patienten framgent inte ska vara beroende av att hälso- och sjukvården initierar en tandvårdsbehandling inom selektivt stöd. I dag har remisser från tandvården på vissa håll inte accepterats enligt regionens anvisningar som en grund för prövning, vilket medfört ett behov för individen att få ett läkarintyg för att kunna ges tillhörighet till tandvård som ett led i sjukdomsbehandling inom regionens särskilda stöd. Patientens behov av vård bör enligt utredningens uppfattning vara styrande, inte vem som har skrivit remissen. Behandlingsbehov inom detta selektiva stöd observeras ofta av tandvårdens behandlare. Utredningen föreslår att om vårdgivaren inom tandvården uppmärksammar att patienten har ett behov som kan omfattas av stödet för viss behandling under viss tid ska denne erbjuda patienten att en prövning initieras alternativt erbjuda remittering för specialistundersökning och vidare prövning. Undantag görs för tandvårdsmottagning som endast utför akut verksamhet.

Det selektiva stödet för viss behandling under viss tid omfattar personer med specifika odontologiska tillstånd som är medfödda eller förvärvade och majoriteten av patienterna kommer att vara remitterade till en specialisttandläkare för utredning och behandling.

Det blir därmed i de flesta fall en specialisttandläkare som kommer att skicka in underlag till Försäkringskassan för prövning av patientens tillhörighet till stödet, men för vissa patienter även från allmäntandvården.

Huvudprincipen är att prövning om patientens tillhörighet till selektivt stöd för viss behandling görs till Försäkringskassan enligt kriterierna för det aktuella tillståndet. Efter genomförd behandling av vissa tillstånd kan patienten anses rehabiliterad, det kan exempelvis vara fallet vid medfödd missbildning eller defekt i käken. Dock kan en del personer behöva stöd mer än en gång i livet för samma tillstånd och det ska därför vara möjligt att prövas in flera gånger, exempelvis om en käkprotes behöver förändras. Vid vissa andra tillstånd har patienten genom behandlingen inte kunnat rehabiliterats fullt ut, men fått lindring av sina besvär alternativt lärt sig hantera dem. Även dessa personer kan behöva ytterligare behandling längre fram i livet. Det kan exempelvis gälla vid långvariga smärttillstånd eller oralmedicinska tillstånd. En förenklad prövning för att åter få tillhörighet bör då kunna göras. En tredje variant gäller vissa tillstånd där patientens tillhörighet prövats vid första tillfället när behandlingsbehov uppstår och där nya behov av mindre behandling beroende på grundsjukdomen kan uppstå på nytt. Det kan exempelvis gälla en person med epilepsi som efter ett nytt anfall behöver få en tand reparerad med en fyllning eller en person med reumatisk sjukdom med påverkad käkled som får en akut käkledsartrit och behöver en ytterligare ledinjektion. Vid dessa tillstånd och eventuellt ytterligare tillstånd bör tillhörigheten till stödet kunna gälla under längre tid för behandlingar som inte omfattas av kravet på förhandsprövning.

Behov av stöd för viss behandling som tandvården upptäcker och initierar bör vid prövning av Försäkringskassan kunna vidimeras exempelvis genom befintlig röntgen, foto, studiemodell eller olika mätvärden samt i vissa fall tillsammans med intyg eller remiss från hälso- och sjukvården.

Försäkringskassan prövar om patienten tillhör den aktuella gruppen i det selektiva stödet genom att kontrollera att ställda villkor och kriterier som framgår av regler på föreskriftsnivå är uppfyllda. Patienten får ett tydligt beslut kommunicerat från Försäkringskassan med vad som omfattas av beslutet, alternativt en förklaring till varför tillhörighet inte medges. Beslutet bör vara möjligt att överklaga, se avsnitt 10.5.7.

Inledande undersökning av specialisttandläkare vid vissa tillstånd

Specialisttandläkare har en fördjupad kompetens och föreslås ges bättre möjligheter att utreda långvarig eller svår smärta samt oralmedicinska tillstånd inom det selektiva stödet för att skapa underlag för bedömning av patientens fortsatta tillhörighet till stödet.

För grupp 4 långvarig eller svår smärta alternativt defekt eller sjukdom i käkleden, och grupp 5 oralmedicinska tillstånd i slemhinnan, föreslår utredningen att en undersökning av en specialist inom aktuellt odontologiskt område vid behov ska ersättas inom det selektiva stödet under viss tid för viss behandling utan att en förhandsprövning först utförs om tillhörighet. Detta föreslås även gälla för de patienter som efter undersökningen hänvisas till annat ersättningssystem. Skälet är att vid undersökningen ska patienter med tillstånd som inte omfattas av det selektiva stödet kunna identifieras och därmed inte förhandsprövas i onödan. Det kan exempelvis vara patienter med medicinska åkommor som ska hänvisas till hälso- och sjukvården eller patienter med tillstånd som i stället omfattas av det generella statliga tandvårdsstödet. Undersökningen medför också att Försäkringskassans prövning ges ett adekvat underlag och att patienten inte väljer att avstå en av hälsoskäl viktig undersökning av ekonomiska skäl.

10.8.3 Regler för tillämpning

Förslag: När patienten fått sin tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för viss behandling prövad ska regelverket närmare anvisa vilken behandling som kan utföras och vilka eventuella villkor som kan gälla för behandlingen. Detta i likhet med hur det generella statliga tandvårdsstödet är uppbyggt.

För vissa behandlingar kan förhandsprövning krävas av detaljerat behandlingsförslag.

TLV ges uppdraget att föreskriva om specifika tillstånd och behandlingar, när förhandsprövning ska utföras samt beräkna fast ersättning per åtgärd.

En viktig utgångspunkt för utredningen är att ett nytt selektivt stöd inte ska vara beroende av inom vilken lokalitet som behandling sker, dvs. i tandvårdens eller sjukvårdens lokaler. Behandling ska kunna fås där kompetensen finns, dvs. följa principen för effektiv och nära vård. Behandlingen ska således kunna utföras vid specialisttandläkarmottagning, inom allmäntandvården eller vid käkkirurgisk klinik inom ett sjukhus. Villkoren för stödet ska inte heller vara beroende av vem som remitterar en patient utan det är patientens defekt eller sjukdom som ska vara avgörande.

När prövningen av tillhörighet är tillstyrkt av Försäkringskassan omfattas patienten av stödet och behandlaren kan använda de åtgärder som behövs för behandling i det enskilda fallet utifrån regelverket för det aktuella tillståndet. I det fall vårdgivaren vid patientbesöket upptäcker något som är odontologiskt eller medicinsk nödvändigt att utföra direkt utan att invänta en förhandsprövning föreslår utredningen att förhandsprövning ska kunna utföras när den nödvändiga åtgärden slutförts, alternativt vid samma besökstillfälle. Det kan exempelvis vara ett behov av provisoriska kronersättningar vid tandskada som orsakats vid ett epileptiskt anfall. Om behandlingen därefter vid förhandsprövning inte visar sig varit ersättningsberättigande lämnas inte selektivt stöd. Vid vissa tillstånd, eller vissa behandlingar, kan krav ställas att förhandsprövningen ska innehålla ett detaljerat behandlingsförslag. Förslaget innebär trots kravet på ytterligare förhandsprövning en enklare hantering än i dagens regionala selektiva stöd för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling där förhandsbedömning för flertalet patientgrupper regelmässigt innebär prövning av behandlingsförslag med åtgärdskoder. Prövningarna förenklas även av att de görs digitalt i behandlarens journalsystem mot Försäkringskassan, samma system som används i dag inom det generella statliga tandvårdsstödet. Vid vissa situationer när fullständig behandlingsplanering inte kan utföras från början, alternativt planeringen behöver ändras, kan ytterligare förhandsprövning hos Försäkringskassan tillkomma.

Utredningen ser flera fördelar med det föreslagna förfarandet:

– Endast där det finns skäl ska särskild prövning av behandling utföras vilket ger en minskad administration för tandvården och Försäkringskassan.

– Kontroll och bekräftelse om vad som omfattas genom förhandsprövning innan en protetisk behandling påbörjas, vilket säkerställer kostnaden både för staten och vårdgivaren.
– Efterhandskontroller behövs inte av den förhandsprövade och ofta kostsamma behandlingen eftersom endast de prövade proteiska åtgärderna kan inrapporteras.

TLV föreslås ta fram föreskrifter för det selektiva stödet för viss behandling som behöver innehålla särskilda tillstånd och åtgärder som endast ska vara möjliga att tillämpa inom det selektiva stödet för viss behandling, men som inte ska vara ersättningsberättigande inom det generella statliga tandvårdsstödet. Nämnden för statligt tandvårdsstöd behöver även ta ställning till den fasta ersättning som ska lämnas per utförd åtgärd inom stödet.

När en vårdgivare föreslår en mer omfattande behandling till en patient inom det generella tandvårdsstödet ska vårdgivaren även ge en skriftlig behandlingsplan. Utredningens förslag är att detta krav även ska omfatta behandling inom selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid, men inte det långvariga stödet för basal tandvård. Ett skäl som föranledde införandet av kravet på skriftlig behandlingsplan år 2008 var att när patienten behöver en mer omfattande behandling ska förutsättningar ges för patienten att kunna ta ställning till behandlingen och vårdgivarens pris för denna. Detta för att stärka patientens ställning, öka patientrörligheten och få fler patienter att få kunskap om och kunna ifrågasätta vårdgivarens behandlingsförslag. Skälet om att kunna ta ställning till vårdgivarens pris för behandlingen är inte tillämpligt för patienter inom de selektiva stöden. Många patienter inom visstidsstödet kommer att behandlas inom specialisttandvården vilket innebär att möjligheten till patientrörlighet är begränsad inom denna slags vård eftersom antalet specialisttandläkare inom en viss specialitet är begränsade regionalt. Däremot kan en relativt många patienter inom stödet för viss behandling behöva en omfattande behandling där det även kan finnas flera olika behandlingsalternativ att ta ställning till, exempelvis vid medfödda missbildningar eller rehabilitering efter defekter. Av det skälet anser utredningen att kravet om skriftlig behandlingsplan även ska gälla inom det selektiva stödet för viss behandling. Utredningen föreslår samtidigt att gränsen för när en behandling ska ses som omfattande ska framgå direkt av förordningen. Förslaget är att

gränsen sätts när behandlingens sammanlagda kostnad, beräknad i fastställda priser, uppgår till minst 15 000 kronor, det vill säga överstiger den övre gränsen för högkostnadsskyddet inom det generella tandvårdsstödet. Om gränsen, se vidare avsnitt 9.2.4.

Särskilda villkor för behandling inom selektivt stöd för viss behandling

Utredningen bedömer att det finns behov av särskilda villkor för behandling som enbart gäller för det selektiva stödet för viss behandling och som regleras på föreskriftsnivå. Utredningen föreslår exempelvis att för grupp 1 medfödda missbildningar och grupp 2 defekt i käken bör diagnoser ställas och behandlingen terapiplaneras av specialisttandläkare, men behandlingen kan därefter utföras av annan tandläkare. Ortognat kirurgi bör enligt utredningen utföras av specialisttandläkare. För grupp 3 tandskada orsakad av allmänmedicinsk sjukdom eller dess behandling föreslås att läkarintyg eller annat medicinskt underlag krävs om att patienten har epilepsi eller att ätstörningssjukdom finns, alternativt har färdigbehandlats. För grupp 4 långvarig eller svår smärta alternativt defekt eller sjukdom i käkleden och grupp 5 oralmedicinska tillstånd i slemhinnan föreslås att en inledande undersökning och diagnostik utförs av specialisttandläkare. För ytterligare beskrivning se bilaga 5.

10.8.4 Tandvård som omfattas av selektivt stöd för viss behandling under viss tid

Förslag: De behandlingar som kan ingå för att behandla ett visst tillstånd inom selektivt stöd för viss behandling under viss tid kommer att skilja sig åt beroende på vilket tillstånd som ska behandlas och dess svårighetsgrad. Vissa behandlingar kan vara så specifika att de inte i förväg kan beskrivas i föreskrifter utan får i stället ersättas genom en tidsersättning. För samtliga fem huvudgrupper gäller att såväl utredning som behandling av tillståndet ska omfattas.

Det bör finnas omgörningsregler om en behandling behöver utföras på nytt inom en viss tid.

För var och en av de fem huvudgrupperna ska tydliga regler ange vilka åtgärder som kan ersättas för varje tillstånd samt eventuella specifika villkor för exempelvis antalet åtgärder. Detta är i sin konstruktion motsvarande som hur det generella tandvårdsstödet är uppbyggt i dag. För detaljerat förslag se bilaga 5.

Utredningen har även diskuterat att det kan behövas tidsdebitering vid mycket ovanliga behandlingar eller konstruktioner som inte återfinns i en åtgärdslista. Det kan exempelvis gälla en udda konstruktion vid käkdefekt där behandlingen är så ovanlig att det inte finns åtgärder för denna inom stödet. Möjlighet till tidsdebitering finns inte kvar inom det statliga tandvårdsstödet efter år 2008, men finns i dag vanligen i regionernas prislistor med regionspecifika åtgärdskoder för behandling inom dagens regionala stöd.

Omgörning inom selektivt stöd för viss behandling

En omgörningsregel innebär en begränsning där statligt tandvårdsstöd inte lämnas på nytt för vissa åtgärder inom en bestämd tidsperiod, i det fall behandlingen måste göras om. Redan i tandvårdstaxan från 1974 fanns i 8 § fastställt att en tandläkare inte fick tillgodoräkna sig arvode när en behandling med fast protes helt eller delvis behövde göras om inom två år, respektive ett år för avtagbar protes.

Omgörning är inte samma sak som garanti. Garantier för utförd tandvård är en överenskommelse mellan vårdgivare och patient där vårdgivaren presenterar villkoren. Författningar om statligt tandvårdsstöd reglerar därför inte frågor om garantier. Som framgår av avsnitt 2.4.5 föreslår dock utredningen att garantier inom tandvården bör utredas vidare, vilket är väsentligt inte minst vad gäller de patienter som omfattas av det selektiva stödet.

För samtliga protetiska behandlingar inom selektivt stöd för viss behandling bör gälla att vårdgivaren ska stå för eventuell omgörning under motsvarande tidsperiod som i det generella statliga tandvårdsstödet: tre år för fastsittande konstruktioner inklusive implantat och ett år för avtagbara konstruktioner såvida inte något av de reglerade undantagen gäller. Reglerna för omgöring kan dock behöva modifieras för vissa tillstånd eller behandlingar inom det selektiva stödet. En viktig fråga att reglera i kommande föreskrifter för det selektiva stödet för viss tid är vad som ska gälla för omgörning efter en längre

tidsperiod. En protetisk konstruktion varar normalt inte under en persons hela livstid. För grupp 2 Defekt i käken som orsakats av sjukdom, medicinsk behandling eller trauma anser utredningen att omgörning eller justering av en konstruktion efter mer än tre år behöver kunna ersättas inom det selektiva stödet eftersom varken tillstånd eller åtgärder för sådan behandling finns inom det generella tandvårdsstödet. Se vidare diskussion i bilaga 5.

Gruppspecifika detaljer om tandvård som bör omfattas

Medfödd missbildning i käkområdet, som inte är ringa

Utöver undersökning och diagnostik föreslår utredningen att ortodontisk, kirurgisk och/eller protetisk behandling ersätts liksom eventuella övriga tillkommande behandlingar, exempelvis rotbehandling. Behandlaren avgör i samråd med patienten vilken behandling inom tillståndet som ska utföras. Endast fastsittande protetik med eller utan kombination med ortodonti, behöver förhandsprövas med detaljerat behandlingsförslag. Ett uppföljande kontrollbesök efter ett år bör ingå.

Defekt i käken orsakad av sjukdom, medicinsk behandling eller trauma

Utöver undersökning och diagnostik föreslår utredningen att kirurgisk och/eller protetisk behandling ersätts liksom eventuella övriga tillkommande behandlingar, exempelvis rotbehandling. Endast fastsittande protetik, med eller utan kombination med ortodonti, föreslås kräva en förhandsprövning av detaljerat behandlingsförslag.

Vid större käkdefekter orsakade av tumörer eller trauma behöver någon form av protetisk konstruktion åter bygga upp käken inklusive förlorade tänder. Denna behandling planeras och utförs vanligen av specialisttandläkare i protetik efter att käken behandlats kirurgiskt. Dessa specialkonstruktioner behöver oftast även fortsatt kontroll hos specialist. Den rekonstruktiva kirurgin samt kirurgi av större defekter som av patientsäkerhet kräver ett sjukhus tekniska eller medicinska resurser kommer enligt utredningens förslag att planeras och utföras inom det regionala tandvårdsstödet i samverkan med hälso- och sjukvården, se avsnitt 10.10 och bilaga 6. Planering

av dessa patienter sker multiprofessionellt mellan sjukvård och tandvård. Patienten kommer efter den kirurgiska behandlingen att ha det tillstånd som sjukvården kan åstadkomma med sin behandling. Därifrån tas det protetiska behandlingsförslaget fram för förhandsprövning av Försäkringskassan. Ett uppföljande kontrollbesök efter ett år bör ingå.

För något tillstånd kan behandling som ersätts med timersättning behövas vid mycket ovanliga behandlingar eller konstruktioner som inte kan åtgärdssättas på förhand.

Tandskada orsakad av allmänmedicinsk sjukdom eller dess behandling

För patienter där tandskadan orsakats av ett epileptiskt anfall, ätstörningssjukdom eller reflux föreslås att reparation ersätts med villkor motsvarande kronregeln i statligt tandvårdsstöd inklusive nödvändig rotbehandling. I förekommande fall ersätts även tandextraktion och protetisk behandling av uppkommen tandlucka.

För patienter som fått strålbehandling mot huvud/hals föreslår utredningen att under två år efter avslutad strålning ingår kontroll av kariesutveckling, inklusive förebyggande behandling och reparation av uppkomna kariesskador.

Den grupp patienter som drabbas av allvarlig kariesutveckling beroende på att de helt förlorat sin salivsekretion orsakad av strålning mot huvud/hals bör omfattas av ett stöd för att få kariesbehandling vilket inbegriper förebyggande och reparativa åtgärder, inklusive rotbehandling och tandextraktion. Detsamma gäller patienter som av andra skäl har en avsaknad av salivsekretion, till exempel vid avsaknad av spottkörtlar. Syftet med behandlingen är att patienten ska få stöd i att bevara sin orala hälsa utan att behöva förlora tänder.

Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma

Utöver en första översiktlig undersökning av specialisttandläkare i bettfysiologi eller käkkirurgi innan prövning om tillhörighet i det selektiva stödet, föreslås att såväl utredning som behandling av smärttillstånd eller sjukdomar i käkleden ska ingå. Exempel på tandvårdsåtgärder är antiinflammatorisk behandling, rörelseträning, beteendemedicinsk

behandling eller bettskena. Kirurgiska ingrepp eller protetiska åtgärder kan ersättas vid vissa tillstånd.

Oralmedicinska tillstånd i munslemhinnan

Utöver en första undersökning av specialisttandläkare i orofacial medicin/ käkkirurgi/ parodontologi innan prövning om tillhörighet i det selektiva stödet, föreslår utredningen att fortsatt utredning ska ingå för samtliga patologiska oralmedicinska tillstånd medan behandling av slemhinneförändringen ingår vid vissa identifierade tillstånd, exempelvis vid risk för malignisering, om oralmedicinska tillståndet är en del av allmänmedicinsk sjukdom eller vid nedsatt immunförsvar. Exempel på tandvårdsåtgärder är läkemedelsbehandling, kirurgiskt avlägsnande, byte av fyllning samt kontroller. För övriga mindre allvarliga oralmedicinska tillstånd kan kontroll och eventuell behandling utföras inom allmäntandvården efter att diagnos har ställts.

10.9 Särskilt tandvårdbidrag upphör

Förslag: Särskilt tandvårdsbidrag, STB, upphör som bidrag.

Riskbedömning inom tandhälsoplan som en del av statligt tandvårdsstöd ska i stället omhänderta de patienter som är i behov av ökad förebyggande tandvårdsbehandling på grund av allmänhälsa.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen har uppdraget att utreda och lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. För det generella statliga tandvårdsstödet föreslår utredningen bland annat införande av en individuell tandhälsoplan för varje person i stället för dagens allmänna tandvårdsbidrag (ATB), se avsnitt 9.2.2. Tandhälsoplanen ska omfatta revisionsundersökning till alla, samt viss förebyggande tandvård till personer som har risk att utveckla oral sjukdom eller risk för progression av redan befintlig oral sjukdom. Beroende på personens risk ska tandhälsoplanen även ange personens intervall mellan revisionsundersökningarna. Förslaget om tandhälsoplan kopplar således personens behov av tandvård till en subvention utifrån personens risk-

nivå, till skillnad mot ATB som är ett generellt bidrag baserat på ålder oavsett behov.

Utredningen bedömer att införande av tandhälsoplan omhändertar patientens behov av förstärkta förebyggande insatser efter patientens risknivå på ett bättre sätt än ett bidrag såsom STB till vissa grupper.

Förutom olika riskfaktorer som direkt påverkar munhälsan kan en persons allmänhälsa också utgöra en riskfaktor. Vid vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar kan risken för försämrad munhälsa minskas genom att personen vid sidan av den väsentliga egenvården får stöd i form av viss förebyggande tandvård genom tandhälsoplan. Genom att även inkludera allmänmedicinska kriterier i riskbedömningen inom tandhälsoplan kan patienter som har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad munhälsa identifieras. Utredningen bedömer därmed att merparten av de patienter som i dag omfattas av STB i stället kan omhändertas inom tandhälsoplan och föreslår därför att STB upphör. Detta medför att de förebyggande insatserna grundas på den enskilda patientens risk i stället för att stöd ges till vissa utvalda diagnosgrupper. En och samma allmänsjukdom kan påverka en person i olika omfattning och därigenom ha varierande påverkan på personens munhälsa. Tandhälsoplanen kan genom riskbedömningskriterier som inkluderar medicinsk hälsa ifrån hälsodeklarationen i anamnesen omhänderta de patienter som behöver ett förebyggande stöd för att kunna bevara en godtagbar tandhälsa på längre sikt. Ett exempel kan vara en person som är muntorr på grund av läkemedelsanvändning, eller som på grund av sin allmänsjukdom har ordinerats korta intervall mellan matintag, vilket är en för munhälsan olämplig kosthållning som ökar risken för karies och erosion. Ytterligare ett exempel är patienter med diabetes som är en allmänmedicinsk sjukdom där det finns vetenskapligt bekräftat samband med tandlossning, särskilt om sjukdomen är svårinställd.

10.10 Regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov

Förslag: Vid sidan av de föreslagna selektiva stöden inom statligt tandvårdsstöd ska ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården införas för ett mindre antal vuxna patienter med särskilda behov. De patienter som på grund av ett medicinskt beslut behöver tandvård som en del av en sjukvårdsbehandling ska omfattas av ett tandvårdsstöd inom regionernas regi. Detta gäller även patienter i behov av käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska eller tekniska resurser.

Även de patienter vars medicinska sjukdom eller funktionsnedsättning medför att en sjukvårdsinsats krävs för att tandvårdsbehandling ska kunna utföras, ska få sjukvårdsinsatsen inom regionens stöd. Detta oavsett tandvårdsbehandlingens svårighetsgrad. För dessa patienter ges stöd för själva tandvårdsbehandlingen vanligen inom statligt tandvårdsstöd, antingen selektivt 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.

Vid ikraftträdandet av bestämmelser om ett regionalt tandvårdsstöd ska regelverket i tandvårdsförordningen för oralkirurgiska åtgärder, tandvård som ett led i sjukdomsbehandling, tandvård för extremt tandvårdsrädda personer och utbyte av tandfyllningar i regional regi upphöra. Se även förslag om statligt selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid, avsnitt 10.8.

Bedömning: Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att ta fram nationella kunskapsunderlag för en mer enhetlig vård och behandling.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen föreslår i kapitlets avsnitt 5, 6 och 8 ett nytt selektivt stöd som en del av det statliga tandvårdsstödet. Det finns dock viss tandvård för ett mindre antal patienter inom det regionala särskilda tandvårdsstödet i dag som inte lämpar sig att överföras till ett statligt tandvårdsstöd på grund av sin starka koppling till hälso- och sjukvården. Utredningen föreslår att

sådan tandvård ska omfattas av ett regionalt tandvårdsstöd för vuxna i samverkan med hälso- och sjukvården där patientens kostnad hanteras inom öppenvårdens högkostnadsskydd, vilket är naturligt eftersom tandvårdens insats i dessa fall är en del av en sjukvårdsbehandling. Övrig tandvård för patienten utförs inom det statliga stödet. Utredningen ser även att det finns anledning att i lagstiftningen förtydliga den praxis inom några områden som finns redan i dag i många regioner men där reglering saknas, exempelvis tandvårdsbehandling som kräver narkos eller vid palliativ vård. Detta för att göra systemet mer jämlikt över landet.

Utredningen har uppgiften att lämna förslag till en reglering för tandvård till personer med särskilda behov. Med särskilda behov avses i detta avsnitt således tre olika typer av situationer där tandvård antingen utförs på grund av ett medicinskt beslut av hälso- och sjukvården, eller där den tandvård som utförs på andra sätt kräver hälso- och sjukvårdens medverkan.

– Det finns tillfällen där vissa sjukvårdsinsatser är nödvändiga för att en tandvårdsbehandling ska kunna utföras. Det är situationer där sjukvården efter en medicinsk bedömning, baserad på patientens medicinska tillstånd eller funktionsnedsättning, bistår vid tandvårdsbehandlingen. Ett exempel är när avancerad sedering är nödvändig på medicinsk indikation för att kunna utföra en helt vanlig tandvårdsbehandling, på grund av svår kognitiv funktionsnedsättning som omöjliggör samarbete i tandvårdssituationen. I dessa fall då sjukvården bistår med en sjukvårdsinsats på grund av patientens medicinska tillstånd kommer tandvårdsbehandlingen enligt förslaget i de allra flesta fall att utföras inom det statliga tandvårdsstödet utifrån den aktuella patientens tillhörighet, medan sjukvårdsinsatserna utförs genom regionens försorg.
– Vid vissa medicinska tillstånd är det väsentligt att tandvård utförs som en del av en sjukvårdsbehandling. Det kan exempelvis vara en infektionssanering i munnen inför en hjärttransplantation.
– Vid vissa svåra odontologiska tillstånd är det väsentligt att sjukhusets resurser finns tillgängliga för att den odontologiska behandlingen ska kunna genomföras på ett patientsäkert sätt. Det kan exempelvis vara sådan käkkirurgi som utförs inom sjukhuset i samband med en käkfraktur.

Figur 10.9 Förslag till regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården

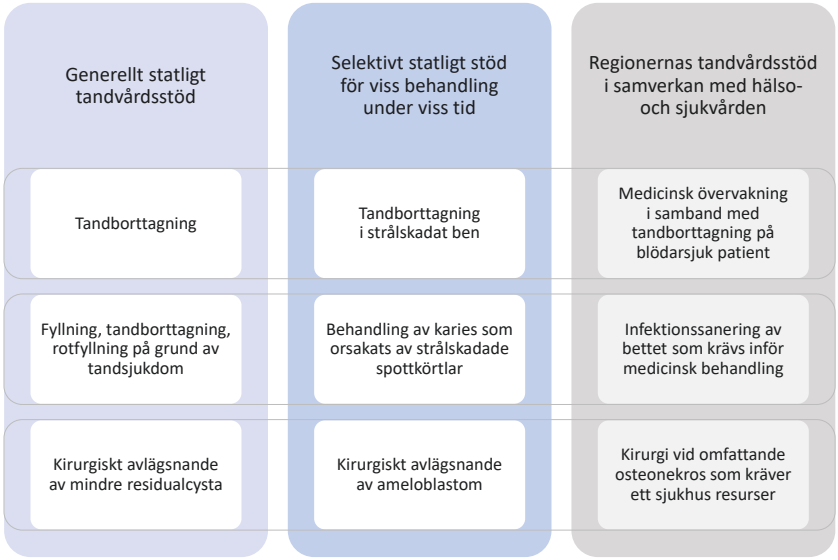


Ett grundläggande skäl till utredningens förslag om regionalt tandvårdsstöd för behandlingar som kan hänföras till sjukvården är att en statlig myndighet inte kan överpröva ett vårdbeslut som redan fattats av hälso- och sjukvården som ett led i patientens medicinska vårdplan.

Målet med förslaget om regionalt tandvårdsstöd är att medicinskt nödvändiga odontologiska behandlingar ska utföras på ett sådant sätt och vid sådan tidpunkt att den medicinska behandlingen kan utföras optimalt. Om en patients medicinska tillstånd kräver sjukhusets resurser ska tandvården kunna genomföras på ett patientsäkert sätt. Medicinskt motiverade odontologiska behandlingar bör jämställs med sjukvård vad gäller terapiplanering, beslutsmandat och behandling till patientavgift inom samma högkostnadsskydd. Det är väsentligt att patienten inte av ekonomiska skäl avstår från att göra en tandvårdsbehandling som kan påverka det medicinska resultatet.

En följd av förslaget att låta dessa behandlingar hanteras inom respektive region som ett regionalt tandvårdsstöd blir att det, i likhet med övrig hälso- och sjukvård, även fortsättningsvis kan förekomma regionala variationer i vilken tandvård som utförs inom tandvårdsstödet. Målet bör dock vara att ta fram ett gemensamt synsätt vad gäller god och effektiv vård. Detta dels genom de nationella utvecklingsarbeten gällande kunskapsstyrning som redan pågår, dels genom Socialstyrelsens stöd att ta fram kunskapsunderlag och nationella riktlinjer där behov finns. Ett sådant exempel är vid vilka medicinska behandlingar som en fullständig infektionssanering är ett nödvändigt medicinskt behov. För möjligheter till nationell kunskapsstyrning, se vidare kapitel 7.

Figur 10.10 Exempel på patienters fördelning i tandvårdssystemet och gränsdragning mellan olika tandvårdsstöd



Alternativa tillvägagångssätt

Ett alternativt tillvägagångssätt vore att i stället överföra även dessa behandlingar till det statliga tandvårdsstödet. Fördelen med detta alternativ är enkelheten att allt tandvårdsstöd kommer från en och samma instans. Utredningen bedömer dock att ett sådant alternativ skulle få oönskade styreffekter där Försäkringskassan utan möjlighet till egen prövning ges uppgiften att betala ut subvention för något som hälso- och sjukvården inom en region beslutat om. Risken är överhängande att alltmer tandvård skulle utföras via remiss från hälso- och sjukvården. Patientens behov kan även uppkomma med mycket kort framförhållning, i vissa fall akut vilket försvårar en administrativ hantering med en utomstående part. Försäkringskassan kan inte heller ta i anspråk sjukhusresurser. Det saknas även naturliga kanaler mellan beslutande hälso- och sjukvårdsinstans och Försäkringskassan.

Ett annat alternativ som utredningen övervägt är att låta denna tandvård omfattas helt av hälso- och sjukvården som en del av deras styrsystem såsom annan behandling som utförs inom HSL. Enligt

förarbeten[90] till tandvårdslagen ska inte maligniteter hänföras till tandvårdslagen vilket innebär att sjukvården ska omhänderta maligna sjukdomar i munhålan. På samma sätt skulle även tandvård som en del av sjukvårdens behandling och sjukvårdsinsatser för att bistå vid tandvårdsbehandling med hänsyn till patientens medicinska situation eller tillstånd kunna hanteras. Det kan motiveras att de odontologiska behandlingar som är medicinskt motiverade bör jämställas med sjukvårdsbehandlingar fullt ut och omhändertas inom hälso- och sjukvårdens ersättningssystem i sin helhet på samma sätt som övriga åtgärder som ingår i sjukvårdens behandling av allmänsjukdomen eller tillståndet.

Vanligen är det tandvården som uppmärksammar och ser en patients behov av tandvård. Men i dessa fall är det i stället sjukvården som ser behovet och efterfrågar tandvårdens insatser och som även står för planeringen av vården. Ett undantag från påståendet att det är sjukvården som ser behovet i dessa fall kan vara en patient med tandvårdsfobi som på grund av svår tandvärk ändå besöker tandvården akut. En person med tandvårdsfobi kan även besöka sjukvården akut för symtom som är relaterade till tänder och munhåla.

Att även ett odontologiskt beslut kan behöva fattas om vilken tandvårdsbehandling som ska utföras i det individuella fallet för att utföra den av sjukvården begärda tandvårdsinsatsen är sekundärt i dessa fall. Likväl att en tandvårdsresurs behövs för att utföra själva tandvårdsbehandlingen.

Det har dock lyfts mot utredningen att man ser en risk med att denna tandvård omfattas helt av hälso- och sjukvården om regioner kan tvingas att nedprioritera den vid knappa resurser. Utredningen har därför landat i att det förslag som lämnas är mindre omdanande och kan ses som ett alternativ som hamnar mellan de andra två alternativen, eftersom det överlämnar till respektive region att besluta hur hanteringen av patienterna ska ske praktiskt men att anslaget för regionens tandvårdsstöd ska kunna separeras från annan vård.

[90] Prop. 1984/85:79 med förslag till tandvårdslag.

Hur förslaget påverkar patientens förståelse för tandvårdssystemet

Den uppskattningsvis en procent av patienterna i den vuxna befolkningen som enligt utredningens förslag även fortsättningsvis kommer att få viss tandvård inom regionens tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården kommer även framgent att få möta två olika stödsystem. Dock är det i dessa fall en tandvård som är tätt förknippad med sjukhusbesök och sjukvård, i situationer där sjukvården är den part som informerar om att tandvård behöver utföras och under vilka förutsättningar som behandling sker. Utredningen ser därmed inte att detta kommer att minska förståelsen för patienten. Behandlingen sker även vanligen inom sjukhusets lokaler eller att sjukvården anvisar patienten vidare för behandling. Ett enkelt exempel kan vara en sömnapnéskena på grund av andningsuppehåll nattetid, eller en infektionssanering i munnen inför en hjärttransplantation. Den övriga tandvård som patienten kan vara i behov av sker inom det statliga tandvårdsstödet.

10.10.1 Målgrupp för regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården

Förslag: Personer som har behov av odontologisk behandling som en nödvändig del av sjukvårdens behandling samt personer som behöver sjukvårdsinsatser, eller ett sjukhus resurser, vid tandvård ska omfattas av det regionala tandvårdsstödet.

Regeringen föreslås föreskriva om de personer som omfattas av det regionala tandvårdsstödet.

Utredningen föreslår att det regionala tandvårdsstödet för vuxna i samverkan med hälso- och sjukvården delas upp i tre grupper:

– Medicinsk sjukvårdsinsats för att patienten ska kunna genomgå en tandvårdsbehandling, där stöd ges för själva sjukvårdsinsatsen, inte för tandvårdsbehandlingen.

– Tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling.

– Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser.

Utöver det föreslagna regionala tandvårdsstödet omhändertar regionen även utredning och behandling av malign sjukdom i munhålan som en del av hälso- och sjukvården.

De tre ovan nämnda grupperna omfattar följande patientgrupper i behov av ett regionalt tandvårdsstöd. Förslag till förordning som reglerar stödet närmare återfinns i avsnitt 1.6. Mer utförlig beskrivning av målgrupper finns i bilaga 6.

Tabell 10.3 Sammanfattning av de målgrupper som omfattas av regionernas tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården

	Patienter i behov av
Medicinsk sjukvårdsinsats för att genomgå tandvård	– Behandling av tandvårdsfobi. – Intravenös sedering eller narkos. – Medicinsk beredskap eller övervakning.
Tandvårdsinsats som en del av en sjukvårdsbehandling	– Odontologisk utredning och påföljande infektionssanering inför sjukdomsbehandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav. – Odontologisk utredning och påföljande tandvårdsbehandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och dentalt material. – Odontologisk utredning och behandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion. – Understödjande slemhinnevård under intensiv sjukvårdsbehandling av allvarlig sjukdom eller livshotande tillstånd. – Akut tandvård i slutskede av palliativ slutenvård. – Sömnapnéskena på medicinsk indikation.
Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus resurser	– Behandling med rekonstruktiv kirurgi. – Behandling av käkfraktur. – Annan käkkirurgisk behandling som uppfyller kravet på patientsäkerhetsskäl som kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser.

Medicinsk sjukvårdsinsats för att genomgå tandvårdsbehandling

Patienter i behov av behandling av tandvårdsfobi

Tandvårdsrädsla är en specifik fobi som innebär en stark rädsla för att genomgå tandvårdsbehandling. Behandling vid specifika fobier består ofta av kognitiv beteendeterapi (KBT) i kombination med att man utsätter sig för det som framkallar rädslan. Utredningen har inte

funnit några skäl till att hantera fobiträning avseende tandvårdsrädsla på ett annat sätt än övriga specifika fobier. KBT-behandling utförs generellt av psykolog, psykiater eller psykoterapeut inom sjukvården. Dessa behandlare av fobin gör en bedömning om patienten har så stark rädsla att patienten behöver få medicinskt stöd. Psykometriska test kan användas för att göra bedömningen.

Patienter i behov av intravenvenös sedering eller narkos, medicinsk beredskap eller övervakning vid tandvård

Denna sjukvårdstjänst behövs på grund av att patientens

- allmänmedicinska tillstånd eller funktionsnedsättning kräver mer avancerad sedering än vad som kan ges vid en ordinär tandvårdsmottagning, eller
- allmänmedicinska sjukdomstillstånd av patientsäkerhetsskäl fordrar en förhöjd beredskap som kräver sjukvårdens medicinska eller tekniska resurser.

Det är således patientens allmänmedicinska tillstånd eller funktionsnedsättning som kräver sjukvårdens insatser och inte tandvårdsbehandlingens svårighetsgrad. Utredningen ser för denna grupp ett behov av att förtydliga en praxis som finns i flera regioner, men där diskussioner kan uppkomma om hur kostnaden för dessa sjukvårdstjänster ska hanteras. Det är sjukvården som bedömer om medicinsk beredskap behövs, eller vilken form av sedering som är nödvändig för att tandvården ska kunna genomföra planerad behandling på patienten. En stor andel av patienterna torde tillhöra det långvariga selektiva tandvårdsstödet för basal tandvård.

Förslaget kommer att underlätta för patienter som inte tillhör det selektiva stödet men som ändå av medicinska skäl kräver narkos vid tandvårdsbehandling. Det kan exempelvis vara en patient där lokalbedövning inte fungerar, såsom vid Ehler Danlos syndrom. I dag ges dessa patienter vanligen inget stöd alls för behovet av narkos, vilket kan vara kostsamt för individen. Inom det statliga generella stödet är inte narkos ersättningsberättigande eftersom det kräver en medicinsk indikation. Flertalet regioner tillämpar i dag regionala anvisningar som enbart accepterar narkoskostnaden om patienten hör till

det regionala tandvårdsstödet, vilket endast vissa varianter av Ehler Danlos gör.

Enklare sedering, såsom peroral sedering med läkemedel eller lustgas på patienter med låg medicinsk risk, kan utföras vid behov inom en tandvårdsmottagning och berörs inte av detta stöd.

Tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling

Patienter i behov av tandvårdsinsats för odontologisk utredning och påföljande infektionssanering inför sjukvårdsbehandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav

Tandvårdsinsatsen syftar till att avlägsna infektioner i munhålan så att dessa inte negativt påverkar resultatet av en kirurgisk eller medicinsk behandling. Oftast krävs att infektionsbehandlingen utförs under tidspress om den medicinska behandlingen måste starta med kort varsel. Utredning och behövlig infektionssanering kan behövas exempelvis inför behandlingar med cytostatika i höga doser, maligna blodsjukdomar, behandling med strålning av huvud/hals och vid viss hjärtkirurgi. Om saneringen görs inför en organtransplantation måste patienten hållas infektionsfri under hela perioden fram till dess transplantationen genomförs.

Denna tandvård initieras av hälso- och sjukvården. Hälso- och sjukvården har det medicinska ansvaret att besluta om att tandvårdsinsatsen behövs inför viss medicinsk behandling, alternativt under den medicinska behandlingsperioden. Utredningen ser att beslutet är medicinskt motiverat och inte odontologiskt, vilket kan vara en förklaring till att bedömningstandläkare vid regionerna kan anse att dessa beslut är svåra att fatta. Det är väsentligt att det medicinska kunskapsområdet utvecklas på detta område så att hälso- och sjukvården själva utgår från ett nationellt kunskapsunderlag i sin bedömning av vilka patienter som berörs och remitterar dessa vidare för infektionssanering.

Patienter i behov av odontologisk utredning och påföljande tandvårdsbehandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och dentalt material

Denna tandvårdsinsats initieras vanligen av hälso- och sjukvården och omfattar personer som kan behöva få sina felfria fyllningar utbytta som ett led i en medicinsk behandling där sjukvården misstänker att det är det dentala materialet som kan vara en orsak till den allmänmedicinska sjukdomen.

Patienter i behov av odontologisk utredning som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion

Denna tandvårdsinsats initieras vanligen av hälso- och sjukvården och omfattar personer som behöver en odontologisk utredning när sjukvården misstänker ett samband mellan patientens allmänmedicinska sjukdomstillstånd och den orala hälsan. Det kan exempelvis vara en person med sepsis (blodförgiftning) där hälso- och sjukvårdens utredning inte visat fynd i övriga delar av kroppen som kan förklara sjukdomstillståndet.

Patienter i behov av understödjande slemhinnevård under intensiv sjukvårdsbehandling av allvarlig sjukdom eller livshotande tillstånd

Under en intensiv sjukdomsbehandling exempelvis cytostatikabehandling, stamcellstransplantation eller intensivvård kan patienten få starka reaktioner och svåra besvär i munslemhinnan.

Patienter i behov av akut tandvård i slutskede av palliativ slutenvård

Utredningen ser ett behov av att tydliggöra ett ansvar för patienter i behov av akut tandvård och som befinner sig i slutskedet av palliativ vård. I dag är praxis inom regionerna olika kring detta. Patienter som befinner sig i livets slutskede är en svag grupp och det behövs ett tydligt regelverk som säkrar att deras behov av munvård tas omhand. Utredningen menar att patienter inom slutenvård inklusive hospice

och hemsjukvård ska omfattas av regionernas tandvårdsstöd vid behov av akut tandvård. Sjukvården omhändertar omvårdnaden av patienten och vid behov tillkallas tandvården för att avhjälpa akuta odontologiska tillstånd i livets slutskede.

Patienter i behov av sömnapnéskena på medicinsk indikation

Det medicinska tillståndet obstruktiv sömnapné innebär att personen får andningsuppehåll under sömnen. Detta kan behandlas på olika sätt, bland annat med en sömnapnéskena som framställs inom tandvården och som i dag bekostas inom regionens särskilda tandvårdsstöd som ett led i en sjukdomsbehandling. Tillståndet kan även behandlas med en CPAP som tillhandahålls inom sjukvården. En CPAP bekostas i dag oftast med regionens medel för sjukvård, men patienten kan även betala viss hyra.

Det är sjukvården som medicinskt beslutar vilken behandling som patienten ska få och utredningen föreslår därför att båda behandlingsalternativen omfattas av regionens ansvar.

Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser

Utredningen föreslår att del av den tandvård som i dag omfattas av stödet för oralkirurgiska åtgärder enligt 2 § tandvårdsförordningen ska kvarstå i regionens regi. Det gäller de tandvårdsinsatser i form av käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser.[91] Det nya stödet ska således i denna grupp endast omfatta sådan behandling som behöver utföras vid käkkirurgiska kliniker placerade vid sjukhus, medan övrig behandling enligt nuvarande 2 § i stället överförs till statligt selektivt stöd för viss behandling under viss tid, se avsnitt 10.8.

[91] De behandlingar som omfattar smärtbehandling och oralmedicinska tillstånd hanteras enligt utredningens förslag i stället inom statligt selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid. Utredningen vill utmönstra begreppet oralkirurgi till förmån för begreppet käkkirurgi, men använder begreppet oralkirurgi för att beskriva det nuvarande stödet som benämns just så.

Med sjukhus avses, enligt HSL[92], sådan vårdinrättning som omhändertar patienter i behov av intagning, vanligen benämnt slutenvård. Att vara intagen innebär i regel att man förutsätter vistelse även under natten.[93] Begreppet tandvård som kräver sjukhusresurser förtydligades av Socialstyrelsen år 1998.[94] Utredningen är medveten om att det är många år sedan denna rapport presenterades men det visar även på hur sällan förkommande denna del belyses i utredningssammanhang. Utredningen ser trots detta inte att det finns några skäl att göra avsteg ifrån de ställningstaganden som då lyftes: Det är ett behov av samverkan mellan hälso- och sjukvårdens medicinska specialiteter och käkkirurgiska specialister som ligger bakom kravet på sjukhusresurser för att utföra behandlingen i det enskilda fallet. Det väsentliga är att beslutet för att utföra behandlingen inom sjukhuset gjorts utifrån patientsäkerhetsskäl. Utöver samverkan är även behovet av sjukhusets möjligheter till narkos och annan avancerad sedering, medicinsk övervakning och beredskap samt möjlighet att vid behov överföra patienter till sluten vård väsentlig för att kunna genomföra den avancerade vård som käkkirurgiska kliniker utför.

Käkkirurgin vid sjukhusen beslutar om akut eller planerad behandling. Ofta sker beslut och behandling i samarbete med andra medicinska specialiteter som exempelvis öron-näsa-hals och plastikkirurgi. Utredningen föreslår att det regionala tandvårdsstödet omfattar behandlingar av käkfrakturer, rekonstruktiv kirurgi och annan käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser.

Därutöver kan en käkkirurgisk klinik, precis som i dag, utföra sådan tandvårdsbehandling som enligt utredningens förslag ersätts enligt statligt tandvårdsstöd, såväl generellt som selektivt, i likhet med andra vårdgivare. Till exempel kan utredning och behandling av smärttillstånd och oralmedicinska tillstånd som i dag tillhör 2 § tandvårdsförordningen, men som utredningen föreslår ska övergå till det statliga selektiva stödet viss behandling under viss tid, utföras av en käkkirurgisk klinik precis som i dag. Ersättning lämnas då av Försäkringskassan och inte enligt detta regionala stöd. Se vidare bilaga 6.

[92] 7 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen.
[93] Prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag, m.m.
[94] Socialstyrelsen, *Rapport om oralkirurgiska åtgärder som i framtiden skall ersättas enligt Hälso- och sjukvårdens avgiftssystem*, år 1998.

Patienter i behov av behandling av käkfraktur

Med käkfraktur avses sådan fraktur som omfattar alveolarutskottet eller ansiktsskelettet. Fraktur som enbart omfattar tänder ingår inte, utan dessa omhändertas i stället inom statligt tandvårdsstöd.

Patienter i behov av behandling med rekonstruktiv kirurgi

Denna grupp omfattar patienter i behov av kirurgi för att återställa defekter i ansiktets olika mjukdelar eller ansiktsskelett. Den rehabiliterande behandlingen efter den rekonstruktiva kirurgin ersätts i det selektiva stödet för viss behandling under viss tid.

Patienter i behov av annan käkkirurgisk behandling

Denna grupp omfattar endast sådan annan käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska eller tekniska resurser. Sådana behandlingar kan vara tillstånd som i de flesta fall hanteras inom det selektiva stödet för viss behandling under viss tid, men i enskilda fall utgörs av så omfattande defekter att patientsäkerhetsskäl gör att behandlingen ska göras på ett sjukhus, till exempel omfattande bennekroser eller tumörliknande förändringar. Med kravet att det av patientsäkerhetsskäl krävs sjukhusets medicinska och tekniska resurser menas att det i det individuella fallet på grund av det odontologiska tillståndet kan finnas behov av

– käkkirurgisk specialistkompetens,
– samverkan mellan hälso- och sjukvårdens medicinska specialiteter och käkkirurgisk specialitet,
– narkos eller avancerad sedering,
– medicinsk övervakning, medicinsk beredskap,
– möjlighet till inläggning i slutenvård.

Det är således ingreppets omfattning eller svårighetsgrad som kräver sjukhusets resurser, inte patientens medicinska status. Utredningens bedömning är att de patienter som kommer att finnas i denna grupp blir få. Kirurgi som ersätts inom det selektiva eller generella statliga

stödet och som på grund av patientens allmänmedicinska tillstånd eller funktionsnedsättning även kräver narkos eller medicinsk beredskap hänförs i denna del i stället till medicinsk sjukvårdsinsats enligt ovan.

10.10.2 Regler för tillämpning

Förslag: För medicinska sjukvårdsinsatser föreslås ingen särskild prövning utöver det medicinska beslut som sker.

Tandvårdsinsats som en del av en sjukvårdsbehandling ska prövas av regionen där patienten är bosatt innan behandling inleds. Undantagsvis kan behandling ändå påbörjas om det av odontologiska eller medicinska skäl varit nödvändigt, eller om det finns särskilda skäl därtill. En region kan besluta om undantag från förhandsprövning.

För sådan tandvårdsinsats som utförs av käkkirurgisk klinik inom sjukhuset av patientsäkerhetsskäl förutsätts regionerna tillse att rutiner skapas regionalt för en utökad dialog mellan käkkirurgiska kliniker och regionen.

Regionfullmäktige ska besluta om grunder för den ersättning som ges för utförd tandvårdsbehandling inom det regionala tandvårdsstödet i samverkan med hälso- och sjukvården, om inte annat överenskommes med vårdgivaren.

Den behandling som utförs inom regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården ska omfattas av bestämmelser om avgifter som avser hälso- och sjukvårdens öppenvård.

Regionerna förutsätts konkurrensutsätta de delar av det regionala tandvårdsstödet som är möjliga att lämna till en annan aktör.

Skälen för utredningens bedömning: Utredningen föreslår att det regionala stödet regleras på en övergripande nivå av tandvårdslagen, samt att kompletterande bestämmelser beslutas av regeringen genom en förordning om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov, se förslag i avsnitt 1.6. Förslaget medför att tandvårdsbehandlingar som är en del av sjukvårdens behandling och patienter som behöver sjukvårdsinsatser eller ett sjukhus resurser vid tandvård omhändertas av respektive region, såsom redan är fallet i dag. Vårdgivaren ska även fortsättningsvis på begäran av regionen visa journal och övrigt mate-

rial kring en patients undersökning eller behandling i samband med prövning av behandlingsförslag. Prövning föreslås för tandvård som en del av en sjukvårdsbehandling. Om åtgärden är av sådan karaktär att det av odontologiska eller medicinska skäl är nödvändigt att genomföra den utan att invänta en förhandsprövning, eller om det i övrigt finns särskilda skäl att påbörja åtgärden innan en förhandsprövning har gjorts, ska behandlingen i stället anmälas så snart det är möjligt till regionen. Det kan exempelvis vara stor brådska inför en medicinsk behandling, eller av andra skäl vara akut att åtgärden utförs direkt. En region får besluta att en prövning inte krävs för vissa typer av behandlingar. För medicinsk sjukvårdsinsats och tandvårdsinsats genom käkkirurgisk behandling vid ett sjukhus av patientsäkerhetsskäl föreslås ingen särskild prövning. Det blir således respektive region som får bestämma hur dessa behandlingar ska hanteras närmare, besluta om vilka krav på prövning som ska ställas och vem som i så fall ska utföra prövningen etcetera.

Vad gäller sådan käkkirurgisk behandling som kräver ett sjukhus medicinska eller tekniska resurser med hänsyn till patientsäkerheten lämnar utredningen inget konkret förslag på hur behandlingarna ska administrativt hanteras inom regionen innan de utförs, utan överlämnar ansvaret till respektive region. Detta i likhet med hur dagens stöd för oralkirurgiska åtgärder i 2 § tandvårdsförordningen är reglerat. Utredningen har diskuterat hur dagens situation där olika käkkirurgiska kliniker tillämpar stödet olika, vilket leder till ojämlikhet över landet och hur tillämpningen bättre ska kunna ensas på nationell nivå. Detta försvåras av vårdens behov av att snabbt behandla patienter i det akuta skedet där någon möjlighet till förhandsprövning inte är praktiskt möjligt. Genom förslaget att i den nya regleringen endast omhänderta viss käkkirurgi och inte även oralmedicinska tillstånd och smärttillstånd har mängden vård som tidigare inte hade en reglerad tillämpning minskat i omfattning. I utredningens förslag finns en tydlig reglering av hur tillhörighet, vilken vård som får utföras och uppföljning av både oralmedicinska tillstånd och smärttillstånd inom det selektiva stödet. Dessutom har utredningen på ett tydligare sätt definierat vad käkkirurgisk vård som kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser innebär. Käkkirurgisk behandling som faller utanför denna definition utförs inom det statliga tandvårdsstödet med det regelverk och uppföljning som detta innebär.

Utredningen föreslår även författningsstöd för att en region ska kunna på begäran få ta del av ett ärende för att kontrollera den vård som debiterats inom regionalt tandvårdsstöd. Alternativt begära in uppgifter för att utföra en regional uppföljning och utvärdering och av detta skäl få in uppgifter om de behandlingar som utförts. Härigenom ges en framtida möjlighet för regionen att införa styckesersättning och få en ökad insyn i de behandlingar som utförs.

Precis såsom dagens regionala tandvårdsstöd föreslår utredningen att det är regionens fullmäktige som beslutar om grunder för vilken ersättning som lämnas för behandling som utförts inom stödet. Vårdgivarens ersättning för att utföra tandvård som omfattas av regionens tandvårdsstöd följer av den prislista som politiskt beslutats enligt tandvårdslagen. Det finns även en möjlighet att komma överens med regionen om en annan ersättning. Den patientavgift som patienten betalat ska dras av från regionens ersättning. Utredningen lämnar inget förslag om hur ersättning för sjukvårdsinsatser ska hanteras. Detta bör inte regleras i tandvårdslagstiftningen utan hanteras av respektive region.

För patientens del ges denna tandvårdsinsats, alternativt sjukvårdsinsats, till patientavgift som sätts av regionen. Behandlingens avgift omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Att denna vård omfattas av sjukvårdens högkostnadsskydd för öppenvård kan motiveras av att de odontologiska behandlingar som utförs på medicinsk indikation bör jämställas med sjukvårdsbehandlingar på samma sätt som övriga åtgärder som ingår i sjukvårdens behandling av allmänsjukdomen eller tillståndet.

Vården inom regionens tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården ska inte automatiskt omfattas av ett fritt val

Patienten har i dag ett fritt val att välja vårdgivare vad gäller sådana tandvårdsinsatser som utförs som ett led i en sjukvårdsbehandling under förutsättning att behandling sker av en vårdgivare som utför tandvård inom lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.[95] Någon möjlighet att välja fritt vad gäller oralkirurgiska åtgärder enligt 2 § tandvårdsförordningen ges inte. Regionerna har i dag tillämpnings-

[95] 15 a § sjunde stycket tandvårdslagen.

svårigheter med nuvarande sätt att reglera det fria valet i tandvårdslagen. Det finns heller inget krav enligt tandvårdslagen att införa valfrihet för barn- och ungdomstandvård utan lagen ger bara en möjlighet därtill. I praktiken har alla regioner infört en valfrihet vad gäller allmän barn- och ungdomstandvård i någon form, även om inte alltid lagen om valfrihetssystem[96] tillämpas.

Skälen för utredningens förslag: Utredningen ser att dagens reglering i tandvårdslagen inte kan kvarstå för den tandvård som återstår inom regionernas ansvarsområde med utredningens förslag. Det är inte möjligt att ha ett fritt val vid vård som utförs inom sjukhusregi, viss behandling kan på grund av sin akuta natur samt kravet på sjukvårdsresurser svårligen konkurrensutsättas i praktiken. Detta kan jämföras med att vård inom hälso- och sjukvården endast har krav på valfrihetssystem inom vissa områden, såsom primärvård.[97] Regionen har enligt tandvårdslagen en möjlighet att sluta avtal med någon annan om att utföra det uppgifter som regionen ansvarar för.[98] Utredningen förutsätter att vissa av dessa behandlingar konkurrensutsätts såsom sömnapnéskenor och väljer att överlämna till regionerna att hantera detta på bästa sätt och att konkurrensutsätta de delar som är möjliga.

Den tandvård som i stället överförs från regionalt selektivt stöd till statligt selektivt stöd för viss behandling under viss tid, enligt avsnitt 10.8, kommer såsom all tandvård inom det statliga tandvårdsstödet att konkurrensutsättas genom att såväl privata som offentliga vårdgivare kan utföra behandlingarna.

10.10.3 Behandlingar som omfattas

Förslag: De behandlingar som omfattas av regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården regleras endast översiktligt och kan vid behov förtydligas av regionala anvisningar.

Bedömning: Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att vid behov stödja regionerna med kunskapsunderlag och nationella riktlinjer för sådan tandvård som utförs inom stödet.

[96] Lagen (2008:962) om valfrihetssystem.
[97] 7 kap. 3 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).
[98] 5 § tredje stycket tandvårdslagen (1985:125).

De behandlingar som ska omfattas av regionernas tandvårdsstöd föreslås framgå i en förordning om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården, se förslag i avsnitt 1.6. På vilket sätt och vid vilka tillfällen som behandlingarna behöver utföras kan dock komma att skilja sig åt mellan olika regioner. Att en region exempelvis inte behandlar obstruktiv sömnapné med sömnapnéskena kan bero på en regional vårdriktlinje som i stället som ett första behandlingsalternativ rekommenderar CPAP-behandling. I dag finns detaljerade anvisningar om vilken tandvård som omfattas av regionernas tandvårdsstöd, vilka skiljer sig åt mellan regionerna. Utredningen ser det som väsentligt att riktlinjer kring dessa behandlingar tas fram nationellt för att understödja en mer likvärdig och jämlik tillämpning över landet. Regionerna behöver ett nationellt beslutsstöd som grundas på aktuell kunskap om i vilka fall som exempelvis en infektionssanering behövs av medicinska skäl. Medicinskt kunskapsstöd för hälso- och sjukvårdens medicinska bedömning om vilka patienter som berörs av denna infektionssanering föreslås tas fram inom de arbeten som förs kontinuerligt, exempelvis inom NPO. Socialstyrelsen skulle även kunna komplettera nationella riktlinjer för att ge ytterligare stöd på detta område.

De behandlingar som föreslås omfattas av regionens tandvårdsstöd regleras således endast översiktligt i föreslagen förordning. Respektive region kan besluta om och ta fram anvisningar om ett mer detaljerat regelverk.

Medicinsk sjukvårdsinsats

Medicinsk sjukvårdsinsats omfattar såsom namnet implicerar inte någon tandvårdsbehandling, utan endast den medicinska insats som behövs för att kunna utföra en odontologisk behandling.

Behandling av tandvårdsfobi

Utredningen anser att KBT-behandling hos psykolog, psykoterapeut eller psykiater med avgifter som inom öppen hälso- och sjukvård bör ingå liksom inledande narkos vid svår akuta behandlingsbehov som omöjliggör KBT-behandling. Narkosbehandlingen ingår då som en sjukvårdsinsats för att kunna genomgå tandvårdsbehandling. För tand-

vårdsbehandling som utförs vid KBT-behandling och narkos betalar patienten i enlighet det statliga tandvårdsstödet. Utöver fobibehandling och mertid som ska tillhandhållas av hälso- och sjukvården regleras inte närmare innehåll i förslaget till förordning. Om mertid vid denna tandvårdsbehandling se nedan under Tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling.

Intravenös sedering eller narkos

Behandling med intravenös sedering eller narkos ska omfattas om patientens allmänmedicinska sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättning kräver mer omfattande sedering än vad som kan ges inom tandvårdens öppenvård. I sjukvårdsinsatsen bör inte bara sövningen utan även postoperativ övervakning och möjlighet att lägga in patienten för slutenvård ingå. Utöver att sedering och narkos ska tillhandahållas av sjukvården regleras inte innehållet i förslag till förordning. Tandvårdsbehandling som utförs under sjukvårdsinsatsen ersätts inom det statliga tandvårdsstödet. Patienter som önskar narkos utan medicinsk indikation får bekosta narkosbehandlingen själv.

Tandvårdsbehandlingen kan utföras av såväl allmäntandläkare som specialisttandläkare. I praktiken kommer behandlarna vanligtvis tillhöra tandvårdsklinik på aktuellt sjukhus, men det kan även vara tandläkare som i övrigt har sin arbetsplats utanför sjukhuset.

Medicinsk beredskap eller övervakning

Sjukvårdsinsatsen ska omfatta medicinsk beredskap eller övervakning om patientens allmänmedicinska sjukdomstillstånd eller funktionsnedsättning kräver mer omfattande beredskap och övervakning än vad som kan ges inom tandvårdens öppenvård. Utöver att beredskap och övervakning ska tillhandhållas av sjukvården regleras inte innehållet i förordning. Tandvårdsbehandling som utförs under sjukvårdsinsatsen ersätts inom det statliga tandvårdsstödet och kan utföras av såväl allmäntandläkare som specialisttandläkare.

Tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling

Tandvårdsinsats för patienter som på grund av ett medicinskt beslut behöver tandvårdsbehandling som en del av sjukvårdsbehandlingen föreslås omfattas av ett regionalt tandvårdsstöd. Tandvårdsbehandlingen kan utföras av såväl allmäntandläkare som specialisttandläkare.

Odontologisk utredning och påföljande infektionssanering inför sjukvårdsbehandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav, samt temporär protes efter genomförd extraktion

När patienten har remitterats till tandvården utförs en odontologisk utredning för att bedöma förekomsten av misstänkta infektionsfoci i munhålan. Möjliga infektionsorsaker kan vara infektion runt rotspets, retinerade tänder, pulpanära kariesangrepp och parodontal sjukdom. Tänkbara behandlingar kan vara tandextraktioner, rotbehandlingar, lagningar och parodontal infektionskontroll. Kravet på infektionsfrihet innebär ofta en utökad indikation för tandextraktioner och detta kan innebära att patienten i akut behandlingsfas av sjukdomen förlorar ett antal tänder. Av det skälet föreslår utredningen att om tandextraktioner behöver utföras ska även en temporär protes erbjudas vid behov. I förordning regleras enbart att utredning, påföljande infektionssanering och temporär protes efter tandextraktion ingår i det regionala tandvårdsstödet. Vilka åtgärder som ska ingå i utredningen specificeras inte. Likaså specificeras inte vilken tandvårdsbehandling som får göras i det enskilda fallet för att åstadkomma infektionsfrihet.

Odontologisk utredning och påföljande tandvårdsbehandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och dentalt material

I behandlingen ingår odontologisk utredning och utbyte av dentalt material där lagningen eller tandkronan är felfri. Om sådan lagning eller krona behöver bytas ut av annan orsak, exempelvis på grund av karies omfattas behandlingen inte av regionalt stöd.

Odontologisk utredning som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion

I behandlingen ingår odontologisk utredning och där den odontologiska utredningen påvisar infektion som kan vara livshotande föreslås även behandling av infektionen omfattas av det regionala stödet. Här kan olika infektionssanerande åtgärder omfattas. Vid en oral infektion som har en livshotande påverkan kan indikationen för tandextraktioner vara utökad och detta kan innebära att patienten i akut behandlingsfas av sjukdomen förlorar ett antal tänder. Utredningen föreslår därför att om tandextraktioner behöver utföras ska även en temporär protes erbjudas vid behov.

Understödjande slemhinnevård under intensiv sjukvårdsbehandling av allvarlig allmänsjukdom eller livshotande tillstånd

Behandlingen omfattar åtgärder för slemhinnevård för att lindra svåra besvär eller reaktioner i munslemhinnan. Åtgärderna kan innebära att behandla själva slemhinnan, men exempelvis även för att runda av vassa tänder eller liknande. Åtgärderna kan även innebära att informera om egenvårdsråd för att lindra symtom.

Akut tandvård i slutskede av palliativ slutenvård

Behandlingen omfattar åtgärder för att lindra akut smärta, infektioner och annat obehag. Det kan exempelvis vara en temporär fyllning, akut endodontisk behandling eller extraktion.

Sömnapnéskena på medicinsk indikation

Behandlingen omfattar åtgärder för undersökning och framställning av en sömnapnéskena. I behandlingen ingår även den tandtekniska insatsen.

Mertid som krävs vid tandvårdens medverkan i behandling av tandvårdsfobi

Utredningen föreslår att den mertid som krävs vid tandvårdens medverkan i fobibehandlingen, och som beror på patientens fobidiagnos, ska ersätts inom regionens tandvårdsstöd. Ersättningen kan tilldelas vårdgivaren med en engångssumma per patient, eller på annat sätt som regionen finner mer lämpligt. En förutsättning för att mertid ska kunna tilldelas tandvårdens vårdgivare är att patienten behandlas efter ett medicinskt beslut om en stödjande sjukvårdsinsats enligt ovan. Se även bilaga 6.

Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser

Vid de käkkirurgiska behandlingar som regleras i den nya förordningen för regionernas tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården ingår all undersökning och övrig behandling för att åtgärda det aktuella tillståndet. Det innefattar även narkos och annan avancerad sedering, medicinsk övervakning och beredskap samt möjlighet att vid behov överföra patienter till sluten vård. Se vidare bilaga 6.

10.10.4 Nationella data om vad som utförts

Förslag: Den tandvård som utförs, vilket även inkluderar käkkirurgiska behandlingar, ska rapporteras in till tandhälsoregistret hos Socialstyrelsen. Socialstyrelsen bemyndigas att föreskriva om vad som ska inrapporteras till tandhälsoregistret och ges i uppdrag att ta fram kompletterande åtgärdskoder.

Utredningen gör bedömningen att det är väsentligt att uppgifter om all utförd tandvård registreras för framtida planering och utveckling. Dagens situation där uppgifter om selektivt stöd saknas i sin helhet vad gäller oralkirurgiska behandlingar enligt 2 § tandvårdsförordningen och endast aggregerad statistik för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling försvårar såväl analys, forskning och utveckling, som kunskap om hur mycket tandvård som utförs i landet i sin helhet. I dag rapporterar vårdgivare in utförda åtgärder inom tand-

vård som ett led i en sjukdomsbehandling till regionen för att få ersättning för utförd behandling, men data rapporteras inte vidare nationellt mer än som översiktlig statistik via SKR. Det finns i stort ingen regional uppföljning av vilken tandvård som utförs eller vilka tandvårdsstöd som tillämpas vid landets käkkirurgiska kliniker, förutom den tandvård som i dag rapporteras in till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet. Utredningen föreslår därför att data om sådan tandvård som omfattas av det föreslagna regionala tandvårdsstödet i samverkan med hälso- och sjukvården ska samlas in och föras vidare till tandhälsoregistret. Någon uppgiftsskyldighet avseende medicinska sjukvårdsinsatser föreslås inte eftersom det är data som i stället torde redovisas inom hälso- och sjukvårdens statistik och inte heller utgör tandvård. Förslaget innebär registrering av personuppgifter vilket i sin tur innebär konsekvenser för den personliga integriteten. Uppgifterna som föreslås bli registrerade är uppgifter om hälsa vilka ses som känsliga personuppgifter. Utredningen ser dock att registreringen av dessa personuppgifter är nödvändig och att nyttan av att komplettera det befintliga tandhälsoregistret även med dessa uppgifter överväger ett eventuellt intrång i den personliga integriteten som registreringen kan medföra. Behandlingen är således nödvändig med hänsyn till ett viktigt allmänt intresse. De uppgifter som nu föreslås tillföras särskiljer sig inte från sådana uppgifter om patienters tillstånd och utförda åtgärder som redan finns inrapporterade till tandhälsoregistret avseende annan utförd tandvård.

Utredningen föreslår således att även data om käkkirurgiska behandlingar som kräver sjukhusets resurser av patientsäkerhetsskäl ska rapporteras in till Socialstyrelsens tandhälsoregister. För att möjliggöra inrapportering av utförd tandvård behöver regionerna förändra dagens administrativa hantering så att även käkkirurgisk behandling som kräver ett sjukhus resurser, samt annan tandvård som inte kan tillämpa de tillstånds- och åtgärdskoder som finns inom det generella och selektiva statliga tandvårdsstödet, kan följas över tid vad gäller utförda behandlingar och tillstånd. Käkkirurgiska kliniker rapporterar redan i dag in uppgifter om utförda behandlingar som utförs inom det generella statliga tandvårdsstödet till Försäkringskassan så denna kommunikationsväg, som tillika används till tandhälsoregistret, finns redan upprättad.

I dag har regionerna skapat regionsegna koder för exempelvis sömnapnéskena. För att kunna rapportera in data till tandhälsoregistret krävs det även att en kompletterande åtgärdskodsförteckning sammanställs på nationell nivå för att åtgärder för behandling samt behövliga tillstånd därefter kunna tillföras tandhälsoregistret. Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ges detta uppdrag såsom registeransvarig myndighet.

Med anledning av förslaget om utökad datafångst inom tandhälsoregistret föreslås även ändringar i förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration samt förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen. Se vidare avsnitt 1.8 och 1.11.

10.11 Fördelning av patienter med särskilda behov – en jämförelse mellan nuvarande system och utredningens förslag

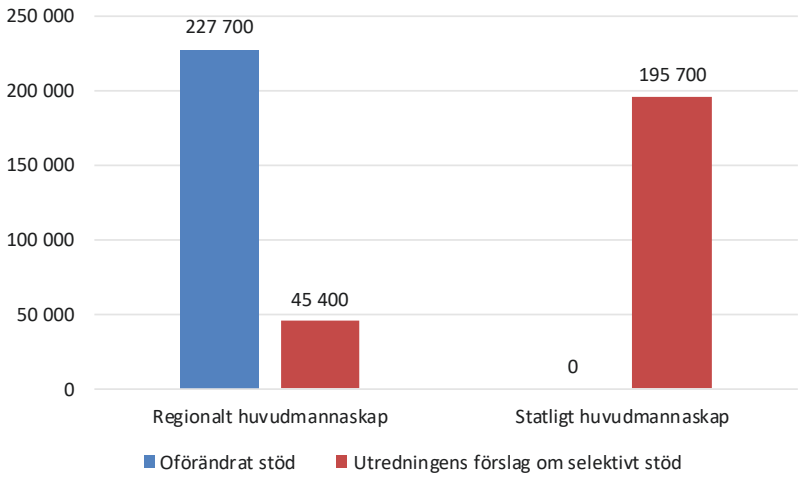
Uppskattningsvis 211 000 patienter får i dag[99] tandvård utförd inom det regionala särskilda tandvårdsstödet. År 2023 beräknas patienterna i stället uppgå till 224 000 med ett oförändrat regelverk och med beaktande av befolkningsutvecklingen. Utredningen lämnar, i detta kapitel, förslag om ett nytt selektivt stöd som en del av det statliga tandvårdsstödet vilket är uppdelat på två delar: Ett selektivt stöd för basal tandvård under lång tid, och ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid.

Det statliga selektiva tandvårdsstödet beräknas omhänderta cirka 81 procent av patienterna som har särskilda behov enligt de kriterier som utredningen använt. Resterande 19 procent av patienterna med särskilda behov kommer även fortsättningsvis att erbjudas denna tandvård inom regionens ansvar. Dessa personer kommer att omfattas av ett nytt regionalt tandvårdsstöd för tandvård som utförs i samverkan med hälso- och sjukvården. Det nya regionala tandvårdsstödet för tandvård som utförs i samverkan med hälso- och sjukvården blir ett komplement till den tandvård som sker när patienten får ett ”vanligt tandvårdsbehov” tillgodosett inom det statliga tandvårdsstödet.

[99] Skattning baserad på produktion redovisad av SKR för år 2019 samt kompletterad skattning av utförd oralkirurgi.

En konsekvens av utredningens förslag är att patienterna grupperas annorlunda jämfört med dagens system. Vid sidan av en persons tandvårdsbehov finns patienter som samtidigt har behov av en medicinsk sjukvårdsinsats för att klara av tandvårdsbehandlingen. Själva tandvårdsbehandlingen kan i sig vara ordinär och det är vanligen tandvården som upptäcker behandlingsbehovet i munnen. Flertalet av de som är i behov av en medicinsk sjukvårdsinsats, som narkos eller medicinsk övervakning, bedömer utredningen vara patienter som redan återfinns inom dagens regionala särskilda stöd, exempelvis en person med svår psykisk funktionsnedsättning. Eftersom hälso- och sjukvården fattar ett medicinskt beslut om behovet av sin insats och detta är något annat än den tandvård som utförs, kan dessa två beslut separeras och stöd lämnas inom två olika ersättningssystem.

Figur 10.11 Förändrat huvudmannaskap för patienter med särskilda behov



Huvudmannaskapet för tandvård till vuxna med särskilda behov förändras genom förslaget på så sätt att huvuddelen av patienterna i stället kommer att omfattas av det statliga selektiva stödet.

I det följande beskrivs och illustreras förändringarna med utredningens förslag i relation till det nuvarande regionala tandvårdsstödet. I övrigt hänvisas till detaljerna i beskrivningen av de enskilda stöden tidigare i kapitlet. Sammanfattningsvis är det utredningens

bedömning att de personer som kommer att bli berättigade till selektivt stöd i statlig eller regional regi med utredningens förslag kommer att bli 6 procent, vilket är något fler än de som i dag får regionalt särskilt tandvårdsstöd.

Figur 10.12 Patienter som kan omfattas av selektivt stöd för viss behandling under viss tid



Flera av patientgrupperna inom nuvarande stöd för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling, och några av grupperna som omfattas av oralkirurgiska åtgärder, samlas inom ett selektivt statligt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid. Denna tandvård konkurrensutsätts genom att den hanteras som en del i statliga tandvårdsstödet. Andra grupper inom dessa båda nuvarande stöd, där behovet av viss tandvårdsbehandling i stället initieras av sjukvården genom ett medicinskt beslut, föreslås bli en del av regionens tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården. Dessa tandvårdsinsatser förutsätts konkurrensutsättas i den mån detta är möjligt.

En ny mindre patientgrupp som föreslås ingå i selektivt stöd för viss behandling är de som drabbas av trauma som medfört en defekt i käken. I dag är endast sjukdom som lett till defekt i käken en grund för selektivt stöd. Utredningen ser även att det finns skäl att se över vilka patienter som ska ges möjlighet till behandling vid långvarig eller svår smärta i ansikts- och käkregionen inklusive sjukdomar som drabbar käkleden. Patienter som fått strålning mot huvud eller hals kan vara i behov av ett utökat selektivt stöd. Slutligen föreslås nya behandlingsmöjligheter avseende patienter med frätskador på grund av ätstörning.

Figur 10.13 Patienter som kan omfattas av selektivt stöd för basal tandvård under lång tid



För majoriteten av de patientgrupper som i dag har tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning eller nödvändig tandvård skapas ett selektivt statligt tandvårdsstöd för basal tandvård under lång tid. Stödet föreslås omfatta personer med en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion som ger väsentligt försämrade förutsättningar att vidmakthålla munhälsa eller svårighet att genomgå en tandvårdsbehandling.

Inom dagens regionala stöd för nödvändig tandvård finns fokus på det generella omvårdnadsbehovet eller tillhörighet till LSS oavsett munvårdsbehov. Det är utredningens förhoppning att förslaget kommer att leda till att fler personer som har omfattande vård- och omsorgsbehov och som vårdas av anhöriga får ta del av det selektiva stödet för basal tandvård under lång tid. Förslaget medför även att personer med inga, eller små, beviljade insatser inom LSS som inte uppfyller de kriterier som ställs för selektivt stöd för basal tandvård i stället kommer att erbjudas tandhälsoplan och det generella tandvårdsstödets skydd mot höga kostnader. Flertalet inom LSS bedöms dock ges möjlighet till selektivt stöd för basal tandvård, antingen genom ett omfattande vård- och omsorgsbehov eller genom en ICD-10-diagnos med nedsatt funktion.

Inom dagens selektiva stöd för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning exkluderas patienter med annan diagnos än det fåtal som omnämns i regelverket ifrån möjlighet till selektivt stöd. Detta även om en snarlik diagnos kan ge lika stora, eller större, svårigheter att sköta sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Ett exempel kan vara den neurologiska sjukdomen Parkinsons sjukdom och den neurologiska sjukdomen atypisk parkinsonism som ger parkinsonlika symtom, men har annan orsak. Utredningen föreslår att samlande diagnosgrupper i stället för enskilda diagnoser ska definiera personkretsen för tillhörighet till det

selektiva tandvårdsstödet för basal tandvård. Sjukdomen ska vara av en viss svårighetsgrad och med nedsatt funktion som väsentligt påverkar förutsättningarna att påverka sin munhälsa. Förslaget kommer att medföra att fler personer blir berättigade till selektivt stöd.

Dagens uppsökande verksamhet föreslås upphöra. Majoriteten av de som tagit del av den uppsökande verksamheten har samtidigt fått nödvändig tandvård. De personer som varit berättigade till detta kommer i de allra flesta fallen fortsatt vara berättigade till det selektiva stödet för basal tandvård. De som redan har en regelbunden tandvårdskontakt omhändertas och ges munhälsoråd vid en ordinarie undersökning av en vårdgivare som har tillgång till patientens tandvårdsjournal. Tillhörighet till basal tandvård för lång tid kan med utredningens förslag initieras av såväl kommunal verksamhet, hälso- och sjukvård som tandvården. Härigenom och genom Försäkringskassans kommunikation kring initierad prövning eller tillhörighet bör förutsättningarna förbättras för att fler berörda personer identifieras och skapar en tandvårdskontakt.

Personer som är 85 år och äldre föreslås få betala patientavgift inom statligt selektivt stöd i likhet med övriga patientgrupper. De möjliggörs på samma som andra ett avgiftstak per ersättningsperiod på 1 600 kronor inom selektivt stöd för basal tandvård under lång tid.

Personer som i dag ges möjlighet till STB kommer att omhändertas i en tandhälsoplan som är anpassad efter deras risknivå. Har personen hög risk ges mer förebyggande tandvård än om patienten har en låg risk beroende på sitt tillstånd eller sin allmänsjukdom. Personer som tidigare behövt STB, men inte varit berättigade, kommer att även dessa få förebyggande behandling inom tandhälsoplan. Vissa personer i patientgruppen kommer dock att i stället ges möjlighet till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid.

Figur 10.14 Patienter som kan omfattas av regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna personer med särskilda behov



Inom det regionala tandvårdsstödet i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna personer med särskilda behov återfinns patienter som har behov av en tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling, en tandvård som initieras genom ett medicinskt beslut. Fler än hälften av dessa patienter har antingen ordineras en sömnapnéskena på grund av nattliga andningsuppehåll, eller en infektionssanering i munnen för att inte riskera den avancerade medicinska behandlingen. Här återfinns även patienter där det på grund av patientsäkerhetsskäl krävs att käkkirurgin utförs inom ett sjukhus med dess medicinska och tekniska resurser. Patienter som är i behov av att få en medicinsk sjukvårdsinsats för att kunna klara av en, vanligen ordinär, tandvårdsbehandling ges genom det regionala tandvårdsstödet ett medicinskt stöd. Det kan vara att behandlas för sin tandvårdsfobi, eller personer vars allmänmedicinska tillstånd medför ett behov av narkos, eller medicinsk övervakning

11 Alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd

11.1 Utredningens bedömning av förutsättningarna att utföra tilläggsuppdraget

Den 5 november 2020 beslutade regeringen om ett tilläggsdirektiv till utredningen. Uppdraget är att utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd som i sin utformning tar ett första steg för att bli mer likt hälso- och sjukvårdens system i syfte att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader, gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och uppnå en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem. Hela utredningens arbete ska samlat redovisas senast den 1 mars 2021, vilket således även gäller detta tilläggsuppdrag. Av direktivet framgår att syftet med de förslag som efterfrågas är att sänka de ekonomiska trösklarna till tandvården för patienterna. Vidare innebär uppdragsformuleringen att tillvägagångssättet för att uppnå detta ska vara ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd.

I sak delar utredningen den uppfattning som regeringen ger uttryck för i direktivet, nämligen att låga tandvårdskostnader för patienterna är en faktor som kan bidra till minskade skillnader i tandhälsa mellan grupper med olika social position. Som framgår av kapitel 2 är en låg ekonomisk tröskel för patienterna ett av sex kriterier i utredningens egen definition av ett jämlikt tandvårdssystem. Tandvårdssystemets nuvarande finansieringsmodell där patienterna står för cirka två tredjedelar av kostnaden i kombination med ökad ojämlikhet i samhället i stort[1], riskerar att befästa eller öka

[1] Se exempelvis SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet, volym 1.*

tandhälsoklyftorna. Detta förhållande har utredningen uppmärksammat i flera olika sammanhang i betänkandet.

Med detta sagt finns det enligt utredningen flera omständigheter som komplicerar utredningens förutsättningar att lämna förslag i enlighet med tilläggsdirektivet. Utredningen kommer i det följande peka på tre av dessa, nämligen kommittéförordningens krav på att förslag ska vara finansierade, det sätt på vilket högkostnadsskyddet är reglerat i dag samt de tids- och resursmässiga förutsättningarna för uppdragets genomförande.

11.1.1 Kommittéförordningens finansieringskrav

Av kommittéförordningen[2] framgår att förslag som innebär kostnadsökningar och intäktsminskningar för staten, kommuner eller regioner också ska omfatta förslag till finansiering. Det är enligt utredningens tolkning inte i enlighet med detta finansieringskrav att föreslå att tandvårdsreformer ska finansieras genom besparingar på andra utgiftsområden i statens budget. Den typen av avvägningar och prioriteringar är en politisk fråga som förutsätter att olika verksamheters behov ställs mot varandra, vilket inte är en uppgift för en enskild statlig utredning med ett uppdrag inom ett begränsat område. Som utredningen ser det kan inte heller ett förslag som rymmer en allmän skrivning om att nya medel ska tillföras, utan närmare precisering, anses innebära att finansieringskravet uppfylls. Även ett eventuellt reformutrymme i statsbudgeten bör vara föremål för politiska avvägningar och inte hänvisas till som finansieringslösning av en enskild utredning. Mot den bakgrunden har utredningen valt att i detta betänkande endast lämna förslag som 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.

Utredningen bedömer att de finansierade förslag som lämnas i betänkandet kommer att bidra till ett mer jämlikt tandvårdssystem och på sikt en mer jämlik tandhälsa i befolkningen. För patientgrupper med större behov av regelbunden förebyggande behandling kommer systemet med tandhälsoplan, där besöket endast kostar

[2] Kommittéförordning 1998:1474.

200 kronor, innebära minskade tandvårdskostnader jämfört med i dag. Det nya statliga selektiva stödet där patientavgiften också fastställs till 200 kronor per besök, kommer innebära att patienter med särskilda behov erbjuds tandvård till en låg kostnad. De positiva effekterna på kostnaden och tillgången till tandvård för patienter med ett faktiskt tandvårdsbehov orsakat av oral sjukdom eller risk att utveckla oral sjukdom, förväntas uppnås genom omfördelning inom ramen för tandvårdssystemets nuvarande ekonomiska resurser och personella kapacitet.

Ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd i syfte att stärka patientens skydd mot höga tandvårdskostnader kan dock, enligt utredningens uppfattning, inte införas utan att ytterligare resurser tillförs. Mot bakgrund av kommittéförordningens krav är detta en omständighet som försvårar tilläggsuppdragets genomförande.

11.1.2 Nuvarande reglering av skyddet mot höga kostnader

Utformningen av det nuvarande högkostnadsskyddet är sådan att TLV ansvarar för beslut om beloppsgränser och ersättningsgrader. Inom myndigheten finns ett särskilt beslutsorgan, Nämnden för statligt tandvårdsstöd, som enligt 5 § b i TLV:s instruktion[3] ska utforma sina beslut så att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ram för anvisade medel på statsbudgeten. Om utgifterna bedöms överstiga anvisade medel ska nämnden vid behov snarast möjligt besluta om ändringar i de föreskrifter som avses i 5 a § förordningen med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

I propositionen som låg till grund för införandet av denna ordning skrev regeringen att behovet av politiska avvägningar kring ersättningsreglerna i detalj inte bör överdrivas. Regeringen skrev att, när det gäller bedömningen av vilka behandlingar som ska ersättas och under vilka förutsättningar det ska ske, krävs det såväl odontologiska och medicinska överväganden som beaktande av statsfinansiellt utrymme, hälsoekonomiska aspekter och samhällsekonomisk effektivitet. Regeringen konstaterade att de politiska aspekterna här blir av underordnad betydelse. Vidare skrev regeringen att samma myndighet som beslutar om ersättningsberättigande tandvård och

[3] Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

referenspriser också, vid behov, bör fatta beslut om sådana justeringar av beloppsgränser för tandvårdsersättning som kan bli en följd av reviderade referenspriser, så att storleken av de statliga utgifterna inte överstiger de på statsbudgeten avsatta medlen. Storleken av ersättningsgrader inom skyddet mot höga kostnader bör i normalfallet inte bli föremål för några justeringar, men besluten bör hållas ihop i samma instans.[4] Regeringen valde således att bemyndiga TLV att på föreskriftsnivå bestämma högkostnadsskyddets beloppsgränser och ersättningsgrader.

Även om regeringen genom lagen om statligt tandvårdsstöd[5] har normgivningsmakten och därmed alltid möjligheten att återta beslutanderätten över beloppsgränser och ersättningsnivåer, är det ett faktum att detta inte skett sedan reformens införande för drygt tio år sedan. Utredningens delar också i allt väsentligt den uppfattning som regeringen gav uttryck för i propositionen från år 2008, nämligen att det är lämpligt att de olika besluten om tandvårdsersättning hålls ihop i samma instans. Den inbyggda kostnadskontrollen fyller en viktig funktion i ett system som kombinerar betydande offentliga subventioner med fri etablering och fri prissättning.

Mot denna bakgrund måste frågan ställas till vem utredningens eventuella förslag om ett justerat högkostnadsskydd ska riktas och vilken status sådana eventuella förslag formellt skulle ha. Med nuvarande reglering är regeringens mandat begränsat till att föreslå riksdagen att tandvårdsanslaget höjs. Med hänvisning till ett utökat ekonomiskt utrymme kan Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV då besluta om nya beloppsgränser eller ersättningsgrader, eller om andra förändringar i villkoren för ersättning. Ett utredningsförslag som redovisar alternativa modeller för detta kan förvisso utgöra ett underlag för myndighetens beslutsfattande, men så länge regeringen inte väljer att återta beslutanderätten kan det rimligen inte ses som förslag till regeringen, utan som ett underlag för en myndighets beslutsfattande. Detta är en komplicerande omständighet för utredningens genomförande av tilläggsuppdraget.

[4] Proposition 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd.*
[5] Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

11.1.3 Utredningens tids- och resursmässiga förutsättningar

Tilläggsdirektivet beslutades den 5 november 2020 och redovisades den 1 mars 2021. Utredningen tillfördes inga ytterligare resurser för tilläggsuppdragets genomförande. Utredningens betänkande slutjusterades den 14 januari 2021. Detta har inneburit att sekretariatet i praktiken haft cirka tio veckor på sig att utföra uppdraget, vid sidan av arbetet med utredningens alla övriga uppdrag. Även om utredningen tidigare i utredningsarbetet berört frågan om betydelsen av ett förstärkt högkostnadsskydd, har den korta utredningstiden för tilläggsuppdraget inneburit att utredningen haft mycket begränsade möjligheter att göra de mer omfattande analyser och beräkningar som ett uppdrag av det aktuella slaget kräver.

11.2 Ett högkostnadsskydd mer likt hälso- och sjukvårdens system – vad betyder det?

Att tandvård och övrig hälso- och sjukvård bedrivs i två separata system med olika organisation och finansiering är inte unikt för Sverige. De flesta länder, som i likhet med Sverige har utbyggda generella och gemensamt finansierade välfärdssystem för exempelvis skola, vård och omsorg, har samtidigt tandvårdssystem med en annan finansieringsform och organisation. Det gäller de nordiska länderna, men även exempelvis Tyskland, Frankrike och Storbritannien. Tandvårdssystemen kännetecknas i regel av en hög andel privata utförare, en mer renodlad marknadsmodell än övriga välfärdstjänster och högre patientavgifter än i övrig hälso- och sjukvård. Det finns även annan vård och behandling som hanteras utanför hälso- och sjukvårdens organisation, exempelvis optiker med särskilda kunskaper om ögon, syn, synsystem och perception.

Utredningens uppdrag enligt det andra tilläggsdirektivet är att utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat *statligt* högkostnadsskydd som i sin utformning tar ett första steg för att bli mer likt hälso- och sjukvårdens system. Uppdraget är således begränsat till det statliga högkostnadsskyddets konstruktion och omfattning. Utredningen har dock valt en bredare ansats för sin analys och diskuterar även andra aspekter av relationen mellan de två systemen tandvård och övrig hälso- och sjukvård, däribland sådana förändringar som skulle innebära ett förändrat huvudmannaskap.

Att ”göra munnen till en del av kroppen” genom ett närmande mellan tandvården och den övriga hälso- och sjukvården är en målsättning som återkommande uttryckts i diskussionen om ett framtida tandvårdssystem, även om den formulerats på delvis olika sätt. Av sammanställningar som gjordes inför valet år 2018 framgår hur riksdagspartierna ser på organisationen av ett framtida tandvårdssystem i förhållande till hälso- och sjukvården. Att tandvården bör närma sig hälso- och sjukvården i syfte att gynna en regelbunden och förebyggande tandvård, att tandvården på sikt bör bli en del av hälso- och sjukvården och att tandvårdens finansiering stegvis bör bli mer lik sjukvårdens är några exempel på hur partierna uttryckte sig inför riksdagsvalet år 2018. Att tänderna är en del av kroppen och bör införas i ordinarie ersättningssystem och att tandvården på längre sikt, när ekonomin tillåter, bör ingå i det högkostnadsskydd som finns för vanlig sjukvård är andra exempel på partiers ställningstaganden. Dock finns även några partier som vill bibehålla nuvarande ordning och inte förordar några organisatoriska förändringar som svar på frågan om hur tandvården ska organiseras i förhållande till hälso- och sjukvården.[6]

Innebörden av målsättningen att efterlikna hälso- och sjukvårdens system beror på i vilket sammanhang och av vilka skäl som frågan diskuteras. Ett samlat huvudmannaskap som möjliggör en sammanhållen finansiering, styrning, ledning och möjlighet till ansvarsutkrävande är en tänkbar aspekt. Detta skulle teoretiskt sett kunna uppnås genom att tandvården organiserades, reglerades och finansierades enligt samma modell som övrig hälso- och sjukvård där regionerna har det samlade ansvaret. En anpassning av ramlagstiftningen på tandvårdsområdet så att tandvård och övrig hälso- och sjukvård styrs av samma övergripande principer och bestämmelser skulle sannolikt vara en del av en sådan reform, men kan teoretiskt sett göras även med nuvarande organisation av tandvården. Utredningen lämnar i betänkandet vissa förslag som innebär att tandvårdslagen mer kommer att likna hälso- och sjukvårdslagen, däribland att även tandvården ska omfattas av behovs-solidaritetsprincipen, människovärdesprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen. Dock krävs en mer systematisk översyn av såväl tandvårds- som hälso- och sjukvårdslagstiftningen för att verksamheterna fullt ut ska kunna sägas styras av samma principer.

[6] Tandvården het fråga i höstens val *Tandläkartidningen nr 7 2018.*

Ett närmande kan också handla om ökad samverkan i den kliniska verksamheten i syfte att möta patienten utifrån ett medicinskt helhetsperspektiv baserat på ömsesidig kunskap om orsakssamband mellan munhälsa och allmän hälsa. Även samverkan när det gäller styrning, vårdkedjor och ekonomi är viktigt för att kunna behandla patienten utifrån ett helhetsperspektiv. Socialstyrelsen konstaterade i en rapport år 2019 att tandvården behöver inkluderas på ett tydligare sätt i de processer och strukturer för samverkan som redan finns inom hälso- och sjukvården. På samma sätt måste tandvården inkluderas i det pågående arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården. De befintliga processerna kan fungera bättre ur samverkanssynpunkt, vilket kan leda till en mer effektiv och ändamålsenlig vård för patienten.[7]

Den kanske vanligaste innebörden av ett närmande mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård är emellertid att minska den andel av tandvårdskostnaderna som patienterna själva betalar för sin egen tandvård. Det är också denna aspekt av ett närmande som utredningens uppdrag enligt det andra tilläggsdirektivet avser. I debatten lyfts ofta de jämförelsevis höga kostnaderna som patienterna har i tandvården som ett av de främsta hindren mot en mer jämlik tandhälsa. Lägre kostnader för patienterna kan primärt uppnås genom ökade offentliga subventioner, exempelvis genom ett förstärkt högkostnadsskydd, men även en ökad konkurrens och ett mer effektivt nyttjande av befintliga resurser skulle teoretiskt sett kunna bidra till lägre patientkostnader.

Sammanfattningsvis kan ett närmande mellan tandvården och hälso- och sjukvården enligt utredningen innebära

- en sammanhållen finansiering, styrning och organisation,
- ett medicinskt helhetsperspektiv, samt
- lägre kostnader för tandvårdspatienterna.

Dessa tre punkter kan beskrivas som kriterier som i varierande grad kan uppfyllas vid utformningen av reformer som syftar till att tandvården ska närma sig den övriga hälso- och sjukvården. Mot bakgrund av hur tilläggsdirektivet är formulerat har fokus för utred-

[7] Socialstyrelsen. 2019. *Kartläggning av hinder för samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård, slutrapport.*

ningens analys främst varit det tredje kriteriet, det vill säga lägre kostnader för tandvårdspatienterna.

11.2.1 Tandhälsa i det folkhälsopolitiska arbetet

I tilläggsdirektivet hänvisas till det folkhälsopolitiska målet. Sedan år 2018 är det övergripande nationella målet för folkhälsopolitiken att skapa samhälleliga förutsättningar för en god och jämlik hälsa i hela befolkningen och sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation.[8] Folkhälsopolitikens sektorsövergripande mål- och uppföljningsstruktur har åtta målområden. Det åttonde målområdet är en jämlik och hälsofrämjande hälso- och sjukvård och det är i första hand i detta målområde som tandhälsa och tandvård ingår.

Tandhälsa har fram till för några år sedan givits jämförelsevis lite uppmärksamhet i det folkhälsopolitiska arbetet på nationell nivå. När Folkhälsomyndigheten våren 2019 publicerade en rapport om självskattad tandhälsa[9], var det första gången myndigheten gjorde en fördjupad analys på området. De data som användes för att undersöka faktorer som påverkar självskattad tandhälsa kom från undersökningen Hälsa på Lika Villkor (HLV).

Kommissionen för jämlik hälsa förde i sitt slutbetänkande från år 2017 ett resonemang om de jämförelsevis höga patientkostnadernas betydelse för skillnader i tandhälsa. Kommissionen skrev att den är medveten om att det kan finnas ekonomiska skäl till att inte göra tandvården till en del av hälso- och sjukvården, men menade att det utifrån perspektivet jämlik hälsa är svårt att motivera de stora skillnaderna i självfinansiering mellan de olika systemen eftersom personers ekonomiska förutsättningar, med nuvarande självfinansiering, skapar en ojämlikhet i tillgången till tandvård. Kommissionen menade därför att tandvården på sikt bör likställas med övrig hälso- och sjukvård. I det korta perspektivet, skrev kommissionen, bör förutsättningarna för att minska patientavgifterna utredas.[10]

[8] Prop. 2017/18:249 *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*
[9] Folkhälsomyndigheten. 2019. *Jämlik tandhälsa – en analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning.*
[10] SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*

Den moderna folkhälsopolitiken bygger på kunskapen om att ojämlikhet i hälsa uppstår som en följd av systematiska skillnader i hälsa mellan sociala grupper. Skillnaderna syns dels som en gradient som löper genom hela samhället, dels som hälsoproblem i grupper med en särskilt utsatt socioekonomisk position. Utifrån ett sådant perspektiv blir det tydligt att diskussionen om patientkostnadernas betydelse för skillnader i tandhälsa inte enbart bör föras i generella termer där hela patientkollektivet ses om en grupp med samma behov av minskade tandvårdskostnader. Avvägningen mellan generella och riktade subventioner behöver problematiseras. Samtidigt kan utredningen konstatera att högkostnadsskydd som subventionsmodell i huvudsak bygger på universalismens princip, det vill säga att alla oavsett resurser (betalningsförmåga) erbjuds en subvention vid en viss kostnadsnivå. Det kan jämföras med exempelvis bostadsbidrag, bostadstillägg eller ekonomiskt bistånd som är inkomstprövade subventioner. Mot bakgrund av att det är det nuvarande statliga högkostnadsskyddet som enligt tilläggsdirektivet ska justeras, är utredningens tolkning att det i första hand är generella och inte riktade, exempelvis inkomstprövade, subventioner som avses.

11.2.2 Allmänt om nuvarande högkostnadsskydd

Sedan år 2008 finns ett statligt högkostnadsskydd för tandvård som ersätter delar av patientens tandvårdskostnader över en viss nivå mätt under en tolvmånadersperiod. Ersättningen beräknas utifrån de sammanlagda referenspriserna för varje utförd tandvårdsåtgärd, eller tandläkarens pris om det är lägre än referenspriset. Referenspriset för varje tandvårdsåtgärd i det statliga tandvårdsstödet beslutas av TLV. Högkostnadsskyddet innebär att när en patients totala tandvårdskostnad enligt referenspriserna överstiger 3 000 kronor under tolvmånadersperioden får patienten 50 procent ersättning av kostnader som överstiger 3 000 kronor enligt referensprislistan och 85 procent ersättning av kostnader som överstiger 15 000 kronor enligt referensprislistan. Om vårdgivaren tar ut ett högre pris än referenspris för någon åtgärd som ingår i behandlingen får patienten betala denna överskjutande del.

I dag har cirka 16 procent av besökarna i tandvården kostnader som överstiger 3 000 kronor per år, vilket innebär att de tar del av högkostnadsskyddet. Detta är en andel som varit relativt konstant de senaste åren. Nyttjandet av högkostnadsskyddet ökar med åldern upp till 74 år för att sedan avta kraftigt bland personer äldre än 75 år. Kvinnor nyttjar högkostnadsskydd i något högre utsträckning, men skillnaderna mellan könen är relativt små.

I den proposition som låg till grund för dagens system skrev regeringen att en utgångspunkt vid bedömningen av på vilken nivå skyddet mot höga kostnader ska träda in bör vara hur stora kostnader som de flesta patienter i normalfallet kan finansiera utan större problem.[11] Cirka 20 procent av patienterna hade då under ett år tandvårdskostnader som var högre än 3 000 kronor. Regeringen bedömde att kostnader över 3 000 kronor av de flesta människor uppfattas som höga och att svårigheterna att själv finansiera kostnaderna ökar när man uppnår denna kostnadsnivå. Detta gäller särskilt när kostnaden uppstår oplanerat. En lämplig nivå på karensbeloppet, vid beaktande av de finansiella ramarna för reformen och behovet av att hålla kostnaderna under kontroll, var enligt regeringens mening därför 3 000 kronor. En rimlig nivå på den procentuella ersättningen bedömdes vara 50 procent av kostnaderna. Vidare skrev regeringen att för personer som har mycket höga kostnader ger emellertid inte denna ersättningsnivå ett tillräckligt skydd. Regeringen ansåg därför att den andel som ersätts bör öka till 85 procent för den del av kostnaderna som överstiger 15 000 kronor. I remissbehandlingen av utredningsförslaget menade flera remissinstanser att många patienter vars årliga tandvårdskostnader understiger 3 000 kronor inte kommer att få ta del av skyddet mot höga kostnader. Regeringen ansåg dock att skyddet mot höga kostnader ska vara just ett skydd mot kostnader av en viss storlek och inte ett generellt bidrag till tandvårdskostnader. De som har höga tandvårdskostnader under flera år i följd är förhållandevis få. För de flesta patienter är höga tandvårdskostnader något man drabbas av en eller ett fåtal gånger i livet. Skyddet mot höga kostnader bör enligt regeringens motivering utformas så att patienten ges ett ekonomiskt stöd vid dessa tillfällen.

[11] Prop. 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd.*

Högkostnadsskyddet i den tandvårdsreform som trädde i kraft år 2008 har varit föremål för flera utvärderingar. Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd konstaterade i sitt slutbetänkande[12] år 2015 att tandvårdskostnaden minskat för i stort sett alla patientgrupper som en följd av reformen. Utredningen såg också att såväl patienternas nyttjande av högkostnadsskydd som genomsnittliga ersättning ökat sedan reformens ikraftträdande. Detta har enligt utredningen från år 2015 sin förklaring i att beloppsgränserna varit nominellt oförändrade och inte justerats med hänsyn till prisutvecklingen. Utredningens slutsats var att färre människor avstår tandvård trots behov av ekonomiska skäl än före 2008 års reform och att högkostnadsskyddet ger ett reellt skydd för patienter som drabbas av höga tandvårdskostnader. Utfallet av reformen är enligt utredningen från år 2015 jämlikt i den meningen att ”sällanbesökarna” får högre ersättning från högkostnadsskyddet när de besöker tandvården. Dock konstateras att det fortfarande finns socioekonomiskt svaga grupper som besöker tandvården i mindre utsträckning trots behov.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) publicerade år 2016 en rapport om omfördelningsprofilen i tandvårdsstödets högkostnadsskydd[13]. Myndighetens slutsats var att högkostnadsskyddet bidrar till att öka progressiviteten i stödet för majoriteten av patienter, det vill säga att personer med låga inkomster i högre utsträckning än personer med höga inkomster får sina tandvårdskostnader täckta av högkostnadsskyddet.

Som framgår av detta betänkande visar även utredningens egna studier att dagens högkostnadsskydd har en omfördelande effekt mellan inkomstgrupper. Patienter med låga inkomster i relation till samtliga patienter tar i högre uträckning del av högkostnadsskyddet. Därutöver är låginkomsttagare överrepresenterade bland de patienter som har de allra högsta subventionerna. Det är både personer med de högsta inkomsterna och personer med mycket låga inkomster som tar del av de högsta subventionerna.

[12] SOU 2015:76. *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter.*
[13] Inspektionen för socialförsäkringen.2016. *Rapport 2016:11 Omfördelning inom tandvårdsstödets högkostnadsskydd.*

11.2.3 Om dynamiska effekter

Vid införandet av reformer bör beaktas att ett förändrat regelverk direkt och indirekt kan påverka beteendet hos den del av befolkningen som berörs av reformen. Detta brukar beskrivas som dynamiska effekter. År 2002 infördes den så kallade 65-plusreformen som innebar ett karensbelopp på 7 700 kronor i högkostnadsskyddet för protetiska åtgärder till personer 65 år och äldre. Subventionen däröver var 100 procent. Syftet med reformen var att stimulera till en mer regelbunden kontakt med tandvården för denna patientgrupp. Den dynamiska effekten blev dock ett förändrat konsumtionsmönster och kostnaderna blev nästa tre gånger högre än beräknat. Den dynamiska effekten av en reform kan även överskattas, vilket skedde när det statliga tandvårdsstödet infördes år 2008. I beräkningen av kostnaden för reformen uppskattades att patienternas konsumtion initialt skulle öka, vilket inte skedde. Kostnaderna förblev lägre än anslagen ram under ett antal år, varefter anslaget så småningom justerades ned. Exemplen illustrerar svårigheten med att beräkna dynamiska effekter.

Ett rimligt antagande är att ökade offentliga subventioner som ger lägre direkta kostnader för patienterna leder till en ökad efterfrågan på tandvård. Om personer med tandvårdsbehov kan söka vård utan större hinder av kostnaden, kommer de också sannolikt göra det i större utsträckning. Huruvida tandvården har kapacitet och förmåga att möta denna ökade efterfrågan är dock en annan sak. Faktorer som tillgång till utbildad personal, geografiska avstånd, ersättningsmodeller och andra marknadsmässiga villkor kan dämpa den dynamiska effekten av en reform som annars skulle leda till ökad tandvårdskonsumtion och därmed ökade kostnader för staten i form av subventioner. Det kan alltså konstateras att de verkliga kostnaderna för en reform skulle kunna bli både högre och lägre än uppskattningen vid en statisk beräkning. Utredningen har mot denna bakgrund valt att endast göra statiska kostnadsberäkningar och i stället i sin analys diskutera sannolikheten för olika typer av dynamiska effekter.

11.2.4 Alternativa modeller för ett nytt eller justerat högkostnadsskydd

Bedömning: 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.

Bedömning: 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.

Bedömning: Ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd bör utformas genom att förändra beloppsgränser och/eller ersättningsgrader för subvention av samtliga eller ett urval av i dag i tandvårdsstödet ingående tillstånd med tillhörande tandvårdsåtgärder. Utredningen har valt att kostnadsberäkna fyra alternativa modeller. 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 denna typ av patientkostnader. Ett annat antagande för samtliga beräkningar är att utredningens övriga reformer, däribland att tandhälsoplan ersätter ATB, har införts.

Alternativ 1: Öppenvårdsmodell med en beloppsgräns
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.[14] Beräknat i 2023 års prisnivå skulle alternativet innebära ett behov av att öka nivån på anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner med cirka 6,5 miljarder kronor. Patienternas andel av tandvårdskostnaderna i det statliga tandvårdsstödet skulle med detta alternativ sjunka från 63 procent till 33 procent.

[14] Beloppsgränser för högkostnadsskydd i alternativen 1, 2 och 3 är framskrivna baserat på Konjunkturinstitutets prognos för 2023 års prisbasbelopp på 48 900 kronor.

Alternativ 2: Öppenvårdsmodell med två beloppsgränser
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. Beräknat i 2023 års prisnivå skulle alternativet innebära ett behov av att öka nivån på anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner med cirka 1,6 miljarder kronor. Patienternas andel av tandvårdskostnaderna i det statliga tandvårdsstödet skulle med detta alternativ sjunka från 63 procent till 56 procent.

Alternativ 3: Läkemedelsförmånsmodell
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. Högkostnadsskyddet täcker kostnader som högst motsvarar respektive åtgärds referenspris, alternativt vårdgivarens pris om detta är lägre. Beräknat i 2023 års prisnivå skulle alternativet innebära ett behov av att öka nivån på anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner med cirka 3,8 miljarder kronor. Patienternas andel av tandvårdskostnaderna i det statliga tandvårdsstödet skulle med detta alternativ sjunka från 63 procent till 45 procent.

Alternativ 4: Modell med differentierade subventioner
När en patient behandlas med åtgärder och för tillstånd som avser sjukdomar, sjukdomstillstånd och vissa reparativa och rehabiliterande behandlingar betalar patienten endast en patientavgift på 200 kronor per besök. Beräknat i 2023 års prisnivå skulle alternativet innebära ett behov av att öka anslagsnivån på anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner med cirka 5,4 miljarder kronor. Patienternas andel av tandvårdskostnaderna i det statliga tandvårdsstödet skulle med detta alternativ sjunka från 63 procent till 38 procent.

Skälen för regeringens bedömning: I enlighet med det andra tilläggsdirektivet har utredningen utrett och kostnadsberäknat ett antal olika modeller för ett nytt eller justerat högkostnadsskydd som i sin utformning tar ett första steg för att bli mer likt hälso- och sjukvårdens system i syfte att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader. När det gäller de tre andra i utredningsdirektivet angivna syftena – att gynna en regelbunden och förebyggande tandvård, att uppnå en mer jämlik tandhälsa samt att skapa ett mer resurseffektivt tandvårdssystem – hänvisas till betänkandets övriga bedömningar och förslag.

Den inledande bedömningen, att en förutsättning för att kunna stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader för patienterna är att anslagsnivån för anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner ökar, har gjorts av följande skäl.

Utredningen har inledningsvis övervägt om det skulle vara möjligt att justera beloppsgränser eller ersättningsgrader på ett sätt som gör systemet mer likt hälso- och sjukvårdens system, stärker skyddet mot höga tandvårdskostnader och samtidigt är kostnadsneutralt jämfört med statens nuvarande kostnader. Som framgår av tabellerna 11.1 och 11.2 finns det flera olika kombinationer som är i princip kostnadsneutrala vid en statisk beräkning. En modell där kostnader som överstiger 2 000 kronor subventioneras med 40 procent och kostnader som överstiger 15 000 kronor med 85 procent, skulle exempelvis innebära ungefär samma kostnader för staten som i dagens system. En modell med endast en beloppsgräns på 5 000 kronor och där kostnader därutöver ersätts med 80 procent skulle också vara kostnadsneutral, liksom en modell med en beloppsgräns på 7 000 kronor och 100 procents subvention av kostnader därutöver.

I samtliga dessa fall kan dynamiska effekter antas uppstå och påverka kostnaderna. Som påpekas i det tidigare avsnittet om dynamiska effekter är det dock inte säkert att alla förändringar skulle medföra ökade kostnader. En hög första beloppsgräns skulle kunna leda till att fler patienter med svag ekonomi och tandvårdsbehov avstår tandvård av ekonomiska skäl. Å andra sidan kan en hög subventionsgrad av omfattande behandlingar riskera att bli kostnadsdrivande, vilket var fallet med 65-plusreformen.

Utredningens bedömning är att kostnadsneutrala förändringar av beloppsgränser och ersättningsgrader inte uppfyller det i tilläggsdirektivet angivna syftet att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader för patienterna. En kostnadsneutral justering innebär inte

heller att högkostnadsskyddet blir mer likt hälso- och sjukvårdens. Lägre beloppsgränser förutsätter lägre ersättningsgrader och vice versa. Patienternas andel av kostnaderna totalt sett kvarstår oavsett, även om en viss omfördelande effekt kan uppnås. Därför är det utredningens bedömning att det inte är möjligt att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader med mindre än att ytterligare resurser tillförs. Mot bakgrund av kommittéförordningens finansieringskrav samt det faktum att de olika alternativa modellerna har olika kostnadsnivåer, har utredningen valt att endast redovisa detta som en bedömning. Utredningens bedömning är således att en förutsättning för att genom ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd kunna stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader är att anslagsnivån för anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner i statsbudgeten ökar.

Den andra bedömningen, att regeringen bör ange vilka beloppsgränser och ersättningsgrader som det eventuellt ökade utrymmet på anslaget är avsett att medge, har utredningen gjort av följande skäl.

Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV ska utforma sina beslut så att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ram för anvisade medel på statsbudgeten. Ett ökat utrymme på tandvårdsanslaget kan motivera nämnden att genom ändringar i föreskrifterna för det statliga tandvårdsstödet justera beloppsgränser och ersättningsgrader. Som framgått finns det dock ett stort antal olika kombinationer som skulle innebära ungefär samma belastning av anslaget. Nämnden har också möjligheten att på föreskriftsnivå förändra vilka tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigande så att effekten blir en ökad belastning av anslaget upp till angiven ram. Mot den bakgrunden blir det uppenbart att regeringen, i samband med en reform där anslagen ram höjs för att finansiera ett justerat högkostnadsskydd, också närmare bör ange villkoren för ersättning enligt det nya eller justerade högkostnadsskyddet. Inför 2008 års tandvårdsreform utformades både förordning och underlag till TLV:s föreskrifter av en organisationskommitté i Socialdepartementet, vilket gjorde att de beloppsgränser och ersättningsgrader som utredningen föreslagit initialt, fördes in i förordningen om statligt tandvårdsstöd och därefter genom bemyndigande i stället utgjorde ett underlag till TLV:s föreskrifter. Detta skulle kunna vara ett ändamålsenligt tillvägagångssätt även denna gång, även om det onekligen kompliceras av det faktum att det i dag redan finns föreskrifter som reglerar de aktuella villkoren. Det senare gör det sannolikt nödvän-

digt för regeringen att i ett första steg dra tillbaka TLV:s bemyndigande att meddela föreskrifter avseende beloppsgränser och ersättningsgrader. Därefter kan regeringen välja att behålla beslutanderätten eller att åter ge TLV ett bemyndigande. En myndighet har dock en självständig rätt att föreskriva och kan därefter välja en annan ersättningsgrad alternativt beloppsgräns. Det har inte ingått i utredningens uppdrag att analysera och värdera för- och nackdelar med att Nämnden för statligt tandvårdsstöd har det nuvarande bemyndigandet, men kan ändå konstatera att den nuvarande ordningen där TLV har flera olika verktyg för att kontrollera kostnaderna fyller en viktig funktion i ett system som kombinerar betydande offentliga subventioner med fri etablering och fri prissättning.

När det gäller den tredje bedömningen och de fyra alternativa modeller som utredningen valt att presentera, redovisas nedan några utgångspunkter och antaganden för beräkningarna samt utredningens bedömning av för- och nackdelar med de olika alternativen. Eftersom alternativen 1, 2 och 3 bygger på samma princip, nämligen att förstärka det generella statliga högkostnadsskyddet genom att ändra beloppsgränser och ersättningsgrader, kommenteras dessa samlat nedan. För alternativ 4 finns särskilda kommentarer. Alternativen är inte rangordnade och utredningen har valt att inte ta ställning till vilket alternativ som är mest ändamålsenligt för att uppnå syftet enligt tilläggsdirektivet. Utredningen har genomgående använt SCB:s mikrosimuleringsmodell FASIT för att beräkna kostnader för alternativa reformer. Som beskrivs mer utförligt i kapitel 12, baseras data om tandvårdskonsumtion i FASIT på de åtgärder som vårdgivare anslutna till det statliga tandvårdsstödet rapporterar in till Försäkringskassan.

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 denna typ av patientkostnader. Ett annat antagande för samtliga beräkningar är att utredningens övriga reformer, däribland att tandhälsoplan ersätter ATB och STB, har genomförts. Eftersom statens kostnader för tandhälsoplan beräknas ligga på ungefär på samma nivå som för ATB och STB, cirka 2,25 miljarder kronor, och subventionerna i huvud-

sak avser samma typ av tandvård (undersökningar och förebyggande åtgärder) bör det inte påverka beräkningarna avsevärt om reformerna inte genomförts.

Alternativ 1: Öppenvårdsmodell med 100 procents subvention och en beloppsgräns

Högkostnadsskyddet inom den öppna hälso- och sjukvården innebär att en patient under år 2020 betalar högst 1 150 kronor under en tolvmånadersperiod för öppen hälso- och sjukvård. Beloppet är ett högkostnadsskydd som regleras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och som har bestämts till 0,025 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor, eller det lägre belopp som bestämts av regionen.

Om högkostnadsskyddet i det statliga tandvårdsstödet skulle utformas enligt samma subventionsmodell som högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård, skulle det innebära en 100 procents kostnadstäckning om patientens totala tandvårdskostnader i 2023 års prisnivå överstiger 1 200 kronor under en tolvmånadersperiod.[15] Enligt den modell som utredningen kostnadsberäknat, täcker högkostnadsskyddet kostnader för ersättningsberättigande tandvård som högst motsvarar respektive åtgärds referenspris, vilket beslutas av TLV, alternativt vårdgivarens pris om detta är lägre. Det innebär att patienten, i och med den fria prissättningen, med denna modell betalar den andel av vårdgivarens priser som överstiger referensprisnivån. Vidare betalas eventuellt ytterligare tandvård som inte är ersättningsberättigande av patienten på samma sätt som i dag.

Enligt utredningens beräkningar skulle statens kostnader för ett högkostnadsskydd enligt denna modell vara cirka 12,0 miljarder kronor beräknat i 2023 års prisnivå. Det skulle innebära kostnadsökningar jämfört med dagens system på cirka 6,5 miljarder kronor. Patienternas andel av tandvårdskostnaderna i det statliga tandvårdsstödet skulle med denna reform i princip halveras, från 63 till 33 procent. I genomsnitt skulle subventionen för en patient i det statliga tandvårdsstödet öka med uppskattningsvis 1 500 kronor per år, till en nivå på 3 300 kronor.

[15] Beloppsgränser för högkostnadsskydd i alternativen 1, 2 och 3 är framskrivna baserat på Konjunkturinstitutets prognos för 2023 års prisbasbelopp på 48 900 kronor.

Alternativ 2: Öppenvårdsmodell med 50 respektive 85 procents subvention och två beloppsgränser

Ett annat alternativ skulle kunna vara att högkostnadsskyddet i det statliga tandvårdsstödet efterliknar högkostnadsskyddet för öppen hälso- och sjukvård såvitt avser den första beloppsgränsen, men med en hälften så hög nedre ersättningsgrad samt en bibehållen övre beloppsgräns på 15 000 kronor med en ersättningsgrad på 85 procent. Det skulle innebära att när en patients totala tandvårdskostnader 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. När en patients totala tandvårdskostnader överstiger 15 000 kronor under en tolvmånadersperiod blir patienten berättigad till 85 procents kostnadstäckning av den ersättningsberättigande tandvården beräknat utifrån respektive åtgärds referenspris. Även i detta fall täcker högkostnadsskyddet endast kostnader som högst motsvarar respektive åtgärds referenspris, alternativt vårdgivarens pris om detta är lägre. Det innebär att patienten i realiteten, i och med den fria prissättningen, skulle betala den andel av vårdgivarens priser som överstiger referensprisnivån. Sådan tandvård som inte är ersättningsberättigande skulle betalas av patienten precis som i dag.

Enligt utredningens beräkningar skulle statens kostnader för ett högkostnadsskydd enligt denna modell vara cirka 7,0 miljarder kronor beräknat i 2023 års prisnivå. Det skulle innebära kostnadsökningar jämfört med dagens system på cirka 1,6 miljarder kronor. Patienternas andel av tandvårdskostnaderna i det statliga tandvårdsstödet skulle med denna reform minska från 63 till 56 procent. Den genomsnittliga subventionen för en patient i det statliga tandvårdsstödet beräknas öka med 370 kronor per år, till en nivå på totalt 2 180 kronor.

Alternativ 3: Läkemedelsförmånsmodell

Högkostnadsskyddet för läkemedel ger tillgång till läkemedel på recept till subventionerat pris och regleras i 6 § lagen om läkemedelsförmåner m.m.[16] Högkostnadsskyddet reducerar stegvis patientens kostnad för läkemedel. Den förmånsberättigade ska under tolvmånadersperioden sammanlagt inte betala mer än ett belopp som motsvarar 0,05 gånger prisbasbeloppet enligt 2 kap. 6 och 7 §§ socialförsäkringsbalken, avrundat nedåt till närmaste femtiotal kronor.

År 2020 betalar en patient inom läkemedelsförmånen högst 2 350 kronor. Framskrivet till 2023 års nivå för prisbasbeloppet, skulle en patient som mest betala 2 400 kronor under en tolvmånadersperiod.[17] Patienten betalar fullt pris för sådana läkemedel som ingår i högkostnadsskyddet upp till 1 200 kronor. Därefter träder subventionssystemet in enligt följande trappa:

- Patienten betalar 50 procent av läkemedelskostnader mellan 1 200 kronor och 2 290 kronor.
- Patienten betalar 25 procent av läkemedelskostnader mellan 2 290 kronor och 4 255 kronor.
- Patienten betalar 10 procent av läkemedelskostnader mellan 4 255 kronor och 5 890 kronor.

Det skulle vara möjligt att utforma ett högkostnadsskydd för tandvårdskostnader enligt samma subventionsmodell som för läkemedelsförmånen. Högkostnadsskyddet skulle då täcka kostnader som högst motsvarar respektive åtgärds referenspris, alternativt vårdgivarens pris om detta är lägre. Det innebär att patienten i realiteten, i och med den fria prissättningen, även med ett högkostnadsskydd enligt läkemedelsförmånsmodellen skulle betala den andel av vårdgivarens priser som överstiger referensprisnivån. Tandvård som inte är ersättningsberättigande betalas av patienten precis som i dag.

[16] Lagen (2002:160) om läkemedelsförmåner m.m.
[17] Framskrivning baseras på Konjunkturinstitutets prognos för prisbasbeloppet.

Enligt utredningens beräkningar skulle införandet av en sådan subventionsmodell innebära en kostnad för staten i form av högkostnadsskydd på cirka 9,2 miljarder kronor i 2023 års prisnivå. Det innebär kostnadsökningar jämfört med dagens system på cirka 3,8 miljarder kronor. Patienternas andel av tandvårdskostnaderna i det statliga tandvårdsstödet skulle med denna reform minska från cirka 63 till 45 procent. Den genomsnittliga subventionen för en patient i det statliga tandvårdsstödet beräknas öka med 880 kronor per år, till en nivå på totalt 2 690 kronor.

Uppskattning av kostnader för andra kombinationer av beloppsgränser och ersättningsgrader

De alternativ till reformer som redovisas ovan syftar till att illustrera vad som är möjligt att göra med resursförstärkningar på några olika nivåer. Det är givetvis möjligt att kostnadsberäkna reformer med andra kombinationer av beloppsgränser och ersättningsgrader och antalet kombinationer är teoretiskt sett närmast oändliga. Tabellerna nedan visar skillnaden mellan statens nuvarande kostnader och de kostnader som skulle uppstå vid förändrade beloppsgränser och ersättningsgrader för tandvård i det statliga stödet. Tabell 11.1 visar utfallet med en bibehållen övre beloppsgräns i högkostnadsskyddet på 15 000 kronor med ersättningsgraden 85 procent. Tabell 11.2 visar förändringen i statens tandvårdskostnader jämfört med dagens system utan den övre beloppsgränsen på 15 000 kronor. I tabellen ska en grönare nyans tolkas som minskade kostnader för staten, medan en rödare nyans innebär ökade kostnader för staten. Ju starkare grön respektive röd färg, desto större är de beräknade förändringarna jämfört med dagens system. Gul nyans är de kombinationer av beloppsgräns och ersättningsgrad som ger minst påverkan på statens tandvårdskostnader inom högkostnadsskyddet.

Tabell 11.1 Skillnader i statens kostnader vid olika ersättningsgrader och undre beloppsgränser samt bibehållen 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%	85%
0	–2,9	–1,6	–0,3	1,0	2,2	3,5	4,8	6,1	7,4	8,1
1 000	–2,9	–2,0	–1,0	–0,1	0,9	1,9	2,8	3,8	4,7	5,2
2 000	–2,9	–2,2	–1,5	–0,7	0,0	0,8	1,5	2,2	3,0	3,3
3 000	–2,9	–2,3	–1,8	–1,2	–0,6	0,0	0,6	1,2	1,8	2,0
4 000	–2,9	–2,4	–2,0	–1,5	–1,0	–0,6	–0,1	0,4	0,9	1,1
5 000	–2,9	–2,5	–2,1	–1,8	–1,4	–1,0	–0,6	–0,2	0,2	0,4
6 000	–2,9	–2,6	–2,3	–2,0	–1,7	–1,3	–1,0	–0,7	–0,4	–0,2
7 000	–2,9	–2,7	–2,4	–2,2	–1,9	–1,6	–1,4	–1,1	–0,9	–0,7
8 000	–2,9	–2,7	–2,5	–2,3	–2,1	–1,9	–1,7	–1,5	–1,3	–1,2
9 000	–2,9	–2,8	–2,6	–2,4	–2,3	–2,1	–1,9	–1,8	–1,6	–1,5
10 000	–2,9	–2,8	–2,7	–2,5	–2,4	–2,3	–2,2	–2,0	–1,9	–1,9
11 000	–2,9	–2,8	–2,7	–2,6	–2,6	–2,5	–2,4	–2,3	–2,2	–2,1
12 000	–2,9	–2,9	–2,8	–2,7	–2,7	–2,6	–2,5	–2,5	–2,4	–2,4
13 000	–2,9	–2,9	–2,8	–2,8	–2,8	–2,7	–2,7	–2,7	–2,6	–2,6
14 000	–2,9	–2,9	–2,9	–2,9	–2,9	–2,9	–2,8	–2,8	–2,8	–2,8
15 000	–2,9	–2,9	–2,9	–2,9	–2,9	–2,9	–2,9	–2,9	–2,9	–2,9

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

Tabell 11.2 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.

Utredningens kommentar till alternativen 1, 2 och 3

Det statliga tandvårdssystemets nuvarande konstruktion med referenspriser, fri prissättning och ett skydd mot höga kostnader i form av två beloppsgränser och två ersättningsgrader är ett robust system som tillämpats i drygt tio år. Samtidigt som systemet i många avseenden fungerar väl, är det ett faktum att patienterna i Sverige betalar i genomsnitt cirka två tredjedelar av tandvårdskostnaden i direkta avgifter. Om patienternas andel av tandvårdskostnaderna ska minska, behöver de offentliga subventionerna öka. Att med ökade offentliga subventioner förstärka det generella statliga högkostnadsskyddet genom att ändra beloppsgränser och ersättningsgrader ger en direkt effekt på patienternas andel av de totala tandvårdskostnaderna. I den meningen svarar dessa alternativ väl upp mot ett av kriterierna för ett närmande mellan tandvård och hälso- och sjukvård, nämligen lägre kostnader för tandvårdspatienterna. Det överensstämmer med det syfte som utredningsdirektivet anger för alternativa modeller, nämligen ett förstärkt skydd mot höga tandvårdskostnader för patienterna.

2015 års tandvårdsutredning berörde frågan om sänkta beloppsgränser i sitt slutbetänkande[18] och underströk då bland annat vikten av att tydliggöra vad syftet med en sådan reform skulle vara – att nå fler människor eller att ge en större subvention till de som redan besöker tandvården. Utredningen instämmer i att detta är en principiellt viktig fråga. Om syftet är att direkt nå socioekonomiskt utsatta grupper med stora tandvårdsbehov och låg besöksfrekvens, är generella förstärkningar av högkostnadsskyddet sannolikt inte det mest ändamålsenliga. Som 2015 års utredning också konstaterade skulle ”dödviktseffekten” av en sådan sänkning sannolikt bli stor, det vill säga kostnaden blir hög men effekten på besöksfrekvensen liten. Om syftet däremot är att göra tandvården till en gemensamt finansierad universell välfärdstjänst i likhet med övrig hälso- och sjukvård, kan tillvägagångssättet att helt eller delvis jämställa tandvårdens högkostnadsskydd med högkostnadsskyddet inom hälso- och sjukvården, vara rimligt och motiverat. Det handlar då inte primärt om att nå fler eller att erbjuda vissa patienter med omfattande behov eller svag ekonomi ett skydd mot särskilt höga kostnader, utan att tandvården ska vara en gemensamt finansierad generell välfärdstjänst där

[18] SOU: 2015:76. 2015. *Fler och starkare tandvårdspatienter.*

alla patienters kostnader är avsevärt lägre än i dag. Detta har som framgått uttryckts som en politisk målsättning av flera politiska partier.

Utifrån perspektivet jämlik tandhälsa finns både för- och nackdelar med reformer som förstärker det generella statliga högkostnadsskyddet. En uppenbar fördel är den lägre ekonomiska tröskeln för alla patienter. De patienter som i dag avstår tandvård trots behov och av ekonomiska skäl kommer sannolikt göra det i mindre utsträckning. Även större patientgrupper som har ekonomiska resurser att regelbundet besöka tandvården, men som av olika skäl prioriterar andra utgifter, skulle sannolikt öka sin tandvårdskonsumtion om det inte var förenat med några betydande kostnader. På sikt kan en sådan reform möjligen bidra till minskade skillnader i tandhälsa. En annan fördel är att behovet av att upprätthålla en tydlig gräns mellan tandvård och hälso- och sjukvård minskar om det inte påverkar patientens kostnader huruvida en åtgärd definieras som tandvård eller hälso- och sjukvård. Nödvändigheten av att ha ett selektivt tandvårdsstöd för vissa grupper med särskilda behov minskar, eftersom alla patienter erbjuds kraftigt subventionerad tandvård. I den meningen kan ett jämställande av högkostnadsskydden mellan tandvård och hälso- och sjukvård främja ett medicinskt och odontologiskt helhetsperspektiv på patienten.

Mot detta kan anföras att en förstärkning av det generella statliga högkostnadsskyddet får effekten att det stora flertalet patienter som redan i dag regelbundet besöker tandvården, har god tandhälsa och måttliga tandvårdskostnader som de kan finansiera utan större problem, får sina tandvårdskostnader subventionerade. Som påpekats ovan kan det vara väl motiverat ur ett allmänt välfärdspolitiskt perspektiv, men de direkta effekterna på skillnaderna i tandhälsa är mer svårbedömda. Utredningens analys av tandhälsans bestämningsfaktorer och orsakerna till skillnader i tandhälsa visar att skillnaderna endast delvis kan förklaras av att patienten står för en stor del av tandvårdskostnaden. När det gäller allmänhälsa är det även andra socioekonomiska faktorer än inkomst, bland annat utbildningsnivå, födelseland och sysselsättningsgrad som förklarar hälsoklyftorna, och dessa samband gäller även skillnader i tandhälsa. Även helt avgiftsfria vårdtjänster, som exempelvis mammografiscreening, har en täckningsgrad på drygt 80 procent, det vill säga en femtedel av målgruppen avstår, trots att den ekonomiska tröskeln helt tagits bort. En utvärdering från år 2020 av effekten av att mammografiscreening

blev avgiftsfri år 2016 visar på små förändringar av deltagandet.[19] Inom tandvården till barn och unga vuxna finns liknande mönster, framför allt bland unga vuxna, trots att tandvården är avgiftsfri. Det är i högre grad personer med en socioekonomiskt svag position som avstår från avgiftsfria vårdtjänster. För att minska dessa skillnader i hälsa krävs omfattande välfärdspolitiska och resursomfördelande reformer på många olika områden. Ett högkostnadsskydd för tandvård som är mer likt hälso- och sjukvårdens kan vara en del i ett sådant välfärdspolitiskt reformarbete men kommer, enligt utredningens bedömning, inte i sig utjämna skillnaderna i tandhälsa.

En annan nackdel med en förstärkning av det generella statliga högkostnadsskyddet är att det riskerar att leda till högre priser i tandvården. Kombinationen av omfattande subventioner och fri prissättning innebär att vårdgivare kan välja att höja priserna utan att det riskerar att påverka patienternas efterfrågan negativt. Detta riskerar att bli kostnadsdrivande för staten och för patienterna, i den mån priserna är högre än referenspris. Eftersom beloppsgränserna och ersättningsgraderna i det nuvarande högkostnadsskyddet varit oförändrade sedan tandvårdsstödets införande år 2008, finns det begränsat empiriskt underlag för att studera denna effekt. Införandet av tandvårdsreformen år 2008 ledde dock enligt en rapport från TLV från år 2015[20] till att priserna steg med cirka 11 procent.

En annan aspekt av subventionsgradens effekter på tandvårdsmarknaden är risken för överkonsumtion i betydelsen icke odontologiskt motiverad tandvårdsproduktion. Överkonsumtion av tandvård kan paradoxalt nog i praktiken leda till ett ökat tandvårdsbehov på befolkningsnivå genom att det görs fler och mer omfattande behandlingar som på sikt genererar ännu mer tandvård i form av nya rehabiliterande och reparerande åtgärder.

I en rapport från TLV från år 2019[21] om effekterna av höjningen av ATB år 2018, konstaterades att ett förhöjt ATB kan medföra en risk för icke odontologiskt motiverad konsumtion av förebyggande tandvård och därmed statliga medel. Myndigheten ställer i rapporten frågan om hur subventionen ska konstrueras för att kunna stimulera förebyggande insatser som är bra för tandhälsan, samtidigt som icke ändamålsenlig användning av statliga medel motverkas. Utredningen

[19] Vårdanalys. 2020. *Avgiftsfri mammografi En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa.*
[20] TLV.2015. *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriserna.*
[21] TLV.2019. *Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018.*

instämmer i TLV:s påpekande att konstruktionen av subventioner bör göras så att statens medel används på ett ändamålsenligt sätt. Utifrån utredningens uppfattning att behovsprincipen bör få ett tydligare genomslag i tandvårdskonsumtionen, kan diskuteras om generella subventioner är det mest ändamålsenliga sättet att använda offentliga medel.

Slutligen bör sannolikheten för betydande kostnadsökningar även till följd av ökad odontologiskt motiverad tandvårdskonsumtion påpekas. Utredningen har som framgått ovan valt att redovisa statiska kostnadsberäkningar, men det är ändå viktigt att understryka att lägre kostnader för patienterna sannolikt skulle leda till såväl ökad efterfrågan som ökad produktion av tandvård. Även om tandvårdens kapacitet begränsas av faktorer som exempelvis personalbrist, skulle statens kostnader för ett tandvårdsstöd med mer omfattande subventioner med största sannolikhet bli avsevärt högre än vad som framgår av en statisk beräkning. I synnerhet det första alternativet med full subvention från 1 200 kronor skulle sannolikt bli kraftigt kostnadsdrivande för staten. Det saknas då i princip helt incitament för patienterna att begränsa kostnaderna för sin tandvård. Om TLV även fortsättningsvis kommer att ha uppgiften att utforma sina beslut så att utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ram för anvisade medel, kan en konsekvens bli att TLV ser sig tvungna att begränsa vilken tandvård som ska vara ersättningsberättigande för att kunna bibehålla de beloppsgränser och ersättningsgrader som det nya högkostnadsskyddet bygger på.

De tre alternativ till förstärkningar av det generella statliga högkostnadsskyddet som utredningen valt att redovisa förutsätter alla att tandvårdsanslaget ökar, men på olika nivåer. Alternativ 1, den dyraste reformen, som innebär full kostnadstäckning upp till referenspris från 1 200 kronor, har den uppenbara fördelen att den kan sägas innebära att tandvårdens statliga högkostnadsskydd jämställs med öppenvårdens. Totalt sett skulle alternativet innebära att patienternas tandvårdskostnader i princip halverades jämfört med nuvarande system. Nackdelarna med detta alternativ har beskrivits ovan.

Det andra alternativet innebär i princip bara en nedjustering av den första beloppsgränsen i det nuvarande högkostnadsskyddet till 1 200 kronor, så att den överensstämmer med högkostnadsskyddet i öppenvården. Den andra beloppsgränsen samt nuvarande ersättningsgrader i högkostnadsskyddet bibehålls. Detta är en avsevärt

billigare reform för staten och liknar endast hälso- och sjukvårdens system avseende beloppsgränsen 1 200 kronor. Reformens påverkan på patienternas tandvårdskostnader blir följaktligen relativt liten och uppgår enligt beräkningarna till mindre än 7 procentenheter.

Läkemedelsförmånen är en annan del av hälso- och sjukvårdens system. Därför är det mot bakgrund av hur tilläggsdirektivet är formulerat även motiverat att studera utformningen av det högkostnadsskyddet. Läkemedelsförmånsmodellen innebär att en patient betalar fullt pris för tandvården upp till 1 200 kronor men att kostnaderna för tandvård upp till referensprisnivå aldrig överstiger 2 400 kronor. Kombinationen mellan beloppsgränser och ersättningsgrader är utformad enligt en trappmodell med en successiv ökning av ersättningsgraden ju högre kostnader patienten har. Utredningen har valt att redovisa detta som alternativ 3. En fördel med att utforma det statliga högkostnadsskyddet i tandvården enligt samma modell är att det är en existerande och väl etablerad subventionsmodell som många patienter i hälso- och sjukvården känner till. Modellen är dock mer komplicerad att förstå som patient än dagens tandvårdsstöds två nivåer. Modellen ger också ett reellt skydd mot höga kostnader. En skillnad jämfört med läkemedel är dock att tandvård över referenspris även fortsättningsvis betalas av patienten. Kostnaderna för staten skulle med alternativ 3 uppgå till cirka 3,8 miljarder kronor, vilket således är ungefär mitt emellan de två tidigare alternativen.

Sammanfattningsvis är det utredningens bedömning att 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, ändå innebär ett steg mot att göra tandvården till en gemensamt finansierad universell välfärdstjänst som mer liknar andra välfärdstjänster. Nackdelarna är risken för prisökningar, överkonsumtion, ökade statliga kostnader samt att statliga medel används för att subventionera tandvård för stora grupper som utan större svårigheter själva kan finansiera sin tandvård.

Alternativ 4: Modell med differentierade subventioner

Allmänt om det statliga tandvårdssystemets uppbyggnad

I dagens statliga tandvårdssystem har TLV bemyndigats av regeringen att genom föreskrifter[22] besluta om vilken tandvård som kan berättiga patienterna till statligt tandvårdsstöd. Föreskriften anger också under vilka förutsättningar patienten är berättigad till tandvårdsstöd och vilka krav som måste vara uppfyllda för att ersättning ska lämnas för utförd behandling.

Ersättningsreglerna inom det statliga tandvårdsstödet utgår från ett antal tillstånd som är uppdelade under följande huvudrubriker och serier:

- 1 000 A. Undersökningar och utredningar
- 2 000 B. Hälsofrämjande insatser
- 3 000 C. Behandlingar vid sjukdoms- och smärttillstånd
- 4 000 D. Reparativ vård
- 5 000 E. Rehabiliterande och habiliterande vård.

Tillstånden har en fyrsiffrig kod och en kodtext, exempelvis 4001, Kavitet i tand på grund av primärkaries. För flertalet tillstånd finns även specifika villkor för att åtgärderna för att behandla tillståndet ska vara ersättningsberättigande. Ett tillstånd är inte detsamma som en diagnoskod. Ett tillstånd kan vara en sammanslagning av flera diagnoser, alternativt kan en diagnos vara uppdelad på flera tillstånd av ersättningstekniska skäl.

Åtgärderna är grupperade i följande nio serier:

- 100 Undersökning, riskbedömning och hälsofrämjande åtgärder
- 200 Sjukdomsförebyggande åtgärder
- 300 Sjukdomsbehandlande åtgärder
- 400 Kirurgiska åtgärder
- 500 Rotbehandlingsåtgärder
- 600 Bettfysiologiska åtgärder

[22] Föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd, gällande omtryck HSLF-FS 2019:9.

- 700 Reparativa åtgärder
- 800 Protetiska åtgärder
- 900 Tandreglering och utbytesåtgärder.

Åtgärderna har en tresiffrig kod. I åtgärdsbeskrivningen framgår vad respektive åtgärd innehåller samt förutsättningar, villkor och begränsningar för åtgärden. I den inledande skrivningen till respektive åtgärdsgrupp framgår innehåll och förutsättningar som är gemensamma för åtgärderna i åtgärdsgruppen.

Utredningen har studerat vårdgivarpriset för de olika åtgärdsserierna i det statliga tandvårdsstödet och hur stor del av den totala kostnaden som patienten bär, respektive som täcks av högkostnadsskydd. Den statliga subvention som ges i form av ATB och STB syns inte i den statistik som använts, då det inte går att i statistiken knyta den till en viss åtgärd utan endast till ett visst besök. STB är knutet till förebyggande åtgärder och kan endast användas för delbetala sådana åtgärder. ATB kan användas till all tandvård och det kan förmodas att en patient som inte besökt tandvården under en tidsperiod använder sitt, eller sina två, bidrag vid första betalningen i samband med en undersökning.[23]

Som framgår av tabell 11.3 nedan finns det några åtgärdsserier som står för stora volymer av svensk tandvårdsproduktion men där tandvårdsersättning som skydd mot höga kostnader inte utgör någon hög andel. Det gäller främst åtgärdsserie 100 som är undersökning, riskbedömning och hälsofrämjande åtgärder och som motsvarar drygt 43 procent av antalet åtgärder som utförs. Denna tandvård ersätts i dag delvis av ATB, eftersom det ofta är åtgärder som görs vid det första besöket. Med utredningens förslag om tandhälsoplan kommer en stor del av dessa åtgärder erbjudas till en fast patientavgift på 200 kronor. Även åtgärdsserie 300, sjukdomsbehandlande åtgärder, utgör en stor del av svensk tandvårdsproduktion – sammanlagt nästan en fjärdedel av antalet åtgärder som utförs. I serien återfinns en del av de behandlingar som behövs för att behandla sjukdom eller lindra smärta. Som framgår utgör även åtgärdsserie 700, som är reparativa åtgärder, en relativt stor del av antalet

[23] 15 § förordning (2008:93) om statligt tandvårdsstöd anger att när ATB används behöver vårdgivaren inrapportera antalet intakta och kvarvarande tänder på patienten. Detta kan försvåra användandet av bidraget till andra behandlingar än sådana där behandlaren får anledning att se över samtliga tänder i munnen.

åtgärder som utförs. I kontrast till detta står de protetiska åtgärderna i serie 800. Dessa står sammanlagt för nästan hälften av utbetalningarna av högkostnadsskydd, 2,3 miljarder kronor (45 procent), samtidigt som de endast utgör drygt 5 procent av de åtgärder som utförs. Denna åtgärdsserie står alltså för en stor del av subventionerna i dagens system, vilket dels förklaras av att åtgärderna är kostsamma sig, dels av att de ofta utförs i slutet av en behandlingsperiod när patienten redan nått upp till en hög subventionsnivå.

Tabell 11.3 Utförda åtgärder samt skattade vårdgivarpriser och utbetalt högkostnadsskydd per åtgärdsserie år 2019

Summa i antal åtgärder respektive kostnad i miljarder kronor samt procentuell fördelning

	Åtgärder		Vårdgivarpris		Högkostnadsskydd	
	Antal	Andel	Kostnader	Andel	Kostnader	Andel
100-serien	7 161 000	43,0 %	4,5	24 %	0,5	10 %
200-serien	919 000	5,5 %	0,3	1 %	0,0	0 %
300-serien	3 781 000	22,7 %	2,5	13 %	0,4	7 %
400-serien	771 000	4,6 %	1,6	9 %	0,6	11 %
500-serien	360 000	2,2 %	1,2	6 %	0,5	9 %
600-serien	66 000	0,4 %	0,2	1 %	0,1	1 %
700-serien	2 677 000	16,1 %	3,4	18 %	0,7	13 %
800-serien	867 000	5,2 %	4,8	25 %	2,3	45 %
900-serien	1 000	0,0 %	0,1	0 %	0,02	0 %
Utbytesåtg.	40 000	0,2 %	0,5	2 %	0,1	2 %
Totalsumma	**16 643 000**	**100 %**	**19,1**	**100 %**	**5,2**	**100 %**

Källa: Försäkringskassan, FASIT och egna beräkningar.

Förutsättningar för differentierade subventioner av vissa tillstånd och åtgärder

Målsättningarna med subventionerna i det statliga tandvårdsstödet är att gynna förebyggande och regelbundna tandvårdsbesök samt ge ett skydd mot höga kostnader. Så länge den tandvård som utförs är ersättningsberättigande påverkas inte subventionen av vad som orsakar eller motiverar behandlingen. Behandlingar av orala sjukdomstillstånd subventioneras med samma karensgränser som exempelvis behandling för att ersätta en saknad tand med en bro. Samtidigt innebär tandvårdsstödets uppbyggnad med tydligt definierade tillstånds-

och åtgärdsserier att det skulle vara möjligt att värdera enskilda tillstånd och åtgärder, exempelvis utifrån en tydligare behovsprincip, och differentiera subventionerna därefter. Differentierade subventioner skulle på detta sätt kunna vara en modell för att utforma ett högkostnadsskydd som mer liknar den övriga hälso- och sjukvårdens genom att de offentliga subventionerna i högre grad än i dag styrs mot behandling av sjukdomar och sjukdomstillstånd. Det bör understrykas att de subventioner som avses i detta sammanhang är de som ges utöver stödet för regelbundna tandvårdsbesök och viss förebyggande behandling som i dagens system ges i form av ATB och som utredningen föreslår till del ska ges inom tandhälsoplan.

Att subventionera en eller flera hela åtgärdsserier, exempelvis sjukdomsbehandlande (300) eller reparativa (700) åtgärder är dock inte ett lämpligt tillvägagångssätt om patientens odontologiska behov ska styra, eftersom en patient med stort behov kan behöva åtgärder ur många olika serier. Exempelvis kan 300-seriens sjukdomsbehandlande åtgärder endast till del behandla sjukdomarna parodontit och periimplantit. Är sjukdomen av ett allvarligare slag behövs även kirurgiska åtgärder ur 400-serien. För att behandla karies och få patienten kariesfri på längre sikt behövs information och instruktion samt beteendemedicinsk behandling ur 300-serien, men för att laga själva hålet i tanden tillämpas 700-serien. Omvänt kan en viss åtgärd vara väl motiverad och viktig för att behandla ett visst tillstånd, medan samma åtgärd för behandling av ett annat tillstånd inte kan anses vara lika motiverad utifrån ett behovsperspektiv. En modell med differentierade subventioner bör därför enligt utredningens bedömning utformas genom att identifiera ett antal *kombinationer* av tillstånd och åtgärder som avser sjukdomar och sjukdomstillstånd, eller tillstånd som av andra skäl bedöms vara särskilt motiverade att subventionera om en behovsprincip ska vara vägledande.

För att kunna kostnadsberäkna en modell som bygger på differentierade subventioner har utredningen gjort en förteckning över vilka tillstånd samt vilka åtgärder som skulle kunna omfattas (se bilaga 4). Denna förteckning ska ses som ett exempel för att illustrera ett möjligt tillvägagångssätt. Skulle en reform enligt denna princip genomföras, bör den föregås av ett myndighetsuppdrag att systematiskt analysera och föreslå vilka tillstånd och därtill tillhörande åtgärder som bör omfattas av en subvention.

I förteckningen för att beräkna kostnaderna för differentierad subvention finns de 3000-, 4000 och 5000-tillstånd samt de åtgärder för respektive tillstånd som utredningen bedömer att det vore motiverat att subventionera.

I 3000-serien har de fyra första tillstånden enligt föreskriften HSLF-FS 2019:9 exkluderats, främst av det skälet att de i normalfallet kommer att täckas av tandhälsoplan om personen har hög risk. För övriga tillstånd har åtgärder för information och kortare beteendemedicinsk behandling tagits bort av samma skäl.

I 4000-serien finns alla tillstånd enligt HSLF-FS 2019:9 med. Även här är åtgärder för information och kortare beteendemedicinsk behandling borttagna.

I 5000-serien finns endast ett fåtal tillstånd med, men dessa bedöms betydelsefulla för personer med stora behov. Det gäller helt tandlösa käkar samt partiell tandlöshet som ska åtgärdas med avtagbar protes samt tillstånd för när en protetisk konstruktion gått sönder. För dessa tillstånd finns endast åtgärder för avtagbar protes samt åtgärder för enkla reparationer med i beräkningen.

Beräkningen av statens kostnader för en modell med differentierade subventioner av tillstånd med vissa behandlingsåtgärder baseras på underlag som TLV har tagit fram till utredningen. Underlagen visar vilka tillstånd och åtgärder som registrerats vid patienternas besök i tandvården samt vid vilken karensnivå i högkostnadsskyddet som patienterna befann sig i innan respektive efter besöket. Underlaget avser data om det statliga tandvårdsstödet år 2019, och de beräkningar som utredningen gör utgår från gällande regelverk. En förteckning över de tillstånd och åtgärdskombinationer som utredningen bedömer vara lämpliga att berättiga till utökad subvention redovisas i bilaga 4.

Att uppskatta de ekonomiska konsekvenserna av differentierade subventioner är komplicerat på grund av att den statliga ersättningen i form av ATB och högkostnadsskydd i sig inte är knuten till tillstånd eller åtgärder utan till patientens ersättningsberättigande belopp. Anta exempelvis att en 40-årig patient vid årets första besök i tandvården bedöms ha tillstånden 1001 och 4001, att behandling ska ske med åtgärderna 101 och 404 samt att priset för tandvården är 3 965 kronor (referenspris). Efter att ATB har dragits, kvarstår en kostnad på 3 665 kronor, varav ersättningen i form av högkostnadsskydd är 332,50 kronor (50 procent från 3 000 kronor upp till

3 665 kronor). Denna subvention i form av högkostnadsskydd kan inte exklusivt sägas tillhöra varken tillstånden 1001 eller 4001 respektive åtgärderna 101 eller 404, eftersom det är patientens samlade tandvårdskostnad vid besöket som genererar det ersättningsgrundande beloppet. Inte heller patientens 300 kronor i ATB kan i detta fall sägas vara knutet till enstaka tillstånd eller åtgärder. För att uppskatta hur en statlig subvention och patienternas kostnader fördelar sig mellan tillstånd respektive åtgärder har utredningen därför tillämpat en proportionell princip där varje kombination av tillstånd och åtgärd får en tyngd som relaterar till befolkningens konsumtion i termer av sammanlagda referenspris för kombinationen. Denna tyngd används sedan för att uppskatta den statliga ersättningen och patienternas kostnader per tillstånd och åtgärdskombination.

Utredningen har alltså, sammanfattningsvis, beräknat kostnaderna för en subvention av tandvård som avser sjukdomar, sjukdomstillstånd och vissa reparativa och rehabiliterande behandlingar. Enligt denna modell innebär subventionen att patienten endast betalar en patientavgift på 200 kronor per besök när sådan tandvård utförs. De tillstånd och åtgärder som omfattas i den modell som kostnadsberäknats beskrivs kortfattat ovan och mer utförligt i bilaga 4. Enligt utredningens beräkningar skulle differentierade subventioner av tillstånd och åtgärder i den omfattning som utredningens modell innehåller, innebära ökade kostnader för staten med cirka 1,7 miljarder kronor för tillståndsserie 3000 som avser behandlingar av sjukdoms- eller smärttillstånd, cirka 3,4 miljarder kronor för serie 4000 som avser reparativ vård av skadade tänder och slutligen cirka 0,3 miljarder kronor för tillståndsserie 5000 som avser viss rehabiliterande vård. Den sammanlagda kostnadsökningen blir därmed enligt utredningens beräkningar 5,4 miljarder kronor. Patienternas andel av tandvårdskostnaderna skulle med reformen minska från 63 till 38 procent. I genomsnitt skulle subventionen för en patient i det statliga tandvårdsstödet öka med uppskattningsvis 1 250 kronor per år, till en nivå på 3 060 kronor.

Tabell 11.4 Kostnader, subvention och patienternas kostnader i det statliga tandvårdsstödet vid modell differentierad subvention år 2023

Miljarder kronor

	Innan reform	Efter reform
Tandvårdssubventioner	7,8	13,2
varav tandhälsoplan	*2,4*	*2,4*
varav högkostnadsskydd	*5,4*	*5,4*
varav differentierad subvention	*0*	*5,4*
Patientens kostnad	13,4	8,0
Totala tandvårdskostnader	**21,2**	**21,2**
Ökade kostnader för staten		5,4
Patienter, % av tandvårdskostnader	63 %	38 %

Källa: TLV, FASIT och egna beräkningar.

Utredningens kommentar till alternativ 4

I dag står de protetiska åtgärderna för nästan hälften av statens kostnader för skyddet mot höga kostnader, medan dessa åtgärder endast utgör drygt 5 procent av de åtgärder som utförs. De stora volymerna av åtgärder görs i stället inom undersökande, sjukdomsbehandlande och reparativa åtgärder. En förklaring till detta är att undersökning och sjukdomsbehandling görs i början av en ny ersättningsperiod och protetikens kostnad hamnar i slutet av samma period och patienten samlat på sig kostnader i skyddet mot höga kostnader. En annan förklaring är givetvis att en undersökning har en lägre kostnad än en större protetisk konstruktion.

Inom sjukvården behandlas exempelvis öron- eller ögoninfektioner inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården, medan patienter som behöver hjälpmedel vid hörsel- eller synnedsättning är hänvisade till en marknad där de själva delvis eller helt får bekosta vissa hörapparater, linser eller glasögon. Även om fast protetik inte kan jämföras med glasögon, illustrerar exemplen att det skulle kunna finnas en logik i att det statliga tandvårdsstödet ger olika subventioner till olika typer av tillstånd och åtgärder och där, vid sidan av förebyggande åtgärder, behandling av sjukdom ges högre prioritet.

En differentierad subvention av de kombinationer av tillstånd och åtgärder som avser sjukdomar, sjukdomstillstånd samt vissa reparativa och rehabiliterande behandlingar, skulle innebära att stora grupper av patienter med vanliga tandvårdsbehov skulle betala mindre för

sin tandvård. Exempelvis skulle behandling av folksjukdomarna karies och parodontit erbjudas till alla patienter till en låg kostnad, vilket skulle innebära ett steg mot en finansieringsmodell mer lik den övriga hälso- och sjukvårdens. Detta skulle enligt utredningens modell kunna göras med ett bibehållet skydd mot höga kostnader för de åtgärder som inte är särskilt subventionerade. Om nuvarande beloppsgränser på 3 000 respektive 15 000 kronor och subventionsgrader på 50 respektive 85 procent är rimliga i ett system där stora delar av tandvården redan är kraftigt subventionerad, behöver dock övervägas och analyseras vidare.

Utgångspunkten för övrig hälso- och sjukvård är att inom ramen för ett offentligfinansierat system prioritera och bedöma patienters olika behov och därefter medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. I den svenska hälso- och sjukvårdsmodellen svarar primärvården för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens. Verksamheten är huvudsakligen offentligt finansierad och patienten betalar endast hälso- och sjukvårdsavgift för besöket. Om målsättningen är att detta ska vara utgångspunkten även för ett framtida tandvårdssystem, kan alternativet med differentierade subventioner vara ett ändamålsenligt tillvägagångssätt.

Ett ytterligare argument för differentierade subventioner är att det innebär ett steg mot att integrera orala sjukdomar och sjukdomstillstånd i ett medicinskt helhetsperspektiv på patienten. Sjukdomar och sjukdomstillstånd uppkommer i och påverkar kroppens olika organ och funktioner, inklusive munhålan. Folksjukdomar som karies och parodontit drabbar stora grupper av befolkningen och kan i normalfallet behandlas i allmäntandvården. Utifrån ett övergripande vårdpolitiskt och finansiellt perspektiv finns det enligt utredningen en logik i att jämställa behandling av orala sjukdomar och sjukdomstillstånd som inte kräver specialistkompetens med sådan grundläggande medicinsk behandling som primärvården ansvarar för. Genom utredningens förslag om tandhälsoplan sänks de ekonomiska trösklarna för den viktiga förebyggande och regelbundna tandvården i form av undersökningar och viss förebyggande vård. Genom att i ett nästa steg subventionera tandvård som avser sjukdomar, sjukdomstillstånd och vissa reparativa och rehabiliterande behandlingar, skulle de ekonomiska trösklarna sänkas även för dessa åtgärder. Det skulle

innebära att offentliga subventioner i högre grad än i dag styrdes mot patienters faktiska behov av vård och behandling av sjukdomar och sjukdomstillstånd. Differentierade subventioner enligt denna modell svarar väl mot två av de tre kriterier för ett närmande mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård som utredningen identifierat – ett medicinskt helhetsperspektiv och lägre patientkostnader. Däremot uppfylls inte det tredje kriteriet om sammanhållen styrning, ledning och organisation. En sådan modell skulle innebära att tandvården även fortsättningsvis var separerad från övrig hälso- och sjukvård i detta avseende. En nackdel är även att även om ökade subvention för behandling av sjukdomar och sjukdomstillstånd i framtiden skulle leda till friskare bett i befolkningen och ett sannolikt mindre behov av rehabiliterande vård med omfattande protetik, omhändertar inte modellen de patienter som på grund av långvarig oral ohälsa och sjukdom redan förlorat sina tänder och som därav har stora tandvårdsbehov.

En annan nackdel med omfattande subventioner är svårigheterna att kombinera subventioner med fri prissättning. Ju högre subvention, desto större blir risken för oönskade effekter i form av exempelvis högre priser. Alternativ 4 bygger därför på en modell som liknar utredningens förslag om tandhälsoplan, det vill säga att priset regleras till 200 kronor per besök. Därmed kan en utveckling som leder till prisökningar snarare än kostnadslättnader för patienterna undvikas. Dock, med tanke på att den tandvård som i utredningens beräkningsexempel skulle subventioneras utgör en stor del av dagens tandvårdsproduktion, skulle detta innebära en mycket långtgående prisreglering av tandvårdsmarknaden. Detta skulle sannolikt påverka tandvårdsmarknaden negativt genom högre priser på icke prisreglerade åtgärder. Det skulle sannolikt också försämra de marknadsmässiga villkoren för att bedriva tandvård i sådan omfattning att det skulle kunna leda till ett minskat utbud av vårdgivare. Det innebär således en svår utmaning att konstruera systemet så att de ökade subventionerna inte leder till betydande prisökningar och samtidigt bibehålla den nuvarande tandvårdsmarknadens positiva värden som valfrihet, patientnöjdhet och mångfald av privata och offentliga aktörer.

Sammanfattning av de ekonomiska konsekvenserna av de alternativa modellerna

Utredningen har i detta avsnitt presenterat fyra olika alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd. Samtliga modellalternativ innebär förändringar i det statliga tandvårdsstödets högkostnadsskydd som medför ökade kostnader för staten och minskade kostnader för patienterna. Ett antal nyckeltal för alternativen presenteras i tabell 1.5 nedan.

Tabell 11.5 Nyckeltal år 2023 för fyra alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd

	Öppenvårds-modell med två beloppsgränser	Läkemedels-modellen	Differentierade subventioner av tillståndsserier	Öppenvårds-modell med en beloppsgräns
Behov av finansiering utöver tandvårdens nuvarande resurser	1,6 mdkr	3,8 mdkr	5,4 mdkr	6,5 mdkr
Patienternas andel av tandvårdskostnaden i det statliga tandvårdsstödet	56 %	45 %	38%	33 %
Ökad subvention per patient och år	370 kr	880 kr	1 250 kr	1 500 kr
Minskning av patienternas andel av tandvårdskostnaden, Statliga stödet	7 p.e.	18 p.e.	25 p.e	30 p.e.
Minskning av patienternas andel av tandvårdskostnaden, samtliga stöd	5 p.e.	12 p.e.	17 p.e	21 p.e.

Källa: Egna beräkningar. Anmärkning: P.e. är en förkortning av procentenheter.

11.2.5 Fasta beloppsgränser eller indexering

Utredningen om ett förbättrat tandvårdsstöd föreslog år 2015 att högkostnadsskyddet skulle indexeras. Utredningen konstaterade att beloppsgränserna i högkostnadsskyddet har legat på samma nominella nivå sedan tandvårdsreformen infördes och att nominellt oförändrade beloppsgränser har inneburit att den gräns som år 2008 sattes upp för vad som ska anses vara stora tandvårdsbehov i dag ligger på en lägre real nivå. Dagens patienter behöver därmed konsumera mindre tandvård innan skyddet mot höga kostnader träder

in än när reformen infördes. 2015 års utredning menade att det är viktigt att tandvårdsstödets olika delar värdesäkras så att begreppet stora tandvårdsbehov i reala termer är förhållandevis konstant över tid. Statens subvention hålls då på samma ambitionsnivå över tid så länge inget annat beslutas. En löpande värdesäkring ger också bättre förutsättningar för regering och riksdag att bedöma kostnaderna för de behov som stödet avser att täcka. Utredningen föreslog att nivån på beloppsgränserna skulle värdesäkras genom att kopplas till prisbasbeloppet. Som nämnts tidigare beräknas prisbasbeloppet med utgångspunkt i förändringar i det allmänna prisläget (KPI) enligt bestämmelserna i socialförsäkringsbalken (SFS 2010:110). Prisbasbeloppet fastställs av regeringen för helt kalenderår och avrundas till närmaste hundratal kronor. Utredningen föreslog en första beloppsgräns motsvarande 0,0732 gånger prisbasbeloppet och en andra beloppsgräns på 0,3660 gånger prisbasbeloppet, avrundat till närmaste hundratal kronor.

Denna utredning delar uppfattningen att en indexering av högkostnadsskyddet har fördelen att det kan värdesäkra den ambitionsnivå för skyddet mot höga kostnader som lagstiftaren avsett. Å andra sidan har regeringen givit Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV långtgående möjligheter att på andra sätt justera högkostnadsskyddet genom bemyndigandet att besluta om ersättningsberättigande åtgärder, referenspriser, beloppsgränser och ersättningsgrader. Då det inte är förändringar i befolkningens tandvårdsbehov som ska ligga till grund för beslut om förändrade villkor, utan endast om utgifterna för det statliga tandvårdsstödet ryms inom ram för anvisade medel på statsbudgeten, kan dock diskuteras vad som i realiteten anger lagstiftarens ambitionsnivå. Med nuvarande ordning är det i princip anvisade medel på tandvårdsanslaget som anger ambitionsnivån, så länge portalparagrafen i lagen om statligt tandvårdsstöd om vilken tandvård som ska subventioneras kan anses vara uppfylld.

Utredningens bedömning är att en indexering av beloppsgränserna skulle kunna vara ändamålsenligt för alternativen 1, 2 och 3. Tandvårdens högkostnadsskydd skulle då även i detta avseende får en utformning mer lik den övriga hälso- och sjukvårdens. Dock bör påpekas att såväl högkostnadsskyddet för öppenvården som för läkemedel är reglerat genom en i lag bestämd andel av prisbasbeloppet. En motsvarande reglering av högkostnadsskyddet för tandvården i lag skulle inte bara innebära att regeringen fråntog nämnden bemyn-

digandet avseende beloppsgränserna, utan att dessa även underställdes riksdagens beslut. Ska nuvarande ordning för reglering av tandvårdens högkostnadsskydd bibehållas, bör det konsekventa vara att Nämnden för statligt tandvårdsstöd på föreskriftsnivå beslutar om vilken andel av prisbasbeloppet som ska ligga till grund för beloppsgränsen/-erna.

11.2.6 Alternativ till ett statligt högkostnadsskydd – kompletterande beräkningar och diskussion

Enligt det andra tilläggsdirektivet har utredningens uppdrag varit att utreda och föreslå justeringar eller förändringar i det *statliga* högkostnadsskyddet. Det innebär att utredningen inte haft i uppdrag att lämna förslag som exempelvis innebär ett förändrat huvudmannaskap för sådan tandvård som i dag utförs inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Samtidigt är det enligt utredningen ofrånkomligt att i en analys av hur ett system i sin utformning kan bli mer likt hälso- och sjukvårdens, också kommentera frågan om ansvarsfördelningen mellan staten och regionerna. I detta avsnitt redovisar utredningen därför några översiktliga kostnadsberäkningar samt diskuterar några modeller som bygger på principen att regionerna skulle ges ett ansvar för tandvård på ett sätt som motsvarar regionernas nuvarande ansvar för övrig hälso- och sjukvård. Eftersom detta inte ingått i utredningens uppdrag har utredningen avstått från att redovisa dessa modeller som en del av utredningens bedömning av olika alternativ. Utredningen tar heller inte ställning för eller mot dessa modeller.

Allmänt om regionernas ansvar för hälso- och sjukvård och viss tandvård

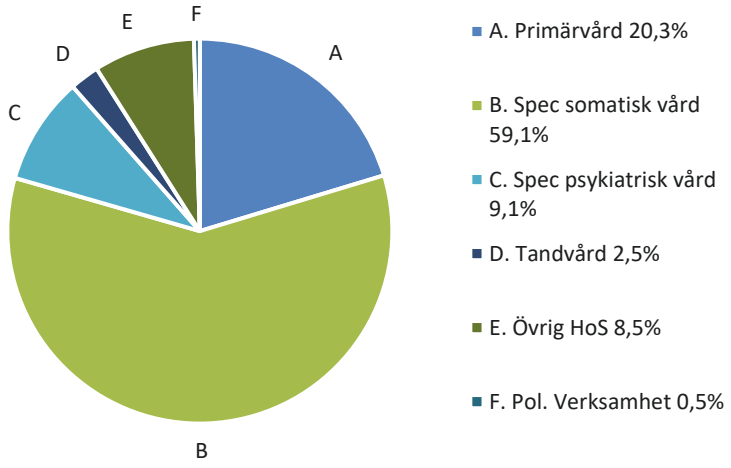
SCB samlar årligen in statistik från regionerna om kostnader och intäkter för de verksamhetsområden som regionerna ansvarar för. År 2018, vilket i skrivande stund är de mest aktuella uppgifterna, var regionernas totala verksamhetskostnader för hälso- och sjukvård inklusive tandvård 369 miljarder kronor.[24] De regionala tandvårdskostnaderna stod för 13 miljarder kronor, vilket därmed motsvarade en andel på 3,5 procent.

[24] Bruttokostnader inklusive kostnader för läkemedelsförmånen.

Regionernas kostnader för hälso- och sjukvård och tandvård finansieras via externa och interna intäkter, skatteintäkter samt generella statsbidrag. År 2018 stod skatteintäkterna för totalt 70 procent av samtliga intäkter och de generella statsbidragen för drygt 8 procent. Patientavgifter stod totalt sett för en liten del av regionernas intäkter för hälso- och sjukvården. Totalt betalade patienter inom öppenvården (primärvård samt öppen somatisk och psykiatrisk vård) 2,7 miljarder kronor och patienter inom tandvården 2,6 miljarder kronor år 2018.[25] Efter avdrag för intäkter var regionernas totala nettokostnader för hälso- och sjukvård 275 miljarder kronor. Som framgår av figur 11.1 nedan var nettokostnaden för tandvård knappt 7 miljarder kronor, en andel på 2,5 procent av regionernas totala hälso- och sjukvårdskostnader.

Figur 11.1 Andel av nettokostnader för olika hälso- och sjukvårdsverksamheter år 2019.

Samtliga regioner



Källa: SCB och SKR.

[25] Detta inkluderar avgifter för abonnemangstandvård.

Inom den öppna hälso- och sjukvården utgör patientavgifterna en andel på 6 procent av samtliga bruttointäkter, och patientavgifter täcker endast 1 procent av bruttokostnaden för vården. Detta kan jämföras med tandvården där två tredjedelar av en vårdgivares intäkter kommer från patienterna i det statliga tandvårdsstödet. Patientavgifterna för det regionala åtagandet motsvarar 42 procent av bruttointäkterna och täcker 20 procent av bruttokostnaderna för tandvården. Dock bör påpekas att det som av regionerna redovisas som intäkter av patientavgifter i tandvården inte kan jämföras med patientavgifter i övrig hälso- och sjukvård. I utredningens dialog med SKR och med SKR:s tandvårdsnätverk har framkommit att såväl avgifter för abonnemangstandvård och andra intäkter kopplade till det statliga tandvårdsstödet som besöksavgifter vid särskilt tandvårdsstöd redovisas som patientavgifter.

Kompletterande beräkningar

Utredningen har gjort beräkningar i syfte att uppskatta vilka ökade kostnader det skulle medföra för regionerna om de skulle vara skyldiga att erbjuda sådan tandvård som i dag finansieras inom ramen för det statliga tandvårdsstödet och i samma omfattning som den som konsumeras i dag. Beräkningarna utgår från uppgifter för år 2018 eftersom vissa data om hälso- och sjukvården endast är tillgängliga fram till och med detta år. Beräkningarna har i korthet gjorts på följande sätt.

Regionerna finansierar redan i dag en stor del av den svenska tandvården genom tandvård till barn och unga vuxna samt det särskilda tandvårdsstödet för vuxna. Tandvård som berättigar till statligt tandvårdsstöd finansieras av staten och patienterna själva och det är ett regionalt ansvar för denna del av tandvårdssystemet som utredningen har uppskattat kostnaderna för. Totalt var omsättningen för tandvård i det statliga tandvårdsstödet 18,4 miljarder kronor år 2018. Patienterna stod för cirka 65 procent av dessa kostnader vilket motsvarar ett belopp på 12,0 miljarder kronor. Den statliga subventionen stod för resterande 35 procent av tandvårdskostnaden vilket motsvarar ett belopp på 6,4 miljarder kronor.

I ett första steg har utredningen gjort en beräkning av vad det skulle innebära om regionerna var skyldiga att erbjuda den tandvård

som i dag ges inom det statliga tandvårdsstödet till en kostnad för patienten motsvarande 200 kronor per besök och med en övre gräns genom ett högkostnadsskydd på 1 150 kronor. Patientavgift och karensbelopp i högkostnadsskyddet är därmed desamma som inom den övriga hälso- och sjukvården. Beräkningen bygger på antagandet att tandvården och hälso- och sjukvården fortsatt har två separata högkostnadsskydd. Givet dessa antaganden beräknar utredningen att regionerna kommer att behöva finansiera 90 procent av tandvården som i dag finansieras inom ramen för det statliga tandvårdsstödet, vilket motsvarar ett belopp på 16,6 miljarder kronor i 2018 års prisnivå. Patienterna finansierar resterande 10 procent genom patientavgifter, totalt motsvarande 1,8 miljarder kronor i 2018 års prisnivå. Eftersom staten upphör som finansiär, har utredningen gjort antagandet att statens nuvarande kostnader på 6,4 miljarder kronor i stället skulle tillföras regionerna. De resurser som därutöver skulle behöva tillföras för att nå kostnadstäckning beräknas därmed till 10,2 miljarder kronor i 2018 års prisnivå. Patienternas andel av kostnaderna för tandvård som omfattas av statliga tandvårdsstödet sjunker med denna modell från 64 procent till 10 procent. Patienternas andel av kostnaderna för all tandvård, det vill säga inklusive det som i dag är regionernas ansvar, sjunker med reformen från 52 till 16 procent.

Tabell 11.6 Tandvårdskostnader per finansiär och stöd, före och efter reformer år 2018

Miljarder kronor

	Innan reform			Efter reform		Förändring
	Statligt stöd	Regional tandvård	Totalt	Statligt stöd	Totalt	Totalt
Staten	6,4	0	6,4	0	0	–6,4
Regioner	0	6,8	6,8	16,6	23,4	16,6
Patienter	12,0	2,6	14,5	1,8	4,3	–10,2
Totalt	**18,4**	**9,4**	**27,7**	**18,4**	**27,7**	**0**
Patienter, % av kostnaden	65 %	27 %	52 %	10 %	16 %	–36 p.e.

Källa: FASIT, SKR och egna beräkningar. Anmärkningar: Regionsfinansierad tandvård omfattar tandvård till barn och unga vuxna, de särskilda tandvårdsstöden samt viss specialisttandvård.

Ett alternativ till den ovan beskrivna modellen med två separata högkostnadsskydd skulle kunna vara ett högkostnadsskydd som är integrerat med öppenvårdens. Ett antagande för utredningens beräkning av en sådan modell är att regionerna ges ansvar för att erbjuda tandvård i en omfattning motsvarande den som i dag ges i det statliga tandvårdsstödet. En patient betalar patientavgift motsvarande hälso- och sjukvårdsavgift vid tandvårdsbesök. När en patients avgifter för besök i tandvården och hälso- och sjukvården överstiger 1 150 kronor under en tolvmånadersperiod, blir tandvården kostnadsfri för patienten. Enligt utredningens beräkningar ökar regionernas kostnader med detta alternativ med 19,7 miljarder kronor i 2018 års prisnivå. Eftersom staten upphör som finansiär, har utredningen gjort antagandet att 2018 års kostnader för staten på 6,4 miljarder kronor i stället tillförs regionerna. De ytterligare resurser som därmed skulle behöva tillföras för att nå kostnadstäckning beräknas till 13,3 miljarder kronor i 2018 års prisnivå. Patienternas andel av kostnaderna för tandvård som omfattas av det statliga tandvårdsstödet skulle med detta alternativ sjunka från 64 procent till 5 procent. Patienternas andel av kostnaderna för all tandvård, det vill säga inklusive det som i dag är regionernas ansvar, skulle sjunka från 52 procent till 5 procent. Patienternas skulle enligt beräkningen stå för 2 procent av samtliga hälso- och sjukvårdskostnader, inklusive tandvård, med ett integrerat högkostnadsskydd.

Tabell 11.7 Kostnader för öppen hälso- och sjukvård och tandvård per finansiär och stöd, före och efter reformer år 2018

Miljarder kronor

	Innan reform			Efter reform	Förändring
	Öppenvård	Tandvård	Totalt	Totalt	
Staten	0	6,4	6,4	0	–6,4
Regioner	202,4	6,8	209,2	228,9	19,7
Patienter	2,7	14,5	17,2	3,9	–13,3
Totalt	**205,1**	**27,7**	**232,8**	**232,8**	**0**
Patienter, % av kostnaden	1 %	52 %	7 %	2 %	–5 p.e.

Källa: FASIT, SKR och egna beräkningar. Anmärkningar: Regionsfinansierad tandvård omfattar tandvård till barn och unga vuxna, de selektiva tandvårdsstöden samt viss specialisttandvård.

Diskussion

Som konstateras inledningsvis i detta kapitel är tandvård och övrig hälso- och sjukvård reglerad, organiserad och finansierad som två separata system. Olika kultur, finansiering, ledning och styrning har i olika sammanhang lyfts fram som ett hinder för samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård. Brister i samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården riskerar att leda till ojämlikheter i vården och till att en del patienter riskerar att falla mellan stolarna. Socialstyrelsen skrev i en rapport år 2019 att tandvården behöver inkluderas på ett tydligare sätt i de processer och strukturer för samverkan som redan finns inom hälso- och sjukvården. På samma sätt måste tandvården inkluderas i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården som nu pågår. De befintliga processerna kan fungera bättre ur samverkanssynpunkt, vilket kan leda till en mer effektiv och ändamålsenlig vård för patienten. Enligt en rapport från IVO från år 2014[26] uppstår ofta brister i kommunikationen i övergångarna mellan olika vårdenheter och det kan få svåra konsekvenser för patienten. Journalföring och hantering av remisser är två områden där det ofta uppstår brister i informationsöverföringen vilket kan leda till risk för vårdskada.

Mot bakgrund av regionernas ansvar för hälso- och sjukvård och för viss tandvård är det naturligt att ställa frågan om inte också tandvård för vuxna utan särskilda behov borde ingå i regionernas ansvar. Tandvårdens historia med en utveckling från hantverk till akademisk profession under de senaste hundra åren kan tjäna som förklaring, men knappast som motiv för att upprätthålla uppdelningen av systemen i dag. Ett närmande mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård genom ett samlat huvudmannaskap kan ur ett verksamhetsperspektiv förefalla rimligt, eftersom det i båda verksamheterna handlar om att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Att regionalisera eller, som det i förvaltningsrättslig mening skulle innebära, kommunalisera all tandvård är emellertid en mycket omfattande, kostsam och komplex reform som det hittills inte funnits politiskt stöd för att genomföra.

En central fråga i diskussionen om ett regionalt ansvar för tandvård är omfattningen av den tandvård som regionerna i ett sådant system skulle vara skyldiga att erbjuda och hur kostnaderna för

[26] Inspektionen för vård och omsorg (2014), *Kommunikationsbrister i vården*.

denna tandvård skulle fördelas mellan staten, regionerna och patienterna. En förändring som innebär ett lagreglerat åtagande för regionerna i likhet med hälso- och sjukvårdslagen, skulle aktualisera den kommunala finansieringsprincipen enligt vilken inga nya obligatoriska uppgifter från staten får införas utan medföljande finansiering till kommuner och regioner. Ett regionalt huvudmannaskap för tandvården har ibland lyfts fram som en reform i syfte att anpassa tandvårdens högkostnadsskydd till hälso- och sjukvårdens, med betydande ökade offentliga utgifter som följd. I detta sammanhang bör dock påpekas att ett förändrat huvudmannaskap i sig inte med nödvändighet förutsätter detta. Som beskrivits tidigare i detta kapitel finns det i dag olika högkostnadsskydd för olika delar av hälso- och sjukvården och omsorgen. Det skulle i teorin vara fullt möjligt att genom lagstiftning fastställa ett högkostnadsskydd för tandvård som innebär att patienterna även fortsättningsvis bär en stor del av kostnaderna. Karensbelopp som andel av prisbasbelopp är den princip som tillämpas för högkostnadsskyddet för öppenvården samt för läkemedelsförmånen och skulle kunna användas även för tandvård.

Om regionerna skulle ges ansvar för att utöver det nuvarande ansvaret för hälso- och sjukvård även erbjuda tandvård, skulle hälso- och sjukvårdslagen vara en rimlig utgångspunkt när det gäller hur tandvården ska tillhandahållas. Hälso- och sjukvårdslagen innehåller bestämmelser om hur hälso- och sjukvårdsverksamhet ska organiseras och bedrivas. Lagen gäller för samtliga vårdgivare samt regioner och kommuner som huvudmän. När det gäller primärvård ska regionen organisera primärvården så att alla som omfattas av regionens ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster. Regionen ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

Det ligger enligt utredningen nära till hands att anta att regionerna i ett sådant system skulle organisera, finansiera och bedriva tandvården enligt en modell liknande den för primärvården. Det skulle innebära att offentliga eller privata tandvårdgivare skulle utföra tandvård på uppdrag av regionen efter upphandling enligt LOU eller LOV. Även ersättningen skulle i ett sådant system kunna utformas enligt samma modell som för primärvården, det vill säga genom kombinationer av fasta ersättningar (kapitering), besöksersättningar och mål-

relaterade ersättningar. I och med det kommunala självstyret blir det upp till respektive region att bedöma vilken tandvård dess medborgare behöver och upphandla denna, i likhet med den hälso- och sjukvård som erbjuds och som i viss mån varierar över landet. Övrig tandvård skulle sannolikt betalas fullt ut av patienten såsom en tjänst i likhet med optikertjänster och vård av kiropraktor eller naprapat i den mån regionen inte erbjuder detta till hälso- och sjukvårdsavgift.

Ett närmande i betydelsen ett medicinskt helhetsperspektiv på varje patient som inkluderar såväl oral som övrig hälsa och som bygger på kunskap om sambanden mellan kroppens olika organ och funktioner, skulle kunna underlättas av ett gemensamt system och en samlad styrning, ledning och organisation. Det skulle kunna motivera att regionerna fick ansvar för tandvård enligt samma principer som det nuvarande ansvaret för hälso- och sjukvård. Om all tandvård erbjöds till motsvarande hälso-och sjukvårdsavgift skulle det också vara mindre viktigt att identifiera grupper med särskilda behov. De särskilda tandvårdsstöden skulle i princip inte behövas, vilket skulle innebära minskad administration och ett enklare och mer förutsägbart system. Dock, även om ett samlat huvudmannaskap i teorin bör underlätta samverkan, är bristen på samordning och samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika specialiteter och områden ett väl dokumenterat problem redan i dag, trots ett gemensamt regionalt huvudmannaskap. Att tandvården och hälso- och sjukvården skulle förmå att samarbeta avsevärt bättre än i dag, enbart på grund av ett gemensamt huvudmannaskap är enligt utredningen inte sannolikt. Dessutom finns det en påtaglig risk att omfattningen av den tandvård som regionerna skulle erbjuda begränsas i jämförelse med den tandvård som är ersättningsberättigande i dag. Den kommunala självstyrelsen innebär att det blir regionerna själva som avgör vilken tandvård som ska erbjudas inom ramen för det i en ramlag reglerade åtagandet. Regionernas ekonomi är, och kommer under överskådlig tid att vara, ansträngd och tandvårdens behov av resurser skulle i ett sådant system sannolikt vägas mot behoven inom andra verksamhetsområden. Även om dessa avvägningar på övergripande nivå skulle vara politiskt förankrade och i den kliniska verksamheten helt i enlighet med gällande prioriteringsprinciper, skulle det sannolikt variera stort mellan regionerna vilken tandvård som skulle erbjudas. Detta skulle inte bidra till ett nationellt likvärdigt och jämlikt tandvårdssystem. I ett sådant system skulle möjligheten rimligen

också kvarstå för patienter att själva helt bekosta sådan tandvård som regionerna inte finansierar. Konsekvensen skulle sannolikt bli ett mer eller mindre begränsat offentligt finansierat tandvårdutbud i kombination med en helt privat finansierad marknad, vilket måste anses främmande för den svenska välfärdsmodellen. Det skulle riskera att ytterligare fördjupa de socioekonomiska skillnaderna i tandhälsa och därmed bli kontraproduktivt i relation till målsättningen att skapa ett mer jämlikt tandvårdssystem.

12 Kostnadsberäkningar, finansieringsförslag och övriga konsekvenser

I detta kapitel redovisas kostnadsberäkningar och analyser av konsekvenser av utredningens förslag. Kapitlet innehåller också utredningens finansieringsförslag. Beräkningar av kostnader redovisas först översiktligt för alla reformer tillsammans och därefter specifikt för respektive reform. Känslighetsberäkningar redovisas på motsvarande sätt i de fall sådana har gjorts. För samtliga av utredningens föreslag presenteras även kostnadsberäkningar uppdelat på tandvårdens olika finansiärer – staten, regionerna, patienterna samt, om det är aktuellt, kommunerna. De ekonomiska konsekvenserna för patienterna illustreras bland annat genom typfallsberäkningar. Även dynamiska effekter av reformerna diskuteras. Avslutningsvis redovisas beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna för berörda myndigheter samt övriga konsekvenser i enlighet med kommittéförordningens bestämmelser.

I linje med utredningens tolkning av kommittéförordningen och utredningsdirektivet är utgångspunkten att de förslag som lämnas ska vara finansierade, i betydelsen att kostnaderna ryms inom tandvårdens befintliga ekonomiska ramar. Detta innebär att eventuella förslag om ökad subvention i en del av tandvårdssystemet kompenseras med minskad subvention i motsvarande omfattning i en annan del av systemet. I de fall ett förslag medför lägre kostnader, används detta reformutrymme av utredningen för att finansiera andra förslag som medför ökade kostnader.

I konsekvensanalyserna utgår utredningen från definitionen av begreppet tandvårdssystemet i kapitel 2. Samtliga nuvarande former av offentliga tandvårdsstöd omfattas i detta begrepp, såväl det statliga tandvårdsstödet som regionernas tandvårdsverksamheter (tandvård

till barn och unga vuxna, det särskilda tandvårdsstödet samt specialisttandvård). Inom begreppet tandvårdssystemet ryms såväl offentliga som privata vårdgivare.

12.1 Förutsättningar för beräkningarna

En statlig utredning ska enligt kommittéförordningen (1998:1474) och förordningen (2007:1244) om konsekvensanalys vid regelgivning belysa konsekvenser av de förslag som läggs fram. Konsekvenserna ska vara heltäckande på så vis att de lyfter såväl kostnader som intäkter för de aktörer – staten, kommuner och regioner, företag eller enskilda – som påverkas.

De kostnadsberäkningar som utredningen har gjort bygger på olika statistikkällor. Simuleringar av regelförändringar samt befolkningens konsumtion av tandvård i det statliga tandvårdsstödet har gjorts baserat på SCB:s simuleringsmodell FASIT som används för att beräkna effekterna av förändringar i skatte-, avgifts- och transfereringssystemen för individer och hushåll. Historiska data om utgifter i tandvården har hämtats från Försäkringskassans officiella statistik. Data om besök i tandvården har hämtats från Socialstyrelsens tandhälsoregister. Uppgifter om antal patienter och kostnader inom regionernas särskilda tandvårdsstöd till vuxna har hämtats från både SKR:s uppföljningsrapporter och tandhälsoregistret. SKaPa är källan för de beräkningar och antaganden som utredningen gör om befolkningens risk för tandsjukdom och fördelning av riskgrupperna grön, gul och röd.

Införandet av reformerna om tandhälsoplan och ett nytt statligt selektivt stöd beräknas ske år 2026. Utredningen har dock valt att endast beräkna kostnader och konsekvenser för reformerna fram till och med år 2023. Anledningen till detta är framför allt att år 2023 är längsta möjliga horisont för framskrivningar i den mest aktuella versionen av FASIT som fanns tillgänglig vid slutförandet av betänkandet.[1] Även den utgiftsprognos från Försäkringskassan som används som underlag i utredningens kostnadsberäkningar, sträcker sig fram till detta år.

[1] FASIT version 4 för grundår 2018, publicerad 2020-10-15.

12.1.1 FASIT som underlag för beräkningar av kostnader i det statliga tandvårdsstödet

SCB:s simuleringsmodell FASIT är utgångspunkten för utredningens beräkningar av kostnader och konsumtion i det statliga tandvårdsstödet för olika grupper av individer. Modellen är baserad på flertalet olika datakällor och de som har relevans för beräkningen av tandvårdskonsumtion är främst uppgifter om utförda åtgärder från Försäkringskassan och uppgifter om urval av befolkningen från Statistiskt analysregister (STAR). Urvalet i STAR görs ur SCB:s taxeringsregister (SCBtax) som innehåller alla personer, fysiska eller juridiska, som lämnat inkomstdeklaration för urvalsåret eller varit bosatta i Sverige någon gång under året.[2] Drygt 750 000 personer ingår i grundurvalet i STAR. Därefter kompletteras urvalet med uppgift om make/maka och barn från SCB:s register över totalbefolkningen (RTB) så att ett hushåll bildas kring urvalspersonen. Denna komplettering innebär att antalet individer i STAR totalt sett är cirka 2 miljoner individer.

Beräkningar av tandvårdskostnader i FASIT bygger på individuppgifter om tandvårdsåtgärder som patienterna har konsumerat i det statliga tandvårdsstödet år 2018. Bland annat finns information för varje patient om de åtgärder som utfördes under året, åtgärdernas referenspriser, vårdgivarnas priser, utbetalning av patientens ATB innevarande och föregående år samt om patienten hade ett avtal om abonnemangstandvård. Utifrån befintligt regelverk beräknas sedan det totala priset på tandvård för varje patient. Det totala priset delas även upp på patientens egen tandvårdskostnad samt utbetalningar av ATB och högkostnadsskydd.

FASIT tar hänsyn till förändringar i befolkningsstruktur och prisnivå

De framskrivningar som görs i FASIT tar hänsyn till att antalet individer i olika befolkningsgrupper förändras över tid. Om till exempel arbetslösheten förväntas stiga mellan grundår och modellår i FASIT, tilldelas de arbetslösa en högre vikt än de hade vid datainsamlings-

[2] SCB. 2016, *Beskrivning av statistiken: Fördelningsanalytiskt statistiksystem för inkomster och transfereringar 2014.*

tillfället.[3] Ett annat sådant exempel, som har stor påverkan på utredningens beräkningar av tandvårdskostnader, är att vikterna i FASIT kalibreras för den förväntade ökningen av andelen äldre i befolkningen. Andra aspekter som tas hänsyn till är förväntad utveckling av befolkningens könsfördelning, födelsetal, dödstal samt in- och utvandring. Underlagen till kalibreringen kommer från SCB:s egen befolkningsstatistik, Försäkringskassan, Konjunkturinstitutet och Pensionsmyndigheten.

När det gäller prisutveckling bygger FASIT så långt som möjligt på aktuell statistik, och därefter på förväntad utveckling enligt Konjunkturinstitutets inflationsprognos. Det är enligt denna metod som vårdgivarnas åtgärdspriser skrivs upp. För åtgärders referenspris används uppgifter från TLV:s referensprislista där sådana är tillgängliga (i skrivande stund till och med år 2020), annars skrivs referenspriserna upp med samma prognoser som de vanliga priserna.

Abonnemangstandvården i FASIT

I FASIT beräknas den statliga ersättningen till patienter med abonnemangstandvård i grunden på samma sätt som för övriga patienter. Det ATB som årligen betalas ut till abonnemangspatienter är grund för beräkningen i FASIT av den totala subventionen som staten årligen betalar ut. Dessutom inkluderar FASIT uppgifter om all ersättningsberättigande tandvård som utförs på patienter vid sidan av abonnemanget i beräkningen av statlig subvention och patienternas kostnader. Den tandvård som utförs inom ramen för ett abonnemang är däremot inte ersättningsgrundande och ingår därmed inte i FASIT.

Begränsningar med FASIT

En begränsning med FASIT är att modellen inte innehåller några uppgifter om den tandvård som regionerna ansvarar för. Detta är problematiskt för utredningens del, eftersom förslagen gäller samtliga delar av tandvårdssystemet. I de kostnadsberäkningar som görs för tandvård till barn och unga vuxna och de särskilda stöden har

[3] Med grundår avses det år i FASIT som är det mest aktuella vad avser data i modellen. I skrivande stund är grundåret för beräkningar i FASIT år 2018.

utredningen därför fått tillämpa andra datakällor. Inte heller tandvård till vuxna som inte rapporteras in till Försäkringskassan ingår i FASIT, och således inte i utredningens beräkningar av tandvårdens omsättning eller patienternas tandvårdskostnader. Ett exempel är den tandvård som patienterna själva bekostar inom abonnemangstandvården i form av månatliga avgifter.[4] Rent estetisk tandvård är ett annat exempel. I möjligaste mån använder utredningen i stället andra källor för att uppskatta de ekonomiska konsekvenserna som förslagen får för abonnemangstandvården.

12.1.2 Antaganden för beräkningar av kostnader för det nya selektiva tandvårdsstödet

Uppskattningen av kostnader och konsekvenser av utredningens förslag om ett nytt statligt selektivt stöd grundas på flera antaganden om antal patienter och genomsnittlig tandvårdskostnad för de berörda patientgrupperna. Två grundantaganden som gäller samtliga stöd är att antalet patienter väntas växa i takt med befolkningen i övrigt samt att tandvårdskostnader ökar med förväntad inflationstakt fram till och med år 2023. Det vill säga, det genomsnittliga nyttjandet av stöd för alla patientgrupper är detsamma över tid och i takt med att befolkningen växer kommer antalet mottagare av stöd öka. Utöver detta kommer regionernas tandvårdskostnader att öka över tid i takt med att priserna i sig ökar. I utredningens framskrivning av kostnader för dagens särskilda regionala tandvårdsstöd har hänsyn särskilt tagits till att andelen äldre i befolkningen förväntas öka kraftigt de kommande åren. SCB beräknar att antalet personer över 80 år kommer att öka med drygt 15 procent mellan åren 2019 och 2023. Denna demografiska förändring påverkar kostnaderna inom framför allt nödvändig tandvård, eftersom äldre är en patientgrupp som i dag i stor utsträckning nyttjar detta stöd.

För nödvändig tandvård och tandvård på grund av långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning har uppgifter hämtats från såväl SKR som Socialstyrelsens tandhälsoregister. Att uppgifter har inhämtats från olika datakällor beror på att SKR endast publicerar uppgifter på aggregerad nivå. I tandhälsoregistret finns däremot detaljerade uppgifter om såväl patienter med regionalt särskilt tandvårdsstöd som

[4] FASIT inkluderar emellertid ATB även för abonnemangspatienter.

de åtgärder som har utförts på dessa patienter. Dessa uppgifter har varit till stor nytta när utredningen har uppskattat kostnaden för den tandvård som omfattas av förslagen. Värt att notera är att uppgifterna från SKR respektive Socialstyrelsen inte stämmer helt överens på grund av att SKR inhämtar sina uppgifter via enkäter till regionerna medan tandhälsoregistret omfattar de åtgärder som vårdgivarna rapporterar in för de patienter som har särskilt mer långvarigt stöd. I tandhälsoregistret finns en undertäckning av antal patienter och utförd tandvård som främst beror på att vårdgivarnas rapportering av åtgärder inte är kopplad till någon ersättning (se kapitel 6). Utredningen anser, utifrån gällande förutsättningar, att fördelarna med att använda uppgifterna från Socialstyrelsen överväger nackdelarna. De uppgifter som har hämtats från SKR är från år 2019 medan uppgifterna från tandhälsoregistret är från år 2018.[5]

Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling ingår inte i tandhälsoregistret och utredningen har av denna anledning främst baserat beräkningarna inom detta stöd på uppgifter från SKR.[6] I vissa fall har kompletterande uppgifter hämtats från Socialstyrelsens utvärdering av det särskilda tandvårdsstödet.[7]

När det gäller patienter och kostnader inom den oralkirurgiska tandvården finns i dag ingen samlad rapportering för utredningen att använda. 7 regioner svarade på en förfrågan som skickades ut år 2019, men ett problem är att det finns stora regionala skillnader i hur den oralkirurgiska tandvården avgränsas och rapporteras. Västra Götaland genomförde nyligen en omfattande utvärdering av den oralkirurgi som under år 2017 utfördes i regionen. Västra Götaland utför förhållandevis mycket oralkirurgi jämfört med andra regioner. Det är främst denna utvärdering som utredningen använder som grund för kostnadsberäkningar för den oralkirurgiska tandvården i detta kapitel. Att enbart använda uppgifter från en region som grund för skattningar för riket är inte optimalt, men nödvändigt, med tanke på det bristande kunskapsläget i övrigt. Utredningen har i största möjliga mån gjort egna justeringar och uppskattningar i de fall där uppgifterna anses icke representativa.

[5] Enligt Socialstyrelsen finns stora brister i 2019 års data om nödvändig tandvård och tandvård till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning i tandhälsoregistret. När det gäller dessa två stöd baseras utredningens beräkningar i stället på 2018 års data.
[6] Gäller även tandvård för extremt tandvårdsrädda och utbyte av fyllningar.
[7] Socialstyrelsen. 2018. *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget.*

Utredningen föreslår i kapitel 10 att nya patientgrupper ska få ta del av det statliga selektiva tandvårdsstödet för viss behandling under viss tid. I dessa fall har personkrets och genomsnittlig tandvårdskostnad uppskattats baserat på dels det tandvårdsbehov som grupperna förväntas ha, dels på kostnader för patienter med snarlik problematik som i dag har regionalt särskilt tandvårdsstöd. Även inom det selektiva stödet för basal tandvård under lång tid kommer nya patientgrupper att tillkomma.

12.1.3 Beräkning av framtida tandvårdskostnader givet ett oförändrat regelverk

Utredningen har så långt möjligt beräknat kostnaderna för de föreslagna reformerna i relation till ett basalternativ som motsvaras av en framskrivning av tandvårdskostnaderna givet ett oförändrat regelverk. Att inkludera ett basalternativ i beräkningen ger en grund för att kunna belysa effekterna av de föreslagna reformerna.

Underlag som utredningen använder för framskrivningar för det generella statliga tandvårdsstödet är dels Försäkringskassans utgiftsprognoser, dels FASIT. I den senaste utgiftsprognosen beräknas statens utgifter för tandvårdsersättning inom högkostnadsskyddet, ATB och STB summera till drygt 7,3 miljarder kronor år 2023.[8] Detta motsvarar en årlig ökning av utgifterna på mellan 3 och 4 procent under perioden 2020–2023. Ökningen beror nästan uteslutande på att fler personer kommer att få rätt till högkostnadsskydd, vilket blir en konsekvens av höjda referenspriser och oförändrade beloppsgränser. Höjningen av ATB i april 2018 innebar att de totala utgifterna för detta stöd nästan fördubblades mellan åren 2017–2019, dock väntas en låg årlig utgiftsökning för stödet till och med år 2023. Utgifterna för STB väntas fortsätta öka med ungefär 6 miljoner kronor per år, vilket på det hela taget har en marginell effekt på de totala utgifterna.

Ett grundantagande för utredningens beräkningar för det statliga selektiva tandvårdsstödet är att antalet personer i olika åldrar som nyttjar stödet växer i takt med befolkningen till och med år 2023. På detta sätt tas bland annat hänsyn till att andelen äldre i befolkningen väntas öka med 15 procent. Därutöver antas att kostnader ökar i takt

[8] Försäkringskassan. 2020. *Utgiftsprognos för budgetåren 2020–2024.* Rapport 2020-10-23.

med förväntad inflation fram till samma år. Samma grundantaganden görs även i beräkningarna för basalternativet om ett oförändrat särskilt tandvårdsstöd. De underlag som utredningen använder för framskrivningen av kostnader är dels SCB:s befolkningsprognos, dels regeringens inflationsprognos.[9]

12.1.4 Två beräkningsmetoder för uppskattning av kostnader för vissa reformer

Utredningen har tillämpat två olika beräkningsmetoder för att uppskatta de ekonomiska konsekvenserna av förslag i det generella statliga tandvårdsstödet. Dessa två beräkningsmetoder baseras till stor del på olika kunskapsunderlag och data och har olika angreppssätt. Genom att tillämpa olika metoder, var och en med sina fördelar, kan utredningen validera de beräkningar och uppskattningar som görs. Detta har bedömts nödvändigt eftersom tandvården är ett komplext område med många olika aktörer och finansiärer. Därtill finns brister i statistiken, såsom begränsad tillgång till individdata över patientens tillstånd, vilket försvårar utredningens beräkningar.

I den första beräkningsmetoden, kallad alternativ 1 nedan, baseras kostnadsberäkningarna på framskrivningar i FASIT av utförd tandvård givet de regelförändringar som föreslås i tandvårdssystemet. I beräkningen av kostnader enligt denna metod, tar utredningen hänsyn till att justeringar görs i FASIT om befolkningsförändringar och utveckling av priser, såväl uppskrivning av referenspriser som inflation. Vad gäller befolkningen, kan det bland annat röra sig om justering av urvalsvikter i modellen för att ta hänsyn till hur befolkningsstrukturen förväntas förändras fram till år 2023. En fördel med denna beräkningsmetod är att utredningen, givet dagens tandvårdskonsumtion och beräknad ersättning för vissa patientgrupper, får en stabil uppskattning av de statiska effekterna av de reformer som föreslås. En nackdel med metoden är dock att utgångspunkten för beräkningen är den vård som utförts enligt ett visst regelverk, det vill säga det system som rådde vid den tid då data samlades in. Metoden kan på så vis inte hantera de dynamiska effekter orsakade av beteendeförändringar hos patienter och vårdgivare som kan uppstå

[9] Regeringens hemsida www.regeringen.se/4a6bbe/globalassets/regeringen/dokument/finansdepartementet/exceldokument/bp-for-2021/nyckeltal-prognos-21-september-2020.xlsx, uttag 2020-10-20.

när ett nytt regelverk införs. Ytterligare en nackdel med beräkningsmetoden är att ingen möjlighet finns att ta hänsyn till patientens faktiska risk för sjukdom eller sjukdomsprogression, utan endast hur mycket vård som patienten har fått. På befolkningsnivå är det troligt att det finns ett samband mellan dessa två faktorer, men exakt hur är svårt att säga vilket skapar en osäkerhet i beräkningen.

Den andra beräkningsmetoden, kallad alternativ 2, utgår från en fördelning av befolkningens risk för de vanligaste tandsjukdomarna (karies och parodontit) i grupperna frisk (grön), risk (gul) och sjuk (röd). Denna fördelning grundas på data i SKaPa för ett urval av folktandvårdsorganisationer som använder Beslutsstöd R2 för att rapportera sjukdomsrisk för sina patienter.[10] År 2019 var det 10 procent av dessa patienter som bedömdes ha antingen en hög kariesrisk eller en hög risk för parodontit (röd grupp). 28 procent av patienterna bedömdes ha risk för karies eller parodontit (gul grupp) och resterande 62 procent en låg risk för båda sjukdomarna (grön grupp). För varje riskgrupp har utredningen uppskattat behovet av de olika tandvårdsåtgärder som subventioneras inom tandhälsoplan över en period på 6 år. Kompletterat med data om besöksfrekvenser i tandvården, samt förväntad befolkningsökning och prisökningstakt, skapas sedan en statisk modell för framtida kostnader för de tre riskgrupperna. En fördel med denna beräkningsmetod är att det går att se hur utredningens förslag påverkar den statliga subventionen till patienter med olika sjukdomsrisk, något som inte är möjligt med den första beräkningsmetoden. En nackdel är dock att de parametrar som används för kostnadsframskrivningen till år 2023 inte är lika detaljerade som i den första beräkningsmetoden (vilken har FASIT-modellen som grund). Beräkningsmodellen är även relativt känslig för hur befolkningen fördelas mellan de tre riskgrupperna. Det är dock värt att nämna att riskgrupperna i modellen endast har utformats i syftet att uppskatta de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag som ett komplement till den kostnadsberäkning som görs i FASIT.

[10] Urvalet består av patienter som går till folktandvården i Region Uppsala, Region Värmland, Region Jönköping, Region Halland och Västra Götalandsregionen.

12.1.5 Osäkerhet i kostnadsberäkningarna

Alla framskrivningar och uppskattningar av kostnadsutveckling och effekter för en reform är naturligt belagda med en osäkerhet. Osäkerheten beror på olika faktorer. Vad gäller tandvården är exempel på sådana osäkerheter befolkningstillväxt, utveckling av vårdgivarpriser och nyttjande hos befolkningen av de olika tandvårdsstöden samt beteende- och levnadsvaneförändringar.

Vilket beskrivs i avsnitt 12.1.1 ovan, baseras utredningens beräkningar i FASIT av patienternas tandvårdskostnader i det statliga tandvårdsstödet på ett urval av befolkningen, STAR. Varje urval har en osäkerhet som beror på att egenskaper för individer i urvalet används för att uppskatta samma egenskap för befolkningen. Eftersom STAR-urvalet är så pass stort och eventuella skevheter har justerats i urvalsmetoden bedöms urvalsfelet vara försumbart.

I beräkningen av kostnader för ett nytt statligt selektivt tandvårdsstöd finns osäkerheter som till stor del beror på det bristande kunskapsläget kring dagens regionala särskilda stöd. Bland annat har utredningen behövt inhämta uppgifter från flera olika datakällor (se avsnitt 12.1.2 ovan). Utredningen gör bedömningen att osäkerheten i beräkningen främst avser nivån i framskrivningarna och att risken för en skevhet i resultaten mellan exempelvis patientgrupper är liten. Att nivån för det statliga selektiva stödet är svår att uppskatta beror på att regionernas kostnader för dagens särskilda tandvårdsstöd styrs av såväl patienternas tandvårdsbehov och konsumtion som den ekonomiska ram som sätts av fullmäktige i respektive region vilken utredningen inte kan förutse. Risken för skeva skattningar bedöms vara låg eftersom den historiska utvecklingen av kostnader och antalet patienter med stöd har varit stadig på riksnivå de senaste 3 åren. Detta gäller även tillståndsgrupper inom ett och samma stöd. Undantaget är att antalet patienter med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning blir något fler varje år (se kapitel 6), vilket är en utveckling som utredningen har vägt in i beräkningen.

Vissa av utredningens beräkningar av ekonomiska konsekvenser inom det generella statliga tandvårdsstödet grundas på data från SKaPa över fördelningen av risken för tandsjukdom för ett urval av befolkningen.[11] Att beräkningarna bygger på ett urval medför viss osäkerhet och en annan fördelning av riskprofiler skulle ofrånkom-

[11] Se beskrivning av beräkningsalternativ 2 i avsnitt 12.1.4 ovan.

ligen påverka utredningens uppskattningar. Att patienter till privata vårdgivare som inte är anslutna till registret inte finns med i underlaget är en annan brist. Dock ska poängteras att urvalet i SKaPa består av totalt 400 000 patienter, motsvarande cirka 10 procent av samtliga patienter i vuxentandvården, vilket anses vara tillräckligt för att ge robusthet i beräkningen. I samtal med flera företrädare för tandvården har det till utredningen lyfts att andelen friska patienter är ungefär 70 procent av befolkningen, det vill säga en högre andel än vad som framgår av SKaPas statistik. En beräkning baserat på andelen 70 procent skulle medföra lägre kostnader än beräknat i detta kapitel. Beaktat detta, bedömer utredningen att risken för en underskattning av kostnaderna är liten.

12.2 Kostnadsberäkningar och ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag

Utredningen föreslår flera förändringar i tandvårdssystemet där ikraftträdandet föreslås ske vid samma tidpunkt. Dessa förändringar påverkar till viss del varandra, varför den totala effekten av förslagen först presenteras samlat. Därefter presenteras effekterna specifikt för respektive tandvårdsverksamhet och finansiär. Som beskrivits ovan, finns alltid viss osäkerhet i framskrivningar och beräkningen tar inte hänsyn till eventuella dynamiska effekter.

Utredningen föreslår att patienter som omfattas av det generella statliga tandvårdsstödet ska erbjudas tandhälsoplan av vårdgivaren i samband med undersökning, vård eller behandling. En riskbedömning ligger till grund för individuell tandhälsoplan, vars innehåll baseras på patientens risk för sjukdom eller sjukdomsprogression. Åtgärder som kan ingå i tandhälsoplanen är undersökning för den som är frisk, samt undersökning och eventuellt viss förebyggande behandling för patienter med risk för, eller befintlig, oral sjukdom.

Införandet av en individuell tandhälsoplan föreslås gälla för samtliga vuxna personer 20 år och äldre, vilket är i enlighet med utredningens förslag om åldersgräns på 19 år för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna. Förslaget innebär därmed att patientgruppen 20–23 år omfattas av det generella statliga tandvårdsstödet med tandhälsoplan och högkostnadsskydd.

Vidare föreslås att ATB och STB upphör som ersättning i det statliga tandvårdsstödet vid ikraftträdandet av bestämmelser om tandhälsoplan. Utredningens bakgrundsbeskrivning i kapitel 6 visar att merparten av patienterna med statligt tandvårdsstöd (80 procent) nyttjar sitt ATB i samband med en undersökning.[12]

Utredningen föreslår att dagens regionala särskilda tandvårdsstöd upphör. Nödvändig tandvård och tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning i regional regi upphör och ersätts av ett statligt selektivt långvarigt stöd för basal tandvård. I stort bedöms bytet av huvudman främst få effekter på organisation och regelverk, och att de patienter som i dag har särskilt tandvårdsstöd även har detta i fortsättningen. Förändringen föreslås gälla för samtliga vuxna personer 20 år och äldre, vilket är i enlighet med utredningens förslag om åldersgräns på 19 år för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna. Förslaget innebär därmed att de aktuella patienterna mellan 20 och 23 år förflyttas till långvarigt stöd för basal tandvård i statens regi.

Det stöd för tandvård som i dag ges inom den uppsökande verksamheten upphör enligt utredningens förslag.

Vidare föreslår utredningen att ett nytt statligt selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid införs. Förslaget påverkar vissa patienter med specifika odontologiska problem på grund av medfödda eller förvärvade tillstånd och som i dag får regionalt särskilt stöd för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling eller oralkirurgisk tandvård. Även i detta fall föreslås förändringen gälla för samtliga vuxna personer 20 år och äldre.

Slutligen föreslår utredningen att ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården införs. Förslaget berör en del av de patienter som i dag får regionalt stöd för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och oralkirurgisk tandvård. Förslaget innebär inget byte av huvudman, men i likhet med övriga nya tandvårdsstöd ovan föreslås stödet omfatta samtliga patienter 20 år och äldre.

[12] Åtgärder 101, 111, 112.

12.2.1 Sammanfattning av de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag

De sammantagna ekonomiska konsekvenserna av utredningens samtliga förslag presenteras i tabell 12.1. Tabellen visar att förslagen får relativt stora ekonomiska konsekvenser för samtliga finansiärer, det vill säga staten, regionerna och patienterna. Förslagen medför också en omfördelning av medel mellan de olika verksamheterna inom ramen för tandvårdssystemets sammanlagda resurser.

Tabell 12.1 Förändring av tandvårdskostnader som följd av utredningens förslag per stöd och finansiär, år 2023

Miljarder kronor

Reform	Staten	Regioner	Patienter	Samtliga
Tandvård till barn och unga vuxna	0	–0,58	0	–0,58
Avgiftsfri tandvård till personer 20–23 år upphör	*0*	*–0,58*	*0*	*–0,58*
Generellt statligt tandvårdsstöd	0,17	0	0,28	0,45
ATB och STB upphör	*–2,24*	*0*	*2,24*	*0*
Tandhälsoplan till personer 24 år och äldre införs	*2,25*	*0*	*–2,25*	*0*
Statlig tandvård inkl. tandhälsoplan till personer 20–23 år införs	*0,16*	*0*	*0,29*	*0,45*
Selektivt tandvårdsstöd	1,29	–1,21	0,04	0,12
Befintliga regionala särskilda stöd upphör	*0*	*–1,58*	*–0,07*	*–1,65*
Statligt stöd för basal tandvård under lång tid införs	*1,15*	*0*	*0,10*	*1,25*
Statligt stöd för viss behandling under viss tid införs	*0,14*	*0*	*0,01*	*0,15*
Regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården införs	*0*	*0,37*	*0*	*0,37*
Administration och drift	0,06	–0,05	0	0,01
Befintliga regionala särskilda stöd upphör	*0*	*–0,06*		*–0,06*
Nya selektiva stöd införs	*0,06*	*0,01*		*0,07*
Summa förändringar	**1,52**	**–1,84**	**0,32**	**0,00**

Källa: FASIT och egna beräkningar. Anmärkning: Ett negativt värde innebär minskade kostnader jämfört med ett oförändrat regelverk och ett positivt värde ökade kostnader. Kostnader för generellt statligt tandvårdsstöd grundas på beräkningsalternativ 1, se avsnitt 12.1.4 ovan.

Summan av alla förändringar beräknas resultatera i oförändrade kostnader totalt. Förslagen är således finansierade inom ram. Statens kostnader beräknas öka med 1,52 miljarder kronor som en följd av

förslagen. På samma sätt beräknas regionernas kostnader minska med 1,84 miljarder kronor och patienternas kostnader öka med 0,32 miljarder kronor. Att patienternas kostnader ökar beror främst på att åldersgränsen för avgiftsfri tandvård sänks till 19 år, vilket medför att personer 20–23 år övergår till det generella statliga stödet. Se avsnitten 12.2.5–12.2.8 nedan för en mer detaljerad beskrivning av de ekonomiska konsekvenserna för respektive finansiär.

När de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag delas upp på tandvårdens verksamheter framgår att omfattningen av tandvård till barn och unga vuxna väntas minska med 0,58 miljarder kronor. Det statliga tandvårdsstödets omfattning väntas öka med 0,45 miljarder kronor. Omfattningen för tandvård i de nya selektiva stöden väntas öka med 0,12 miljarder kronor. Se avsnitten 12.2.2–12.2.4 för en genomgång av de effekter som utredningens förslag beräknas få för respektive tandvårdsverksamhet.

12.2.2 Totala effekter av införandet av tandhälsoplan

Utredningens beräkningar visar att omfattningen av det generella statliga tandvårdsstödet väntas öka av som en följd av de föreslagna förändringarna jämfört med ett oförändrat regelverk.[13] Ökningen uppskattas till 2 procent, till en total kostnad efter reformer på 21,63 miljarder kronor år 2023. Se tabell 12.2 nedan. Beräkningen tar hänsyn till att ett fåtal patienter som i dag har generellt statligt tandvårdsstöd väntas övergå till det nya statliga särskilda tandvårdsstödet som en följd av utredningens förslag (se avsnitt 12.2.3 nedan).

Att det generella statliga stödets omfattning ökar beror främst på att personer 20–23 år övergår från tandvård till barn och unga vuxna till det generella statliga tandvårdsstödet. De totala tandvårdskostnaderna för denna patientgrupp uppskattas till 0,45 miljarder kronor, varav patienternas kostnader står för 0,29 miljarder kronor och den statliga subventionen inom tandhälsoplan och högkostnadsskydd för resterande 0,16 miljarder kronor.

Den statliga subventionen inom tandhälsoplan till patienter 24 år och äldre väntas bli 0,13 miljarder kronor högre jämfört med dagens subvention inom ATB och STB. Ökade subventioner inom tand-

[13] Omsättningen av tandvården i det statliga tandvårdsstödet definieras i detta kapitel som summan av alla patienters tandvårdskostnader och den statliga subventionen vilket även är detsamma som summan av priset på alla åtgärder som vårdgivaren utför i det statliga stödet.

hälsoplan innebär samtidigt att det tar längre tid för patienterna att få kostnader som överstiger den första tröskeln i högkostnadsskyddet. De minskade subventionerna inom högkostnadsskyddet beräknas till 0,12 miljarder kronor. Utredningens förslag innebär sammantaget att statens kostnader för tandvård till patienter 24 år och äldre i det generella stödet ökar med endast 10 miljoner kronor.

Tabell 12.2 Skattade tandvårdskostnader per finansiär inom det generella statliga tandvårdsstödet, före och efter föreslagna förändringar

Kostnader i miljarder kronor, löpande priser

		Utredningens framskrivning 2023		
	Utfall 2019 24 år och äldre	Oförändrat regelverk 24 år och äldre	Efter reform 24 år och äldre	Efter reform 20 år och äldre
Generellt statligt tandvårdsstöd	**6,81**	**7,77**	**7,78**	**7,94**
ATB och STB/Tandhälsoplan	2,06	2,24	2,37	2,48
Högkostnadsskydd	4,75	5,53	5,41	5,46
varav nivå1 (3 000–15 000 kr)	*2,63*	*3,00*	*2,91*	*2,95*
varav nivå2 (>15 000 kr)	*2,12*	*2,53*	*2,50*	*2,51*
Patientens kostnad	**12,16**	**13,52**	**13,40**	**13,69**
varav ny patientavgift 200 kr	*0*	*0*	*0,66*	*0,70*
Totala tandvårdskostnader	**18,97**	**21,29**	**21,18**	**21,63**

Källa: FASIT och egna beräkningar. Anmärkning: Kostnader enligt alternativ 1, se avsnitt 12.1.4 ovan.

12.2.3 Totala effekter av nytt statligt selektivt tandvårdsstöd

Vanligtvis redovisas regionernas kostnader för de särskilda stöden i termer av verksamheternas nettokostnader. Med nettokostnad avses den del av regionens verksamhetskostnad som finansieras med hjälp av egna skatteintäkter och generella statsbidrag. Nettokostnaden fås genom att dra bort verksamhetens bruttointäkter från bruttokostnaden. Bruttointäkterna består i sin tur av interna intäkter, försäljning av verksamhet till andra landsting och kommuner samt övriga externa intäkter, varav de senare omfattar bland annat riktade statsbidrag och patientavgifter.[14] Med syftet att få en enhetlig redovisning, har utredningen valt att i beräkningarna av tandvårdskostnader i detta avsnitt inkludera de avgifter som patienter med särskilt stöd

[14] Rådet för främjande av kommunala analyser. 2018. *Kostnadsnyckeltal för vården i Kolada.*

i dag betalar för besök i tandvården. Eftersom kostnadsberäkningarna görs för alla regionerna samlat behöver ingen hänsyn tas till försäljning av verksamhet. Det finns inte heller några riktade statsbidrag direkt till tandvården.[15]

Tabell 12.3 nedan visar att förslagen om ett nytt selektivt tandvårdsstöd väntas medföra ökade kostnader jämfört med ett oförändrat regelverk. År 2019 var kostnaderna för det särskilda tandvårdsstödet 1,51 miljarder kronor. Framskrivet med inflation och befolkningstillväxt motsvarar detta 1,65 miljarder kronor år 2023.[16] Med utredningens förslag beräknas tandvårdskostnaderna öka med 7 procent, till en nivå på 1,77 miljarder kronor år 2023. Patienternas avgifter för besök i tandvården väntas uppgå till 0,11 miljarder kronor, vilket är en ökning med 40 miljoner kronor jämfört med dagens regelverk.

Som framgår av tabell 12.3, beräknas merparten av de uppskattade kostnaderna för det nya statliga selektiva tandvårdsstödet finnas inom stödet för basal tandvård under lång tid. Med utredningens förslag beräknas kostnaden för detta stöd till 1,25 miljarder kronor år 2023 vilket är en ökning med 90 miljoner kronor jämfört med ett oförändrat regelverk. Ökningen beror på att fler patienter med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning väntas ta del av stödet, men motverkas delvis av att den uppsökande verksamheten upphör. Att den uppsökande verksamheten upphör innebär en besparing på uppskattningsvis 60 miljoner kronor.

Kostnaden för det nya selektiva statliga tandvårdsstödet för patienter med behov av viss behandling under viss tid beräknas till 0,15 miljarder kronor år 2023. Jämfört med ett oförändrat regelverk beräknas utredningens förslag innebära en ökning av kostnaderna med 30 miljoner kronor. Till viss del beror kostnadsökningen på att fler patienter med det som i dag är tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling och oralkirurgisk tandvård väntas ta del av stödet. En annan förklaring till kostnadsökningen är införandet av nya patientgrupper som i dag inte har regionalt särskilt stöd (se kapitel 10).

Det nya regionala tandvårdsstödet i samverkan med hälso- och sjukvården kommer att omfatta en del av de patienter som redan i dag får stöd från regionerna för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling samt oralkirurgisk tandvård. Utredningen beräknar att

[15] Med undantaget att tandvården kan vara med i andra överenskommelser om barnhälsovård. Dessa statsbidrag är små i sammanhanget och inkluderas inte i beräkningarna.
[16] Värt att notera är att framskrivningen inte grundas på den statliga ersättningen till regionerna för särskilt tandvårdsstöd utan de faktiska kostnaderna inom verksamheten.

dessa föreslagna förändringar för de kvarvarande patienterna inte påverkar regionernas kostnader eftersom förändringen endast avser en ny organisatorisk indelning.

Att patienternas kostnader ökar i och med utredningens förslag beror främst på att fler patienter väntas ta del av selektiva stöden i statlig regi. Patienterna betalar redan i dag avgifter motsvarande hälso- och sjukvårdsavgift för tandvårdsbesök, och då fler patienter tar del av stödet ökar de sammanlagda kostnaderna för dessa avgifter. En annan delförklaring till kostnadsökningen är att utredningen föreslår ett höjt tak i högkostnadsskyddet för patienter med långvarigt stöd för basal tandvård från 1 150 kronor till 1 600 kronor.[17] Då utredningens beräkningar visar att de flesta patienter gör få besök i tandvården under ett år är det är en relativt liten andel patienter, uppskattningsvis 10–15 procent, vars tandvårdskostnader påverkas av förändringen i maxtaket. Varje region bestämmer vad avgiften för ett besök ska vara inom dagens särskilda stöd, och avgiften varierar därför något mellan regioner. Avgiften kan även bero på vem som är behandlaren vid besöket, det är exempelvis vanligt förekommande att ett avgiften är högre vid ett besök hos en specialisttandläkare.

Avslutningsvis är det värt att nämna att utredningens förslag om sänkt åldersgräns för den regionsfinansierade tandvården till barn och unga vuxna får effekter för kostnaderna i det selektiva stödet. Patienter i åldrarna 20–23 år med funktionsnedsättning som skulle varit berättigade till regionalt särskilt tandvårdsstöd ingår i och med utredningens förslag i det statliga selektiva tandvårdsstödet. Dessa patientgruppers tandvårdskostnader uppskattas till 40 miljoner kronor. En del av kostnaden för reformen vägs upp av att patientgruppen i det selektiva stödet behöver betala avgifter för besök i tandvården. Statens kostnader uppskattas till 30 miljoner kronor medan intäkterna i form av patientavgifter för besök i tandvården uppskattas till 10 miljoner kronor.

[17] En patient med särskilt stöd betalar i dag samma avgifter som i hälso- och sjukvården och får samma högkostnadsskydd om besöksavgifterna överstiger 1 150 kronor under 12 månader.

Tabell 12.3 Skattade tandvårdskostnader per stöd inom det selektiva tandvårdsstödet, före och efter föreslagna förändringar

Kostnader i miljoner kronor

		Utredningens framskrivning 2023		
	Utfall 2019 24 år och äldre	Oförändrat regelverk 24 år och äldre	Efter reform 24 år och äldre	Efter reform 20 år och äldre
Statligt stöd för basal tandvård under lång tid	1,05	1,16	1,22	1,25
– tidigare nödvändig tandvård	*0,85*	*0,94*	*0,93*	*0,95*
– tidigare tandvård för långvarig sjukdom/funktionsnedsättning	*0,15*	*0,16*	*0,29*	*0,30*
– tidigare uppsökande verksamhet	*0,05*	*0,06*	*0*	*0*
Statligt stöd för viss behandling under viss tid	0,11	0,12	0,15	0,15
– del av tidigare tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling[1]	*0,08*	*0,08*	*0,09*	*0,09*
– del av tidigare oralkirurgisk åtgärd	*0,03*	*0,04*	*0,05*	*0,05*
– nya patientgrupper	*0*	*0*	*0,01*	*0,01*
Regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården	0,35	0,37	0,37	0,37
– del av tidigare tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling[2]	*0,19*	*0,20*	*0,20*	*0,20*
– del av tidigare oralkirurgisk åtgärd	*0,16*	*0,17*	*0,17*	*0,17*
Summa selektivt tandvårdsstöd	**1,51**	**1,65**	**1,74**	**1,77**
– varav patientavgifter	***0,06***	***0,07***	***0,10***	***0,11***

Källa: Egna beräkningar. Anmärkningar: [1] Omfattar även kostnader för utbyte av fyllningar.
[2] Omfattar även kostnader för utbyte av fyllningar samt tandvård för extremt tandvårdsrädda.

12.2.4 Totala effekter av generellt statligt tandvårdsstöd till personer 20 år och äldre

I avsnitten 12.2.2 och 12.2.3 ovan, samt tabell 12.4 nedan, uppskattas storleken på de ekonomiska konsekvenser som utredningens förslag får för personer 20–23 år. Enligt SCB:s framskrivningar förväntas drygt 470 000 personer vara i dessa åldrar år 2023. Detta är personer som övergår till generellt respektive selektivt tandvårdsstöd, enligt utredningens förslag att avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna

ska erbjudas till och med det år de fyller 19 års ålder. Jämfört med år 2019, motsvarar detta en ökning av antal personer som är berättigade till generellt statligt tandvårdsstöd, och därmed tandhälsoplan, med 6 procent. Inom det selektiva tandvårdsstödet blir konsekvenserna av utredningens förslag små för personer 20–23 år, detta då det är få personer som i dag har särskilt tandvårdsstöd. Utredningen beräknar att antalet personer som mottar selektivt tandvårdsstöd kommer att öka med 2 procent år 2023 jämfört med om inga förändringar görs i stödet.

Sammantaget innebär utredningens förslag att personer 20–23 år kommer att bekosta en relativt stor del av sin tandvård till skillnad från i dagens system då tandvården är avgiftsfri. Patienternas kostnader beräknas öka med 0,30 miljarder kronor år 2023. Främst beror ökningen på att patientgruppen med utredningens förslag kommer betala per utförd åtgärd i likhet med övriga patienter i det generella statliga tandvårdsstödet. En liten del av kostnadsökningen, cirka 40 miljoner kronor, beräknas vara avgifter inom tandhälsoplan. Den statliga subventionen till patientgruppen i form av tandhälsoplan och högkostnadsskydd väntas enligt utredningens beräkningar uppgå till 0,19 miljarder kronor år 2023. Totalt beräknas kostnaden för tandvården till 0,49 miljarder kronor. Beräkningen inkluderar inte patienter 20–23 år med regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården, men värt att nämna är att även dessa patienter börjar betala besöksavgift med utredningens förslag. I det generella statliga tandvårdsstödet antas besöksmönstret vara likt det för patienter 24–29 år, vilka har en årlig besöksfrekvens på drygt 40 procent.

Tabell 12.4 Ökade kostnader för staten och patienter med utredningens reformer för personer 20–23 år

Miljarder kronor

Reform	Staten	Patienterna	Totalt
Generellt statligt tandvårdsstöd införs	0,16	0,29	0,45
Selektivt statligt tandvårdsstöd införs	0,03	0,01	0,04
Totalt	**0,19**	**0,30**	**0,49**

Källa: FASIT och egna beräkningar.

12.2.5 Ekonomiska konsekvenser för staten

I tabell 12.5 visas en sammanställning av de ekonomiska konsekvenserna för staten av utredningens förslag enligt de två beräkningsalternativen beskrivna i avsnitt 12.1.4. I tabellen redovisas en minskad kostnad för staten som ett negativt värde och en ökad kostnad för staten som ett positivt värde.

Utredningens förslag väntas innebära ökade tandvårdskostnader för staten med 1,52 respektive 1,82 miljarder kronor med de två beräkningsmetoderna. I detta belopp ryms förändringar inom flera olika tandvårdsverksamheter som både innebär ökade och minskade kostnader för staten.

Statens ökade kostnader beror främst på att ansvaret för stora delar av dagens särskilda tandvårdsstöd förs över från regionerna. Utredningen uppskattar att statens kostnader för selektivt stöd kommer att uppgå till 1,29 miljarder kronor år 2023. Kostnaden för administration och drift inom det nya stödet beräknas till 60 miljoner kronor, se vidare avsnitt 12.5.

Utredningen beräknar att kostnaden för införandet av tandhälsoplan till personer 20 år och äldre totalt uppgår till mellan 3,18 och 3,54 miljarder kronor. Reformen bedöms kunna finansieras genom besöksavgifter, avgiftsfri tandvård till personer 20–23 år, att ATB och STB upphör samt minskade utbetalningar av högkostnadsskydd.

Enligt Försäkringskassans prognos väntas statens kostnader för ATB och STB till patienter 24 år och äldre uppgå till 2,24 miljarder kronor år 2023. Detta är en kostnad för staten som upphör vid ikraftträdandet av reformen om tandhälsoplan.[18]

Tandhälsoplanen är individuellt anpassad efter patientens riskprofil, men gemensamt för samtliga patienter med plan är att man betalar en avgift på 200 kronor för ett tandvårdsbesök i enlighet med planen. Utredningen uppskattar summan av dessa patientavgifter till mellan 0,70 och 0,76 miljarder kronor, vilket innebär att patientavgifter beräknas finansiera drygt 20 procent av kostnaderna för förslaget om individuell tandhälsoplan.

De föreslagna förändringarna i det generella statliga tandvårdsstödet väntas påverka statens kostnader för högkostnadsskydd på flera sätt. En direkt effekt är att förflyttningen av patientgruppen 20–23 år innebär att fler patienter nyttjar statligt högkostnadsskydd.

[18] Försäkringskassan. 2020. *Utgiftsprognos för budgetåren 2020–2024.* Rapport 2020-10-23.

Ytterligare en direkt effekt är att besöksavgiften på 200 kronor är grund för beräkningen av ersättning inom högkostnadsskyddet. En indirekt effekt av införandet av individuell tandhälsoplan är att patienter som i dag tar del av högkostnadsskydd i stället kommer att få viss subventionerad tandvård i tandhälsoplanen. Utredningens uppskattar att den indirekta effekten av införandet av individuell tandhälsoplan medför att statens utgifter för högkostnadsskydd minskar med 70 miljoner kronor.

Tabell 12.5 Ekonomiska konsekvenser för staten av utredningens förslag enligt två beräkningsalternativ

Kostnader i miljarder kronor, 2023 års prisnivå

Förändring	Alternativ 1	Alternativ 2
ATB och STB personer 24 år och äldre upphör	–2,24	–2,24
Införande av Tandhälsoplan personer 20 år och äldre	3,18	3,54
Ny patientavgift på 200 kr	–0,70	–0,76
Effekter på högkostnadsskyddet	–0,07	–0,07
Selektivt tandvårdsstöd införs	1,29	1,29
Administration och drift	0,06	0,06
Summa, personer 20 år och äldre	**1,52**	**1,82**

Källa: FASIT och egna beräkningar.

12.2.6 Ekonomiska konsekvenser för regionerna

Regionerna påverkas på flera sätt av utredningens förslag. Vissa förslag påverkar regionerna som finansiärer, däribland att det särskilda stödet upphör. Andra förslag påverkar regionernas vårdgivare, det vill säga folktandvården. Detta gäller främst reformen om tandhälsoplan. En närmare redovisning av konsekvenserna för regionernas vårdgivare återfinns i avsnitt 12.2.9 nedan.

En stor del av de vuxna patienterna med regionalt särskilt stöd övergår till selektivt stöd i statlig regi. Utredningen uppskattar att denna förändring medför minskade kostnader för regionerna med totalt 1,21 miljarder kronor år 2023. En följd av förslaget är även att regionernas kostnader för administration och drift väntas minska med 50 miljoner kronor, se vidare avsnitt 12.5.

Den sänkta åldersgränsen för avgiftsfri tandvård till 19 år innebär att regionernas lagreglerade ansvar för unga vuxna 20–23 år upphör.

Förändringen beräknas innebära minskade kostnader för regionerna med 0,58 miljarder kronor.

Sammantaget är det utredningens bedömning att de föreslagna förändringarna kommer att frigöra resurser hos folktandvården som i dag tas i anspråk för dessa patienter. Utredningens förslag beräknas totalt sett innebära minskade kostnader för regionerna med 1,84 miljarder kronor, se tabell 12.6. I tabellen redovisas en minskad kostnad för regionerna som ett negativt värde.

Tabell 12.6 Ekonomiska konsekvenser för regionerna av utredningens förslag, år 2023

Förändring	Kostnad, mdkr
Särskilda tandvårdsstöd upphör	–1,21
Avgiftsfri tandvård personer 20–23 år upphör	–0,58
Administration och drift	–0,05
Summa, personer 20 år och äldre	**–1,84**

Källa: FASIT och egna beräkningar. Anmärkning: Ett negativt värde innebär minskade kostnader jämfört med ett oförändrat regelverk och ett positivt värde ökade kostnader.

12.2.7 Ekonomiska konsekvenser för patienter med generellt statligt tandvårdsstöd

Patienterna berörs på flera sätt av utredningens förslag till förändringar inom det generella statliga tandvårdsstödet. I tabell 12.7 nedan visas några nyckeltal över de ekonomiska konsekvenserna för de berörda patienterna i relation till basalternativet med oförändrat regelverk.[19] Om inga förändringar görs i befintligt regelverk beräknas patienterna själva stå för 64 procent av tandvårdskostnaderna och resterande 36 procent täckas av den statliga subventionen. Den genomsnittliga subventionen per patient beräknas till 1 800 kronor. Med utredningens förslag om statligt tandvårdsstöd till personer 20–23 år samt införande av tandhälsoplan beräknas patienternas andel av tandvårdskostnaderna sjunka något, från 64 till 63 procent. Den statliga subventionen uppskattas till 1 760 kronor i genomsnitt per patient, det vill säga en något lägre nivå än med ett oförändrat system. Den något lägre subventionen beror på en förhållandevis låg genomsnittlig kostnad och subvention för patienter 20–23 år som med utredningens förslag beräknas betala 65 procent av tandvården i det

[19] Nyckeltalen är baserade på beräkningsalternativ 1, se avsnitt 12.1.4.

generella statliga stödet. Detta är en stor förändring jämfört med i dag då patientgruppen får avgiftsfri tandvård. Besöksfrekvensen antas vara 42 procent, vilket är i nivå med 2016 års statistik.[20] Den genomsnittliga subventionen uppskattas till 790 kronor per patient i dessa åldrar. Att den uppskattade subventionen är förhållandevis låg för patienter 20–23 år beror på att en stor andel av patienterna väntas tillhöra grön riskgrupp.

Tabell 12.7 Konsekvenser för patienterna av utredningens förslag, år 2023

Nyckeltal

Nyckeltal	Oförändrat regelverk 24 år och äldre	Efter reformer patienter 20–23 år	Efter reformer 24 år och äldre	Efter reformer 20 år och äldre
Patientens kostnadsandel	64 %	65 %	63 %	63 %
Befolkning	7 690 300	472 000	7 690 300	8 162 300
Besökare	4 322 100	200 500	4 322 100	4 522 600
Besöksfrekvens	56 %	42 %	56 %	55 %
Subvention per patient	**1 800 kr**	**790 kr**	**1 810 kr**	**1 760 kr**

Källa: FASIT och egna beräkningar. Anmärkning: Kostnader enligt alternativ 1, se avsnitt 12.1.4 ovan.

Patienter 20–23 år

Patienter mellan 20–23 år betalar i dag vanligen inget för sin tandvård.[21] Förslaget om en åldersgräns på 19 år för avgiftsfri tandvård medför därför ökade tandvårdskostnader för denna patientgrupp eftersom tandvården i det statliga tandvårdsstödet endast delvis subventioneras. När patientgruppen mellan åren 2008 och 2016 ingick i det statliga tandvårdsstödet, var det ovanligt att de tog del av högkostnadsskyddet. Detta kan bland annat främst förklaras av en god tandhälsa men även av att omfattande tandvård till viss del redan utförts till barn och unga vuxna samt att unga vuxna i denna ålder generellt har lägre betalningsförmåga än övriga vuxna befolkningen. Utredningens ser det därför som troligt att det framtida behovet av högkostnadsskydd för personer 20–23 år är på en liknande nivå som när de tidigare omfattades av det statliga tandvårdsstödet.

[20] Personer 20–23 år hade statligt tandvårdsstöd fram till och med år 2016.
[21] Regionerna kan ta betalt för sådan tandvård till barn och unga vuxna som patienten begär, men som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat.

Utredningen beräknar att den tandvård som personer 20–23 år förväntas konsumera i det generella statliga stödet skulle kosta totalt mellan 0,45 och 0,48 miljarder kronor. Den statliga subventionen i form av tandhälsoplan och högkostnadsskydd beräknas täcka ungefär en tredjedel av detta belopp. Totalt sett väntas därmed patienterna själva behöva stå för ungefär två tredjedelar av de totala tandvårdskostnaderna, vilket är i linje med vad vuxna patienter med statligt tandvårdsstöd betalar i dag.

De egna tandvårdskostnaderna för patienter 20–23 år beräknas uppgå till mellan 0,29 och 0,31 miljarder kronor, vilket motsvarar en genomsnittlig kostnad på cirka 1 500 kronor per patient och år. Av dessa kostnader är mellan 30 och 40 miljoner kronor summan av de avgifter på 200 kronor som patienterna betalar för besök inom tandhälsoplan. Resterande belopp är betalning för den tandvård som utförs. Här ska betonas att många unga vuxna patienter har lägre tandvårdskostnader än så under ett år, medan vissa i patientgruppen har högre tandvårdskostnader eftersom tandhälsan i en patientgrupp varierar mellan individer i gruppen. Hur reformen exakt slår mot olika individer i patientgruppen, kan emellertid inte uppskattas i utredningens beräkningsmodeller.

Den statliga subventionen till patienter 20–23 år väntas uppgå till mellan 0,16 och 0,17 miljarder kronor. Merparten av den statliga subventionen, mellan 0,11 och 0,12 miljarder kronor, ges i samband med besök inom patientens tandhälsoplan. Utbetalningar av högkostnadsskydd till patientgruppen uppskattas till 50 miljoner kronor. I genomsnitt per patient beräknas den statliga subventionen till 790 kronor.

Patienter 24 år och äldre

De egna tandvårdskostnaderna för patienter 24 år och äldre uppskattas enligt beräkningsalternativ 1 till 13,40 miljarder kronor och enligt beräkningsalternativ 2 till 13,92 miljarder kronor. Av denna kostnad står patientavgifter vid besök inom tandhälsoplan för mellan 0,66 och 0,73 miljarder kronor. Utredningen kan därmed konstatera att patienternas kostnader väntas ligga kvar på samma nivå jämfört med om inga förändringar görs i befintligt regelverk.

Subventionen inom tandhälsoplan och högkostnadsskydd för personer 24 år och äldre beräknas enligt de två alternativen uppgå till

mellan 7,78 och 8,08 miljarder kronor. Därmed beräknas den totala tandvårdskostnaden vara ungefär densamma som vid ett oförändrat regelverk i det statliga tandvårdsstödet, se tabell 12.8 nedan. Subventionen inom tandhälsoplan till patienter 24 år och äldre beräknas till mellan 2,37 och 2,68 miljarder kronor. Subventionen inom tandhälsoplan förväntas därmed vara något högre jämfört med dagens system med ATB och STB – Försäkringskassans uppskattar att dessa utbetalningar kommer att uppgå till 2,24 miljarder kronor år 2023. Som nämnts tidigare, väntas införandet av tandhälsoplan innebära lägre utbetalningar av högkostnadsskydd. I utredningens två beräkningsalternativ uppskattas högkostnadsskyddet omfatta cirka 5,4 miljarder kronor år 2023.

Samtliga patienter med generellt statligt tandvårdsstöd

Utredningens sammantagna bedömning är att de föreslagna förändringarna i det generella statliga tandvårdsstödet inte kommer att ha någon större effekt på tandvårdskostnaderna på befolkningsnivå för patienter 20 år och äldre. Patienters sammanlagda tandvårdssubvention uppskattas till 7,94 respektive 8,25 miljarder kronor enligt de två beräkningsalternativen, vilket innebär att patienterna själva kommer att bekosta ungefär 63 procent av sin tandvård. I båda alternativ väntas patienternas andel av tandvårdskostnaderna sänkas något som en följd av utredningens förslag. Patienternas egna kostnader för tandvård beräknas i de två alternativen uppgå till 13,69 respektive 14,23 miljarder kronor.

Patienter 20–23 år kommer med utredningens förslag att få högre tandvårdskostnader, till en nivå i linje med övriga befolkningen, då de för närvarande inte betalar något för tandvården. Tandvårdskostnaden för patientgruppen 24 år och äldre kommer å andra sidan att sänkas något efter införandet av tandhälsoplan jämfört med om inga förändringar görs i befintligt regelverk. Här är dock viktigt att betona att utredningens beräkningar avser befolkningsnivå och att förslagen kan komma att påverka kostnaderna för enskilda individer, något som diskuteras mer i detalj i typfallsberäkningarna nedan.

Utredningen gör bedömningen att förslagen att ATB och STB upphör som stöd och ersätts av individuell tandhälsoplan på det hela taget får en relativt liten effekt på statens subvention och patientens

kostnad i det generella statliga tandvårdsstödet. Detta visar att utredningens reform om individuell tandhälsoplan dels är kostnadsneutral, dels i högre grad styr tandvårdssubventioner efter behov.

Tabell 12.8 Ekonomiska konsekvenser för patienter 20 år och äldre av utredningens förslag om tandhälsoplan

Miljarder kronor år 2023

Reform	Oförändrat regelverk	Alternativ 1	Alternativ 2
Patienter 20–23 år			
Subvention	–	**0,16**	**0,17**
varav tandhälsoplan	–	0,11	0,12
varav högkostnadsskydd	–	0,05	0,05
Patientens kostnad för tandvård	–	**0,29**	**0,31**
varav ny patientavgift 200 kr	–	0,04	0,03
Patienter 24 år och äldre			
Subvention	**7,77**	**7,78**	**8,08**
varav ATB/STB alternativt tandhälsoplan	2,24	2,37	2,68
varav högkostnadsskydd	5,53	5,41	5,40
Patientens kostnad för tandvård	**13,52**	**13,40**	**13,92**
varav ny patientavgift 200 kr	0	0,66	0,73
Samtliga patienter 20 år och äldre			
Subvention	–	**7,94**	**8,25**
varav ATB/STB alternativt tandhälsoplan	–	2,48	2,80
varav högkostnadsskydd	–	5,46	5,45
Patientens kostnad för tandvård	–	**13,69**	**14,23**
varav ny patientavgift 200 kr	–	0,70	0,76

Källa: FASIT och egna beräkningar. Anmärkning: Scenariot med oförändrat regelverk innebär en framskrivning av kostnader utan att förändringar i regelverk har implementerats.

Typfallsberäkningar

I tabell 12.9 nedan visas 10 typfall på patienter som berörs av utredningens reform om tandhälsoplan. De första 8 typfallen avser patienter inom det generella statliga tandvårdsstödet som har ATB, de två sista har i dag både ATB och STB. För varje patient, har utredningen arbetat fram en lämplig behandlingsplan givet vissa grundantaganden om patientens tandhälsa och besöksbeteende i tandvården. Den behandling som varje typfallspatient bedöms ha behov av antas ges

under en treårsperiod.[22] Anledningen till detta är behandlingspanoramat kan skilja sig stort mellan patienter. Risk för, eller befintlig, sjukdom påverkar hur snabbt åtgärder behöver sättas in och med vilken periodicitet. Vissa patienter kan besöka tandvården akut, och vid detta tillfälle få behandling. Andra patienter har en omfattande behandling inplanerad under kort tid, varefter problemet är åtgärdat. En stor del av dagens tandvårdspatienter går i stället regelbundet på undersökningar med olika intervall. Att studera sådana exempel på patienter under en längre tid utgör enligt utredningen en bättre grund för en rättvis jämförelse mellan typfall.

Givet problematiken och behandlingsbehovet för en typfallspatient, har utredningen beräknat vad behandlingen skulle ha kostat vid besöken i tandvården. Detta görs dels enligt befintligt regelverk, dels enligt regelverket för individuell tandhälsoplan enligt utredningens föreslag. Dessa två kostnadsberäkningar jämförs sedan, så att det framgår vad typfallspatienten skulle betala för tandvården i de två olika systemen.

Typfallspatienternas tandvårdskostnader är beräknade med ett antagande om att vårdgivarens priser är desamma som TLV:s referenspriser i HSLF-FS 2019:9. Detta innebär att om vårdgivaren har högre priser får patienten betala även för denna mellanskillnad.[23] För jämförelsens skull antas oförändrade referenspriser mellan åren 2020 och 2023. Utredningens reform om tandhälsoplan grundar sig på individuell riskbedömning av patienterna och innehåller ett antal nya undersökningsåtgärder som ersätter vissa av de nuvarande åtgärderna för undersökningar och sjukdomsförebyggande tandvård. Typfallen i beräkningen har tre olika riskgrupper, grön, gul och röd, där grön är frisk medan röd är patienter med hög risk för oral sjukdom. Beroende på riskgrupp eller på det aktuella behandlingsbehovet finns inom tandhälsoplanen undersökningsåtgärder med olika omfattning. För patienter med risk finns även förebyggande besök inom tandhälsoplan. Priserna på de nya undersökningsåtgärderna inom tandhälsoplan antas vara 660 kronor för enkel basundersökning och 1 400 kronor för omfattade basundersökning. Priset på förebyggande

[22] Den egentliga perioden är tre år minus en dag eftersom en ny treårsperiod med en ny undersökning inom tandhälsoplan ska genomföras efter tre år.
[23] Föreskrifter om ändring i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd, omtryck HSLF-FS 2019:9 med ikraftträdande 1 januari 2020.

besök inom tandhälsoplan antas vara 550 kronor. Se kapitel 9 för närmare beskrivning av dessa åtgärder.

Värt att notera är att den tandhälsoplan som patienten får är kopplad till patientens risk för sjukdom och risk för sjukdomsprogression och inte till patientens ålder per se. Däremot är subventionen inom tandhälsoplanen delvis indirekt styrd av patientens ålder eftersom äldre patienter i regel har ett större tandvårdsbehov än yngre patienter.

Som framgår av tabell 12.9 innebär införandet av en tandhälsoplan i stället för ATB samt ett nytt statligt selektivt tandvårdsstöd en ökad statlig subvention och en lägre kostnad för de flesta patienttyper. Utredningen kan konstatera att de patienter som förlorar på förslagen förlorar en begränsad summa i kronor räknat, högst ett par hundra kronor under en period på tre år. För de patienter som gynnas av förslagen sänks i stället tandvårdskostnaden kraftigt, i de flesta fall med flera tusentals kronor. Vilka patienter som vinner respektive förlorar på förändringarna beror i stor utsträckning på patientens tandvårdsbehov och antal besök som görs i tandvården.

Det är framför allt persontyper med viss eller stor risk för sjukdom eller sjukdomsprogression som beräknas få lägre tandvårdskostnader med tandhälsoplan än med dagens regelverk. Störst blir effekten av förändringen för patienter med risk för, eller redan utvecklad, oral sjukdom som behöver flera besök med förebyggande åtgärder under ett år för att behandla dessa tillstånd. Det kan exempelvis röra sig om en 55-årig patient som besöker tandvården akut med långt gången parodontit eller en 82-årig skör revisionspatient med karies (se typfall 6 och 8 i tabell 12.9).

Det är framför allt friska revisionspatienter som kan komma att få högre tandvårdskostnader efter införandet av tandhälsoplan (se typfall 1, 2 och 3 i tabell 12.9). Hur mycket högre tandvårdskostnader de friska patienterna får med tandhälsoplan beror på hur många besök patienten gör under en treårsperiod. Oavsett om en patient med tandhälsoplan gör ett eller tre besök i tandvården under tre år, kommer ett av besöken subventioneras och kosta patienten 200 kronor medan övriga besök kostar enligt referenspris. Med dagens regelverk kan dock patienten bli undersökt tre år i följd och få ATB för alla dessa besök. Dock är skillnaderna i kostnader relativt små. För den patient som har ett sparat ATB kan det röra sig om 400 kronor högre tandvårdskostnad under en treårsperiod. Det ska även

betonas att de flesta friska patienter inte behöver besöka tandvården mer än vartannat eller vart tredje år.

Utredningens förslag innebär också en viss kostnadsökning för en patient med muntorrhet på grund av läkemedel (typfall 9). Denna patient har i dag STB utöver ATB vilket täcker en större del av tandvårdskostnaderna än subventionen inom tandhälsoplanen. Dock är skillnaden i kostnader förhållandevis liten mellan de två regelverken, uppskattningsvis 210 kronor under en treårsperiod. Beräkningen antar också att typfallspatienten har ett sparat ATB och STB från föregående år, om så inte hade varit fallet hade patientens kostnad med tandhälsoplan varit lägre än med dagens regelverk.

För att exemplifiera typfallsberäkningarna görs för tre fall en detaljerad genomgång av hur utredningens förslag påverkar tandvårdskostnaderna. Dessa typfall har valts ut med tanke på att de representerar var och en av de tre riskklasserna; en frisk patient (grön), en patient med viss risk för sjukdom eller sjukdomsprogression (gul) samt en person med hög risk för sjukdom eller sjukdomsprogression (röd).

En frisk typfallspatient

Typfall 1 visar en 31-årig tandvårdspatient som besöker tandvården regelbundet och blir kallad till undersökning utförd av en tandhygienist en gång under den studerade treårsperioden. Patienten visar inga tecken på sjukdom och tillhör därför riskgrupp grön. Med dagens regelverk, har patienten vid besöket ett sparat ATB om 300 kronor samt årets ATB om 300 kronor till sitt förfogande vid undersökningen. Referenspriset för en tandhygienistundersökning är 660 kronor, varvid patienten vid besöket i tandvården betalar 60 kronor. Eftersom endast ett besök görs under perioden, blir tandvårdskostnaden per år 20 kronor. Samma patient skulle få ett besök subventionerat inom sin tandhälsoplan. Med föreslaget regelverk skulle en mindre omfattande undersökning utföras på patienten och besöket i tandvården skulle kosta 200 kronor. Snittkostnaden per år blir i detta fall 67 kronor. Totalt blir patientens kostnad för tandvården 47 kronor högre per år med en individuell tandhälsoplan jämfört med dagens system.

Tabell 12.9 Beräkning av tio typfallspatienters tandvårdskostnader under en treårsperiod, före och efter införandet av tandhälsoplan

Typfallspatient	Oförändrat regelverk	Efter reformer	Skillnad
1. Frisk 31-åring revisionspatient med en tandhygienistundersökning (grön).	60 kr	200 kr	140 kr
2. Frisk 72-åring revisionspatient med två tandläkarundersökningar samt åtgärd för borttagning av supragingival tandsten två gånger (grön).	545 kr	960 kr	415 kr
3. Frisk 47-åring revisionspatient som går på en tandläkarundersökning per år (grön). Inget sparat ATB finns.	1 695 kr	1 930 kr	235 kr
4. Revisionspatient 43 år bedöms vid en undersökning ha två tänder som måste lagas pga. en frakturerad fyllning och ett sekundärkariesangrepp. Den senare tanden måste även rotfyllas (gul). År två finns ett par initiala kariesangrepp som har progredierat (gul).	6 123 kr	4 980 kr	–1 143 kr
5. 35-årig ny patient kommer akut med tandvärk i molar, rotfyllning och krona. Efter akutbehandling görs en fullständig undersökning (gul).	8 918 kr	7 908 kr	–1 010 kr
6. 55-årig ny patient m. tandlossning, behov av behandling och därpå återkommande stödbehandling (röd).	13 138 kr	9 473 kr	–3 665 kr
7. Revisionspatient 62 år. Vid en undersökning beslutas om extraktion av tre tänder och en sektionsbro på två implantat, ett hängande led samt två tandstödda kronor (gul). Vid uppföljande undersökning bedöms patienten vara frisk (grön).	13 716 kr	12 974 kr	–742 kr
8. 82-årig skör revisionspatient med hemtjänst en gång per dag. Har kariesangrepp på tre tänder, dessutom tandsten generellt (röd). Vid en andra undersökning hittas nya kariesangrepp och det beslutas om tandextraktion (röd). Inget sparat ATB finns.	9 185 kr	6 560 kr	–2 625 kr
9. 42-årig ny patient med muntorrhet pga. läkemedel. Har initiala kariesangrepp på tre tänder (gul). Vid uppföljande undersökning bedöms patienten ha låg sjukdomsrisk (grön). Patienten har i dag STB.	390 kr	600 kr	210 kr
10. 65-årig revisionspatient med KOL som behöver syrgas och frekvent inta sötad näringsdryck (röd). Har återkommande kariesangrepp som behöver fyllningsterapi och förebyggande behandling. Första året tre manifesta kariesangrepp, året därpå fyra och nästkommande år tre (röd). Patienten har i dag STB.	10 203 kr	10 008 kr	–195 kr

Källa: Egna beräkningar. Anmärkning: Om inget annat anges, antas patienten vid det första undersökningstillfället ha ett sparat ATB sedan föregående år.

En typfallspatient med viss problematik och sjukdomsrisk

Typfall 4 visar en revisionspatient på 43 år som vid en regelbunden undersökning visar sig ha två tänder som måste lagas på grund av en frakturerad fyllning och ett sekundärkariesangrepp. Den senare tanden måste även rotfyllas. Patienten bedöms vid undersökningen tillhöra gul riskgrupp, och rekommenderas att besöka tandvården igen om 18 månader. Vid detta besök identifieras ett par initiala kariesangrepp som har progredierat, och patienten bedöms även efter denna undersökning tillhöra gul riskgrupp. Då denna patient har en sjukdomssituation blir beräkningen av tandvårdskostnad mer komplicerad. Med dagens regelverk har patienten vid den första undersökningen ett sparat ATB sedan tidigare samt årets ATB om totalt 600 kronor till sitt förfogande. De samlade referenspriserna för den behandling som ges under året summerar till 7 315 kronor. Därmed har patienten rätt till högkostnadsskydd i den första karensnivån. Patienten betalar själv 100 procent av alla kostnader mellan 600 kronor och 3 600 kronor eftersom ATB inte är grund för ersättning i högkostnadsskyddet. Därefter betalar patienten 50 procent av det överstigande beloppet vilket blir 1 858 kronor (0,5×(7 315–3 600)). Patientens tandvårdskostnader uppskattas det första året till 4 858 kronor. På motsvararande sätt beräknas tandvårdskostnaden efter den andra undersökningen efter 18 månader till 1 265 kronor. Under hela treårsperioden beräknas patientens kostnad till 6 123 kronor vilket motsvarar en genomsnittlig kostnad på 2 041 kronor per år.

Inom sin tandhälsoplan har samma patient det första året rätt till två subventionerade besök, en undersökning och ett förebyggande besök, till en kostnad på 400 kronor i patientavgifter. Utöver dessa två besök utförs andra åtgärder, som inte ingår i tandhälsoplan, vars referenspriser uppgår till 5 760 kronor. Mellan 400 kronor och 3 000 kronor betalar patienten själv 100 procent av kostnaden (patientavgiften är grund för ersättning i högkostnadsskyddet). Därefter betalar patienten 50 procent av det överstigande beloppet vilket blir 1 580 kronor (0,5×(5 760–2 600)). Patientens tandvårdskostnader beräknas det första året till 4 580 kronor. Efter den andra undersökningen efter 18 månader antas patientens tandvårdsbehov helt och hållet tillgodoses av en undersökning och ett förebyggande besök inom tandhälsoplanen till en kostnad på 400 kronor. Under hela treårsperioden beräknas patientens kostnad 4 980 kronor vilket mot-

svarar en genomsnittlig kostnad på 1 660 kronor per år. Totalt blir patientens kostnad för tandvården 381 kronor lägre per år med en individuell tandhälsoplan jämfört med dagens system.

En typfallspatient med sjukdom och hög risk för ytterligare sjukdom

Typfall 8 är en skör 82-årig patient med hemtjänst en gång per dag. Då patienten kommer för undersökning finns det inget sparat ATB. Undersökningen omfattar utöver basundersökning även en kompletterande undersökning av parodontala förhållanden samt ett röntgendelstatus. Tre tänder har karies som kräver fyllning, dessutom finns en del tandsten och egenvården behöver förbättras. Riskbedömningen visar att patienten har hög risk för sjukdom och bedöms tillhöra röd riskgrupp, så patienten behöver förebyggande insatser och intervallet mellan revisionsundersökningarna bör vara 12 månader. Vid undersökningen andra året har patienten ett nytt kariesangrepp på en framtand och en tand behöver tas bort. Även detta år finns tandsten som behöver tas bort och behov av förnyad instruktion om hur munhygienen ska skötas. Undersökningen det tredje året visar åter ett behov av att förbättra munhygienen och ta bort tandsten men det fanns inga tänder som i övrigt behöver behandling. Med dagens regelverk har patienten ett ATB på 600 kronor att använda vid den första undersökningen. Den samlade kostnaden för behandlingen under första året enligt referenspriset är 5 945 kronor vilket innebär att patienten har rätt till högkostnadsskydd i den första karensnivån. Eftersom ATB inte utgör grund för ersättning i högkostnadsskyddet betalar patienten 100 procent av alla kostnader mellan 600 kronor och 3 600 kronor. Därefter betalar patienten 50 procent av det överstigande beloppet, vilket blir 1 173 kronor (0,5×(5 945–3 600)). Totalt summerar patientens kostnader det första året till 4 173 kronor. Tandvårdskostnaden efter andra undersökningen 12 månader senare beräknas på samma sätt till 3 338 kronor. Kostnaden efter undersökningen det tredje året beräknas till 1 675 kronor. Vid varje undersökning finns ett ATB att använda som delbetalning. Under hela treårsperioden beräknas patientens kostnad uppgå till 9 185 kronor vilket motsvarar en genomsnittlig kostnad på 3 062 kronor per år.

Med tandhälsoplan får samma patient under det första året tre subventionerade besök, en undersökning och två förebyggande besök med totalt 600 kronor i patientavgifter. Utöver detta utförs de åtgärder, tre lagningar och en fluorlackning, som inte ingår i tandhälsoplansbesöken, med referenspriser på totalt 3 100 kronor, det vill säga de totala kostnaderna är 3 700 kronor. För kostnader upp till 3 000 kronor betalar patienten själv 100 procent av kostnaden (även patientavgiften på 200 kronor räknas in i det ersättningsgrundande beloppet i högkostnadsskyddet). Därefter betalar patienten 50 procent av det överstigande beloppet vilket blir 350 kronor (0,5×(3 700–3 000)). Patientens tandvårdskostnader beräknas det första året till 3 350 kronor. Efter 12 månader görs en ny undersökning och under andra året även två förebyggande besök inom tandhälsoplanen till en kostnad på 600 kronor. Utöver det utförs tandbehandling till ett totalt referenspris på 2 010 kronor vilket ger total tandvårdskostnad 2 610 kronor. Även det tredje året görs undersökning inom tandhälsoplan åtföljt av två förebyggande besök till en kostnad av 600 kronor. Ingen ytterligare behandling utförs det året. Under hela treårsperioden beräknas patientens kostnad till 6 560 kronor, vilket motsvarar en genomsnittlig kostnad på 2 186 kronor per år. Totalt blir patientens kostnad för tandvården med individuell tandhälsoplan 876 kronor lägre per år jämfört med dagens system.

12.2.8 Ekonomiska konsekvenser för patienter med selektivt statligt tandvårdsstöd

De ekonomiska konsekvenserna för patienter inom det statliga selektiva tandvårdsstödet är betydligt mindre än inom det generella stödet, eftersom patienten endast betalar en avgift på 200 kronor per tandvårdsbesök. Totalt uppskattas att patienternas kostnader ökar som en följd av utredningens förslag, från 70 miljoner kronor till 110 miljoner kronor.

Utredningen föreslår att maxtaket för avgifter vid tandvårdsbesök för patienter med långvarigt selektivt tandvårdsstöd höjs, från dagens 1 150 kronor till 1 600 kronor. För patienter med selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid föreslås inget maxtak. Patienter 85 år och äldre föreslås omfattas av samma avgifter som övriga patienter inom selektivt stöd, vilket påverkar dessa patienter i förhållandevis stor utsträckning eftersom besöken i tandvården

i dag är avgiftsfria. Totalt beräknas kostnaderna för denna patientgrupp öka med cirka 15 miljoner kronor år 2023. Detta motsvarar en genomsnittlig årlig kostnad på cirka 500 kronor per patient. För patienter 20–84 år blir effekten liten eftersom en avgift redan betalas i dagens system och få patienter har så pass många tandvårdsbesök att man berörs av förändringen. Totalt beräknas kostnaderna för patientgruppen öka med cirka 5 miljoner kronor år 2023. För patienter mellan 20 och 84 år som berörs av det höjda maxtaket ökar kostnaderna med i genomsnitt 180 kronor.

En andra effekt av utredningens förslag är att fler patienter väntas ta del av de selektiva stöden, dels genom att nya patientgrupper berättigas till stöd, dels genom att befintliga patientgrupper blir större då befolkningstillväxten de kommande åren väntas bli hög. Dessa förändringar väntas totalt innebära att de totala patientavgifterna ökar med 20 miljoner kronor. Här ska särskilt betonas att kostnaderna för merparten av de befintliga patienterna inom stödet inte förväntas påverkas av förändringarna.

Typfallspatienter inom de selektiva stöden

I dag finns det flera olika högkostnadsskydd. Vanligen omfattas en vuxen person i dag av tre olika högkostnadsskydd; ett för läkemedel, ett för öppenvård inom hälso- och sjukvård och ett för tandvård. Därutöver finns ett månatligt högkostnadsskydd för avgifter inom kommunal hemsjukvård eller särskilt boende. Det finns också högkostnadsskydd för sjukresor och tekniska hjälpmedel som bestäms av regionerna. En förändring med förslaget om ett statligt selektivt tandvårdsstöd gäller den tandvård som i dag genom regionens särskilda tandvårdsstöd omfattas av hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd för öppenvård och som i stället kommer att ingå i det statliga högkostnadsskyddet för tandvård. Med utredningens förslag blir det tydligare att det är ett separat skydd mot höga kostnader inom tandvård.

Att särskilja kostnader för tandvård i ett och samma högkostnadsskydd är ofta positivt ur ekonomisk synpunkt för en person som kommer att omfattas av det selektiva stödet för viss behandling under viss tid eftersom dessa personer vanligen behöver annan tandvård inom det generella tandvårdsstödet. Det kan exempelvis endast

vara en lagning på grund av epileptiskt anfall som ingår i det selektiva stödet, medan all annan tandvård hanteras inom det generella tandvårdsstödet. För personer som i dag är berättigade till ett mer långvarigt regionalt selektivt stöd kan kostnaden totalt bli något högre med statligt selektivt stöd under förutsättning att personen även är i behov av hälso- och sjukvård under en ersättningsperiod, eftersom patienten i så fall behöver nå karens i två högkostnadsskydd jämfört med ett i dagens selektiva tandvårdsstöd. Den tandvård som är en direkt följd av en medicinsk behandling kvarstår i högkostnadsskyddet för hälso- och sjukvården öppenvård. Samtidigt gör utredningen bedömningen att fler personer än i dag kommer att omfattas av det föreslagna statliga selektiva tandvårdsstödet, vilket gör stödet mer jämlikt än dagens system. För personer som genom förslaget blir berättigade till selektivt stöd men som inte varit det tidigare medför detta väsentligt minskade kostnader.

Utredningen lämnar samtidigt ett förslag om att tandvård till personer inom selektivt stöd som är 85 år och äldre och som i dag ges vård utan patientavgift i stället precis som andra ska betala en patientavgift. Detta föreslås på grund av jämlikhetsskäl, vilket medför ökade kostnader för personer inom selektivt stöd inom åldersgruppen. Nedan följer exempel på typfallspatienter som utredningen identifierar inom det selektiva stödet.

Selektivt stöd för basal tandvård under lång tid

- En patient besöker tandvården för en undersökning inom sin tandhälsoplan, vilket även innebär en revidering av riskbedömningen vid behov. Patienten berättar att han fått en demensdiagnos men att sjukdomen ännu inte påverkat hans liv i större utsträckning. Diagnosen, och vissa andra riskfaktorer, gör att behandlaren och även riskbedömningsverktyget skattar patientens risk som hög. Inom tandhälsoplan får patienten en undersökning efter 12 månader och två förebyggande besök under perioden, alla till en patientavgift på 200 kronor per besök. Vid en undersökning ett år senare framkommer att patienten behöver daglig tillsyn, antingen av sin fru eller på regelbunden dagverksamhet. Munhygienen har kraftigt försämrats. Behandlaren ser att det finns skäl till att utföra en prövning för selektivt stöd för basal tandvård

och gör den bedömning som krävs för prövningen genom att tillämpa tandhälsoplanens åtgärd för mer omfattande undersökning. Det innebär att prövningen ingår i samma patientavgift som undersökningen för tandhälsoplan. Behandlaren informerar patienten om att även ett intyg från hälso- och sjukvården om diagnos och funktionsnedsättning behövs, alternativt intyg från kommunal verksamhet. I det fall prövningen därefter tillstyrks av Försäkringskassan hanteras patientens tandhälsoplan inom selektiva stödet för basal tandvård i stället tillsammans med övrig tandvård som patienten behöver till patientavgift. Om prövningen avslås fortsätter patienten i tandhälsoplan med det revisionsintervall och förebyggande besök som erbjuds patienter med hög risk. En ny prövning för selektivt stöd för basal tandvård kan göras om patientens funktion ytterligare försämrats vid kommande besök. De avgifter på 200 kronor som patienten avlägger vid besöken inom tandhälsoplan är karensgrundande tillsammans med annan tandvård som utförs inom det generella statliga tandvårdsstödet.

- En person inom särskilt boende som i dag är berättigad till nödvändig tandvård på grund av omfattande vård- och omsorgsbehov flyttas med utredningens förslag automatiskt över till selektivt stöd för basal tandvård med en tillhörighet som gäller tills vidare och får genom stödet den tandvård som bedöms nödvändig för att bevara munhälsan. Ur ett ekonomiskt hänseende innebär det nya stödet ingen större förändring. Personen omfattas, för sitt boende men även för sådan vård som ges inom boendet, av ett högkostnadsskydd för kommunala avgifter hänfört till den kommunala hälso- och sjukvård enligt HSL. Därmed har personen vanligen inte kostnader för sjukvård inom hälso- och sjukvårdens bestämmelser om avgifter för öppenvård. Personen ges med förslaget i stället möjlighet att genom patientavgifter för sin tandvård bygga på karensbeloppet för ytterligare tandvård än den som omfattas av det selektiva stödet, exempelvis en ny fastsittande delbro. Är personen 85 år och äldre försvinner dock möjligheten att få tandvård utan patientavgift och personen får i stället ett maxtak för patientavgifterna på 1 600 kronor per ersättningsperiod.

- En person vårdas hemma av anhörig på grund av atypisk parkisonism och har i nuvarande regionala särskilda tandvårdsstöd fått avslag på ansökan om stöd för tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning eftersom denna diagnos inte omfattas av stödet. Personen har inte heller fått nödvändig tandvård eftersom kommunen inte känner till personens omsorgsbehov. Personen har på grund av sin sjukdom en långvarigt nedsatt fysisk funktion som ger väsentligt försämrade förutsättningar att genomgå behandling och ges därför med förslaget selektivt stöd för basal tandvård. Detta hanteras praktiskt genom att distriktssjuksköterskan på vårdcentralen intygar sjukdomens funktionsnedsättning i samband med ett av sina hembesök och tandvården därefter intygar behovet av stöd på grund av väsentliga svårigheter att genomgå tandvårdsbehandling. Det selektiva tandvårdsstödet ger patienten den tandvård som bedöms nödvändig för att bevara munhälsan till patientavgift på 200 kronor per besök, i stället för som tidigare betala för tandvården inom det generella statliga tandvårdsstödet med eventuell subvention från det generella högkostnadsskyddet.
- En person omfattas av LSS och får av kommunen en insats i form av en kontaktperson, men har inga andra insatser eller några omfattande omsorgsbehov. Med nuvarande regelverk får personen automatiskt tillhörighet till stöd för nödvändig tandvård. Med utredningens förslag får personens särskilda behov av tandvårdsinsatser i stället prövas genom intyg från hälso- och sjukvården utifrån den medicinska diagnosen med efterföljande bedömning av svårighetsgrad på den nedsatta funktionen. Om sjukvården eller tandvården inte bedömer att personen uppfyller kravet för selektivt stöd, ges i stället undersökning och förebyggande besök inom tandhälsoplan. Övrig tandvård ges inom det generella tandvårdsstödet.

Selektivt stöd för viss behandling under viss tid

- En person har vita fläckar i munslemhinnan som medför en risk för att cancer utvecklas. Personen ges därför regelbundna kontroller av tillståndet inom selektivt stöd för viss behandling under viss tid för patientavgift på 200 kronor. Tidigare har kontrollerna

utförts inom regionernas tandvårdsstöd och därmed ingått i högkostnadsskyddet för öppenvård. För övrig tandvård som personen behöver tillämpas det generella tandvårdsstödet samt tandhälsoplan för undersökning och viss förebyggande behandling. Patientavgiften för det selektiva stödets behandling är karensgrundande i tandvårdens högkostnadsskydd likväl som kostnaderna för övrig tandvård. Detta medför att om personen inte behöver annan hälso- och sjukvård kan förslaget innebära en minskning av kostnaderna för personen om denne behöver tandvård inom högkostnadsskyddet för det statliga tandvårdsstödet.

- En patient har ett behov av behandling för sin långvariga käkledssmärta. Med dagens tandvårdsstöd kan patienten omfattas av oralkirurgiska åtgärder inom 2 § tandvårdsförordningen eller tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling alternativt så ges inget regionalt stöd. Det senare kan i många fall bero på vem som remitterat patienten. Med utredningens förslag ska prövning ske inom ett gemensamt regelverk och oavsett om remissen kommer från tandvården eller sjukvården. Patienter med långvariga smärttillstånd kommer enligt utredningens förslag omfattas av statligt selektivt stöd för viss behandling under viss tid och förutsätts få lägre kostnader för sin behandling med utredningens förslag.

Regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården

- En person med Ehlers-Danlos syndrom behöver extrahera en tand men kan på grund av sin sjukdom inte få en effektiv lokalbedövning hos tandvården och har även ökad känslighet i munslemhinnan. Med nuvarande regelverk kan personen själv behöva bekosta narkosen för att kunna få tanden borttagen. Med förslaget om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården klargörs att regionen ska omhänderta kostnaden för narkosen och efterföljande övervakning inom hälso- och sjukvårdens regelverk för avgifter som avser öppenvård. Eftersom narkosen krävs utifrån en medicinsk indikation betalar personen endast en patientavgift för narkosen. För själva tandextraktionen betalar personen såsom andra inom tandvårdsstödet.

- En person behöver akut tandvård utförd som en direkt följd av sjukvårdens behandling av personens medicinska sjukdomstillstånd där sjukvården misstänker ett samband mellan personens blodförgiftning och en tandinfektion. I dagens tandvårdssystem ger regionen vanligen bara ekonomiskt stöd för själva utredningen hos tandvården men patienten får själv i efterhand bekosta behandlingen. Enligt utredningens förslag ingår såväl tandvårdens utredning som behandlingen av infektionen, i detta fall en tandborttagning, i regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården. Därmed ges hela behandlingen för att bota patienten inom hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd för öppenvård. När personen därefter är i behov av annan tandvård tillämpas det statliga tandvårdsstödet precis som vanligt och undersökningen ges inom tandhälsoplan.

12.2.9 Konsekvenser för vårdgivare inom det generella statliga tandvårdsstödet

Förslaget om individuell tandhälsoplan får effekter för hur vårdgivarna får ersättning för den tandvård som utförs. Med dagens regelverk ersätts samtliga vårdgivare som är anslutna till det statliga tandvårdsstödet dels genom statens subvention till patienten (ATB, STB, högkostnadsskydd), dels genom att patienten betalar en andel av kostnaden. Totalt sett täcker dagens statliga subvention 36 procent av tandvårdskostnaderna i det generella statliga stödet och patienterna bekostar själva resterande 64 procent. Utredningens beräkningar i avsnitt 12.2.7 visar att de föreslagna förändringarna i det generella statliga tandvårdsstödet inte på helheten ändrar förhållandet mellan patientens kostnad och statlig subvention, detta eftersom den ökade subventionen inom tandhälsoplanen jämfört med ATB och STB motverkas av lägre utbetalningar inom högkostnadsskyddet.

Reformen om tandhälsoplan bygger på fast ersättning till vårdgivaren för sådana undersökningar och förebyggande behandlingar som ingår i planen samt en fast patientavgift på 200 kronor. Intervall för åtgärder och tandvårdsbesök bestäms utifrån en riskbedömning. En konsekvens av detta blir att statliga subventionen i högre utsträckning styrs av fasta revisionsintervall och vårdgivare styrs av de fasta priser som är beslutade för de åtgärder som ingår. Samtidigt ser

utredningen en möjlighet att fler patienter kommer att besöka tandvården när undersökningar och viss förebyggande tandvård subventioneras i högre utsträckning än i dag, något som medför fler patienter för vårdgivarna. Därutöver ges sannolikt förbättrade möjligheter för vårdgivare att få betalt för att informera och instruera patienten, något som enligt utredningens uppfattning inte sker i tillräcklig utsträckning i dag och där vårdgivarens priser understiger referenspris.

Statistik över prisavvikelser i tandvården visar att de priser som vårdgivarna i dag tar för sådana åtgärder som föreslås ingå i tandhälsoplan ligger mellan 5 och 10 procent över TLV:s referenspriser. Enligt utredningens beräkningar, motsvarar omsättningen för sådana undersökningar och förebyggande behandlingar som ingår i tandhälsoplanen cirka 15 procent av den fria tandvårdsmarknaden, en andel som därmed blir prisreglerad vid reformens ikraftträdande.

Ytterligare en konsekvens för vårdgivarna, såväl offentliga som privata, är att förslaget om tandhälsoplan även kommer att omfatta personer mellan 20–23 år. Utredningen ser indikationer på att de unga vuxna i dag besöker tandvården oftare än vad som är odontologiskt motiverat. Som nämnts tidigare visar såväl analyser av transparensbokslut från regionerna som SKR:s beräkningar att dagens ersättning för tandvård till barn och unga vuxna inte är tillräcklig för att täcka kostnaderna. Det gäller såväl statens kompensation till regionerna för det utökade åtagandet som regionernas ersättning till enskilda vårdgivare för den tandvård som utförs. Förslaget innebär en återgång till en fri marknad och åtgärdsbaserad ersättning för tandvård till patientgruppen 20–23 år. Bedömningen är att förslaget därför gör det mer attraktivt för vårdgivare att ha unga vuxna patienter jämfört med i dag. Utredningens beräkningar visar att förslaget om tandhälsoplan sammantaget väntas innebära en lägre tandvårdskonsumtion för personer 20–23 år än i dag när de ges avgiftsfri tandvård. Utredningen uppskattar att omsättningen för tandvården inom tandhälsoplanerna till personer 20–23 år kommer att vara mellan 0,45 och 0,49 miljarder kronor år 2023, vilket motsvarar en ökning av den fria tandvårdsmarknaden på cirka 2 procent. Givet ett liknande besöksmönster i tandvården som för patienter 24–29 år, antas ungefär två tredjedelar av tandvården utföras offentliga vårdgivare och resterande tredjedel av privata vårdgivare.

Konsekvenser för folktandvården

Förslaget att ATB och STB till personer 24 år och äldre upphör och ersätts av tandhälsoplan innebär ekonomiska konsekvenser för folktandvården då den statliga subventionen används som delbetalning av tandvården, se tabell 12.10 nedan. Inom ramen för abonnemangstandvården uppskattas intäkterna för regionerna i form av ATB och STB motsvara totalt 0,32 miljarder kronor, givet ett antagande om en oförändrad omfattning för abonnemangstandvården fram till år 2023.[24] Inom övrig allmäntandvård till vuxna uppskattas intäkterna minska med 0,60 miljarder kronor. Totalt beräknas regionernas minskade intäkter i form av ATB och STB uppgå till 0,92 miljarder kronor. Värt att notera är att beräkningen är statisk i betydelsen att patienternas fördelning mellan offentliga och privata vårdgivare på tandvårdsmarknaden inte antas påverkas av de föreslagna reformerna. Beräkningen tar dock hänsyn till att den att den samlade patientstocken för de offentliga vårdgivarna är yngre än för de privata vårdgivarna.

Baserat på offentliga och privata vårdgivares andel av patienter på marknaden för allmäntandvård år 2019 (41 respektive 59 procent), förväntas regionerna sammanlagt få ökade intäkter för subvention till patienter inom tandhälsoplan på mellan 1,04 och 1,18 miljarder kronor med de två beräkningsalternativen. Slutligen kan konstateras att folktandvårdens intäkter från den statliga ersättningen inom högkostnadsskyddet väntas sjunka med cirka 20 miljoner kronor som en följd av införandet av tandhälsoplan (denna effekt beskrivs mer i detalj i avsnitt 12.2.5 ovan). Nettoeffekten av förändringarna är enligt utredningens uppskattningar en ökad intäkt för folktandvården med mellan 0,10 och 0,24 miljarder kronor. Till stor del kan de ökade intäkterna härledas till statligt stöd inom tandhälsoplan för patienter 20–23 år.

[24] Antagandet grundas på Försäkringskassans utgiftsprognos för ATB år 2023. Abonnemangsavtal som tecknas av personer 23 år exkluderas från beräkningen, då de från och med år 2019 har avgiftsfri tandvård.

Tabell 12.10 Ekonomiska konsekvenser för folktandvården av utredningens förslag enligt två beräkningsalternativ

Kostnader i miljarder kronor, 2023 års prisnivå

Förändring	Alternativ 1	Alternativ 2
ATB och STB till personer 24 år och äldre upphör	0,92	0,92
varav ATB/STB inom abonnemangstandvård	*0,32*	*0,32*
varav ATB/STB för övrig tandvård i statligt tandvårdsstöd	*0,60*	*0,60*
Tandhälsoplan personer 20 år och äldre införs	–1,04	–1,18
varav personer 20–23 år	*–0,08*	*–0,09*
varav personer 24 år och äldre	*–0,96*	*–1,09*
Effekter på högkostnadsskyddet	0,02	0,02
Summa, personer 20 år och äldre	**–0,10**	**–0,24**

Källa: FASIT och egna beräkningar. Anmärkning: Ett negativt värde innebär en ökad intäkt jämfört med ett oförändrat regelverk och ett positivt värde en ökad kostnad.

Konsekvenser för vårdgivare som bedriver abonnemangstandvård

Utredningens förslag om tandhälsoplan innebär inget hinder för folktandvården att även fortsättningsvis erbjuda abonnemangstandvård. Folktandvården kan enligt utredningens bedömning välja flera olika tillvägagångssätt för att kombinera abonnemang med tandhälsoplan. Ett alternativ är att patienterna inom abonnemangstandvården betalar patientavgiften för tandvård inom tandhälsoplan vid sidan av abonnemangsavtalet. Ett annat sätt är att patientavgiften på 200 kronor per besök inkluderas i den premie patienten betalar för att omfattas av avtalet. För olika patientgrupper behöver regionerna i så fall addera det antal patientbesök som omfattas av tandhälsoplanen till den ersättning de själva behöver för att täcka den risk för reparativa åtgärder, samt eventuell annan tandvård, som abonnemangsavtalet täcker. Tandhälsoplanen styr tandvården mer mot patientens behov och förebyggande tandvård än vad ATB och STB gör i dagens statliga tandvårdsstöd. Detta är även grundidén i modellen med abonnemangstandvård. Utredningen bedömer att abonnemangstandvården till viss del kommer att påverkas av förslaget, på så sätt att abonnemanget mer kommer att likna en försäkring mot kostnader för tandvård utöver tandhälsoplanen, framför allt reparativa åtgärder. Hur stor denna effekt blir, är dock svår att kostnadsberäkna eftersom folktandvården själv beslutar om vilken tandvård som ska omfattas av abonnemanget inom de ramar som lagstiftaren

ger. Utredningen ser olika möjliga effekter på abonnemangstandvården vid införandet av tandhälsoplan. En potentiell negativ effekt är att färre patienter väljer att teckna abonnemangsavtal hos folktandvården då enbart en tandhälsoplan kan vara ett attraktivt och rationellt val för framför allt friska patienter. Detta innebär förvisso lägre intäkter för de offentliga vårdgivarna, men under förutsättning att patienten stannar hos den vårdgivare som fastställt tandhälsoplanen bör en minskad intäkt inom abonnemangstandvården motsvaras av ökade intäkter inom övrig allmäntandvård till vuxna. En potentiellt positiv effekt för de offentliga vårdgivarna är att det blir mer attraktivt för patienten att ingå avtal om abonnemangstandvård då grundkostnaden ersätts av staten. I dessa fall behöver patienten enbart betala den premie som krävs för att komplettera abonnemanget med ett skydd för reparativa åtgärder. Troligt är att detta främst gäller något äldre patienter eftersom den statliga subventionen inom tandhälsoplan i större utsträckning baseras på risken för oral sjukdom och sjukdomserfarenheten generellt ökar med åldern.

Konsekvenser för uppdelningen av tandvårdsmarknaden

Utredningens nulägesbeskrivning av tandvårdsmarknaden visar att offentliga vårdgivare på det hela taget utför färre kostsamma och komplicerade åtgärder än privata vårdgivare, bland annat på grund av att offentliga vårdgivare har en större marknadsandel bland yngre vuxna patienter och de privata vårdgivarna en större marknadsandel bland äldre vuxna patienter (se även kapitel 6). Genom tandhälsoplanen anpassas revisionsintervallet efter patientens risk för tandsjukdom och sjukdomsprogression. Detta bör i stort generera tandhälsoplaner med färre besök för yngre vuxna patienter och planer med fler besök för äldre vuxna patienter än i dag. En potentiell dynamisk effekt av införandet av tandhälsoplan är därför en förhållandevis lägre intäkt ”per patient” för offentliga vårdgivare än i dag, och högre intäkt per patient än i dag för privata vårdgivare.

Utredningen har ovan utgått från antagandet om att marknadsförhållandet mellan offentliga och privata vårdgivare inte påverkas av förslagen om förändringar i det generella statliga tandvårdsstödet. Även om utredningens förslag leder till en högre efterfrågan på tandvård, är utbudet av tandvårdspersonal på dagens tandvårdsmarknad

begränsat och en vårdgivare kan heller inte enkelt skala upp produktionen då detta kan kräva investeringar i materiel och, förändrad organisation, ökade lokal- och hyreskostnader med mera. Dock bedöms förslaget om sänkt åldersgräns för avgiftsfri tandvård till 19 år kunna ha viss påverkan på marknadsförhållandet på så sätt att en del av folktandvårdens resurser, som i dag är låsta till tandvården till barn och unga vuxna, frigörs och i stället kan användas till allmäntandvården för vuxna. Som beskrivits ovan är en trolig effekt av en utökning av den fria tandvårdsmarknaden också att fler unga vuxna går till privata vårdgivare. Utredningens sammantagna bedömning är därför att förslagen kan leda till en mer jämn fördelning av tandvårdsmarknaden mellan offentliga och privata vårdgivare än vad som är fallet i dag.

12.2.10 Konsekvenser för vårdgivare inom det selektiva statliga tandvårdsstödet

Med utredningens förslag om ett nytt statligt selektivt tandvårdsstöd kommer det att finnas ett enhetligt gränssnitt mellan det generella och det selektiva tandvårdsstödet. Detta antas få konsekvenser för vårdgivare på flera sätt. För vårdgivare som har patienter boende ifrån flera regioner kommer utredningens förslag att innebära en förenklad hantering – detta då ett nationellt regelverk gäller för samtliga patienter till skillnad från de regionala tillämpningar och variationer i anvisningar som finns inom dagens särskilda tandvårdsstöd. Administration är ett annat område där utredningen ser positiva effekter för vårdgivarna. I dagsläget rapporterar vårdgivarna in uppgifter till respektive region, och totalt används sju olika IT-system för att administrera patienter inom de särskilda stöden. Med ett statligt selektivt stöd kommer inrapporteringen av uppgifter om utförd tandvård i stället ske automatiserat och digitalt till Försäkringskassan i samma IT-system och enligt samma tillvägagångssätt som för det generella statliga tandvårdsstödet. Eftersom vårdgivarna är anslutna till myndighetens IT-system, kan validering ske av de inrapporterade uppgifterna och vårdgivarna får även vägledning genom klart definierade tillstånd som i sin tur anger ersättningsberättigade behandlingar att välja bland. Det innebär även färre förhandsprövningar av detaljerade behandlingsförslag. Sammantaget gör utred-

ningen bedömningen att dessa faktorer kommer att medföra en minskad administrativ börda.

Med utredningens förslag kommer även tandvården att kunna identifiera och påbörja en prövning om tillhörighet för patienter som har behov av ett selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård under lång tid. Detta bedöms vara efterfrågat av tandvården, eftersom behandlaren inom tandvården vanligen är den som ser att patienten fått stora svårigheter att utföra sin munhygien eller svårigheter att genomföra tandvårdsbesöket. Specialisttandläkare som får patienter på remiss med behov av selektivt stöd för viss behandling under viss tid, kommer att kunna skicka in underlag för prövning om tillhörighet även när remissen kommit från tandvården. Detta kommer att underlätta hanteringen för tandvården då man slipper att såsom i dag förklara varför inte tillståndet är avgörande utan att remissen måste komma från sjukvården. Samtidigt föreslår utredningen att tandvården under vissa förutsättningar kommer att ha en skyldighet att erbjuda att en prövning av tillhörighet till selektivt stöd initieras.

Utredningen föreslår att utförd tandvård inom det statliga selektiva tandvårdsstödet ersätts med fasta priser till vårdgivaren. Detta är i likhet med den modell som tillämpas i dag där folktandvårdens priser i regionen tillämpas, om man inte kommit överens om annan prissättning. Enligt uppgift har inte någon region en sådan överenskommelse för närvarande. Utredningen ser inte att en hög subvention kan kombineras med fri prissättning där stödets huvudman står för mellanskillnaden mellan patientavgift och vårdgivarens pris för åtgärden som utförs.

12.2.11 Konsekvenser i övrigt

Konsekvenser för högskolor och andra tandvårdsaktörer

Omkring en halv procent av all tandvård i det statliga tandvårdsstödet utförs av högskolor och andra tandvårdsaktörer, bland annat kriminaltandvården. Den subvention som ges till patienter som får sin tandvård utförd av dessa aktörer ges i många fall enligt samma villkor som inom övriga delar av det statliga tandvårdsstödet. Beräkningen av de ekonomiska konsekvenserna för vårdgivarna av de föreslagna förändringarna i det generella statliga tandvårdsstödet visar att reformen är fullt finansierad samt att inga ökade kostnader för

vårdgivarna kan antas uppkomma. Därmed görs även bedömningen att de föreslagna förändringarna inte kommer att medföra ökade kostnader för högskolor och andra tandvårdsaktörer.

12.3 Om dynamiska effekter

Enligt tilläggsdirektiv (dir. 2020:1) ska utredningen lägga en särskild vikt vid att analysera och beräkna de dynamiska effekterna och bland annat analysera hur dessa påverkas av att tandvården bedrivs av ett stort antal aktörer. Mot denna bakgrund redovisas i detta avsnitt en bakgrund till hur en dynamisk effekt beräknas och tidigare exempel på hur tandvårdssystemet har påverkats av politiska reformer. Med utgångspunkt i tilläggsdirektivet har utredningen också särskilt analyserat effekter, såväl statiska som dynamiska, av de förslag som redovisas i detta betänkande. Syftet med denna analys är att i största möjliga mån förhindra okända och oförutsedda följder av förslagen för tandvårdens olika aktörer. I flertalet fall har utredningen lagt fram förslag med just syftet att följdeffekter ska uppstå. I fåtalet fall bedöms att förslagen kan leda till icke-önskvärda effekter, i dessa fall görs även en bedömning av hur troligt detta utfall är.

12.3.1 Hur beräknas en dynamisk effekt

I ekonomiska termer brukar en effekt beskrivas som skillnaden i värdet på en utfallsvariabel som uppstår som en följd av en intervention. Ofta görs så kallade effektutvärderingar för att analysera om de effekter, såväl önskvärda som icke-önskvärda, politiska reformer har på aspekter som exempelvis offentlig ekonomin och befolkningens beteende. En effektutvärdering ska svara på frågan hur ekonomi och beteende förändrats, men även uppskatta det kontrafaktiska utfallet. Det vill säga, vad hade exempelvis kostnaden eller beteendet varit om reformen inte hade införts, givet allt annat lika? Det är skillnaden i dessa två situationer som är den isolerade effekten av en reform. På tandvårdsområdet kan detta exemplifieras i effekten på statens tandvårdskostnader och befolkningens besöksmönster av att en regelförändring införs i förhållande till vad kostnad och besöksmönster hade varit om inga regler ändrats (givet att hänsyn tas till att tandvården påverkas av olika omvärldsfaktorer).

12.3.2 Utredningens förslag har såväl statiska som dynamiska effekter

En reform kan ha såväl en statisk som en dynamisk effekt. Den statiska effekten av en regelförändring, exempelvis vad gäller kostnader och befolkningens beteende, uppstår som en direkt följd av regelförändringen. På tandvårdsområdet kan förändrad åldersgräns för avgiftsfri tandvård tas som exempel. Patienter i åldrarna 20–23 år med statligt tandvårdsstöd övergick mellan åren 2017–2019 till att i stället omfattas av den regionala tandvården till barn och unga vuxna. Som en direkt följd av reformen innebar detta färre patienter med statligt stöd och fler patienter med regionalt stöd. I ekonomiska termer, minskade statens kostnader för tandvård medan regionernas tandvårdskostnader ökade. För de berörda patienterna blev den direkta (statiska) effekten att tandvården slutade kosta pengar.

En dynamisk effekt är skillnaden i utfall av en intervention som uppstår på grund av följdeffekter. Det kan handla om att patienter eller vårdgivare i tandvården ändrar beteende då en regelförändring införs. För att knyta an till exemplet ovan, är en dynamisk effekt att en ökad prioritering på patienter i åldrarna 20–23 år också innebär en nedprioritering av andra patienter då tandvårdens resurser inte på kort tid kan utökas. En annan dynamisk effekt är att patienter, när tandvården är avgiftsfri, tenderar till att utebli från inbokade besök i högre utsträckning. Att regionerna behöver utöka sina resurser för uteblivanden och information till den patientgruppen man nu har ansvar för är en dynamisk effekt som innebär ökade kostnader som en indirekt följd. En dynamisk effekt kan även vara att en regelförändring medför följdverkningar inom andra delar av samma system eller inom helt andra välfärdssystem.

12.3.3 Vad är en önskvärd effekt?

Att en effekt är statisk eller dynamisk visar i sig inte om den är önskvärd. En stor del av politiska reformer som genomförs syftar just till att åstadkomma dynamiska effekter. Inom tandvården är ett uttryckt mål för regeringen att fler personer ska besöka tandvården. En reform som genomförs med syftet att stimulera fler tandvårdsbesök, och vars statiska och dynamiska effekter bidrar i denna riktning, bör därför anses som lyckad och önskvärd i detta avseende. De förslag

som utredningen redovisar kommer att innebära såväl statiska som dynamiska effekter på tandvårdssystemet, vilket även är ett mål givet utredningsuppdraget. Dock handlar det om att i största möjliga mån försöka uppskatta omfattningen av effekterna, samt att de förslag som ges inte innebär oförutsedda effekter på de offentliga utgifterna, vårdgivarnas förutsättningar eller besöksmönster i tandvården.

12.3.4 Erfarenheter från tidigare tandvårdsreformer visar på svårigheten att skatta dynamiska effekter

Att bedöma hur en reform på tandvårdsområdet påverkar faktorer såsom patienternas och vårdgivarnas beteende och som en följd utvecklingen av de statliga utgifterna har tidigare visat sig vara svårt. Det finns reformer vars kostnader grovt underskattats, men även reformer där de faktiska utgifterna kommit att bli lägre än vad som uppskattades före reformens ikraftträdande.

Kostnaderna för 65-plusreformen underskattades kraftigt

Den så kallade 65-plusreformen är ett exempel där de förändringar som genomfördes i regelverket fick en rad oförutsedda effekter som hade en kraftig påverkan på de statliga tandvårdsutgifterna. Reformen innebar att ett högkostnadsskydd infördes för protetiska åtgärder för personer 65 år och äldre med syftet att stimulera till en mer regelbunden kontakt med tandvården för denna patientgrupp. Högkostnadsskyddet innebar att all protetisk behandling över 7 700 kronor var utan kostnad för patienten. Innan reformen hade patienterna själva stått för en stor del av kostnaden, något som troligtvis höll tillbaka efterfrågan på tandvården samt skapade ett uppdämt behov. Eftersom det nya högkostnadsskyddet var så pass förmånligt jämfört med tidigare system ökade därför antalet protetiska åtgärder kraftigt, och så även statens kostnader för stödet. En annan följdeffekt av reformen var att patienter inväntade behandling till dess att man fyllt 65 år, vilket hade en negativ inverkan på den ursprungliga sjukdomsproblematiken med än mer omfattande behov och behandling som följd. Stödet var även gynnsamt för vårdgivarna. Patienterna efterfrågade den protetiska tandvården i högre utsträckning på grund av en lägre priskänslighet – på så sätt kunde vårdgivarna utföra

mer vård på en patient till samma pris för patienten. Detta visar på att även vårdgivarna spelar en stor roll för de potentiella dynamiska effekterna av utredningens förslag.

I dag är de flesta överens om att högkostnadsskyddet för protetik för personer 65 år och äldre inte var en kostnadseffektiv eller träffsäker reform, och stödet upphörde när det statliga tandvårdsstödet infördes. Det förändrade konsumtionsmönstret hos patienterna ledde till att kostnaden för reformen blev nästan tre gånger högre än vad regeringen hade beräknat.[25] Därtill bidrog reformen till övervård av patienterna. Dessa effekter förstärktes troligen ytterligare av att den protetiska tandvården är vårddrivande i sig i och med att protetiken som utförs på en patient behöver underhållas över tid och bytas ut.

Besök och kostnader ökade inte som förväntat efter införandet av det statliga tandvårdsstödet år 2008

Ett exempel på en reform där man från lagstiftarens sida förväntade sig en större effekt av reformen än vad som sedan blev fallet är införande av det statliga tandvårdsstödet år 2008. I förarbeten väntade man sig att den nya utformningen på tandvårdssystemet skulle medföra en besöksfrekvens för samtliga åldersgrupper på minst 85 procent under en tvåårsperiod.[26] Det statliga högkostnadsskyddet är vid höga tandvårdskostnader förmånligt, och för att stävja en dynamisk effekt med kraftigt ökad efterfrågan på omfattande tandvård infördes därmed olika instrument, såsom bland annat Nämnden för statligt tandvårdsstöd, som möjliggjorde att karensnivåer och ersättningsgrad vid behov kunde justeras.

En tid efter införandet var det emellertid tydligt att statens utgifter i det nya tandvårdsstödet konsekvent understeg tandvårdsanslaget och att besöksfrekvensen i tandvården var på klart lägre nivåer än vad som uppskattats. Det rådde initialt en osäkerhet om detta berodde på att det tog lång tid för patienter, myndigheter och vårdgivare att anpassa sig till det nya tandvårdssystemet. Men i takt med att den förväntade ökningen av antalet besökare i tandvården uteblev, justerades tandvårdsanslaget successivt ned åren 2009–2014.[27]

[25] SOU 2006:71, *Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2*.
[26] SOU 2007:19, *Friskare tänder – till rimliga kostnader.*
[27] Regeringens budgetpropositioner för åren 2009–2014 www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition, uttag 2020-08-24.

Det finns flera troliga orsaker till att den förväntade kostnadsökningen uteblev vid införande av det statliga tandvårdsstödet. Reformen var väl konstruerad på så sätt att instrument för kostnadskontroll byggdes in i stödet från början, kanske delvis med erfarenheten av 65-plusreformen färskt i minnet. Initialt var det även starkt prioriterat vilken tandvård som omfattades av stödet. Ett exempel var att ersättning endast gavs för behandling av tandluckor till tand 5 och reparation av mycket skadade tänder till tand 6. Andra områden, såsom protetisk behandling av sänkta bett vid tandslitage eller olika bettfysiologiska behandlingar vid käkfunktionsstörning ingick också endast i begränsad omfattning de första åren. Dessutom innebar reformen om statligt tandvårdsstöd även bättre data och möjlighet till uppföljning och kontroll, vilket kan ha haft en kostnadsdämpande effekt.

Komplicerade regelverk kan innebära att en reform inte når full potential

Det finns ytterligare exempel på tandvårdsområdet där effekterna av nya reformer har överskattats. År 2013 infördes det regionala stödet för personer med behov av tandvård som en följd av en långvarig sjukdom eller en funktionsnedsättning. I förarbeten till reformen uppskattades personkretsens storlek till 55 000 personer.[28] År 2019 var det fortfarande endast 16 000 personer som tog del av detta tandvårdsstöd. Svårigheter vid tolkning av regelverket, låg kännedom om stödet inom tandvården, regionala skillnader i tolkning och bedömning samt eventuella överlapp med andra regionala tandvårdsstöd är potentiella förklaringar som har lyfts till utredningen kring varför inte fler personer omfattas av stödet.

Även införandet av STB år 2013 visade sig inte innebära den ökning av patienter som förväntades. 70 000 personer omfattades av stödet år 2019, en nivå som därmed fortfarande är kraftigt under den skattning på 200 000 personer som gjordes i förarbetena till reformen år 2013.[29] Även här lyfts dålig kännedom om stödet som en förklaring, tillsammans med ett en bristande samverkan mellan tandvården och hälso- och sjukvården kring de läkarintyg som behövs

[28] Ds 2010:42 *Friskare tänder till rimliga kostnader – Även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning*.
[29] Prop. 2011/12:7 *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar.*

för att beviljas stöd. Sammantaget visar dessa exempel på att det finns flertalet faktorer som påverkar hur stora de statiska och dynamiska effekterna blir och som kan innebära att en reform inte når full potential.

Det ska avslutningsvis poängteras att det är svårt för en utredning att skatta antalet berörda patienter när inga eller bristfälliga dataunderlag finns att tillgå, vilket var fallet vid införandet av STB och tandvård till personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

12.3.5 Dynamiska effekter och FASIT

FASIT är den modell som utredningen använder för en stor del av kostnadsberäkningarna i detta betänkande. Vad gäller tandvården, är FASIT är en statisk modell och utredningen kan därför endast med modellen beräkna de statiska effekterna av föreslagna regelförändringar (FASIT har en dynamisk modul för arbetskraftsutbud). Om till exempel en höjd ersättningsnivå i högkostnadsskyddet modelleras i FASIT, beräknas de statliga utgifterna öka proportionellt till att fler patienter får högre stöd men modellen kan inte ta hänsyn till att ett mer generöst system innebär att fler patienter vill få mer omfattande tandvård utförd. De dynamiska effekterna av de förändringar som utredningen föreslår kommer därför inte kunna uppskattas på samma sätt som de statiska effekterna. I stället gör utredningen en genomgång av vilka de potentiellt dynamiska effekterna kan vara av olika förslag, samt i vissa fall känslighetsberäkningar där besöksfrekvensen antas öka jämfört med dagens nivåer.

12.3.6 Faktorer som verkar i kostnadsdämpande riktning

Utredningen bedömer att det finns ett antal argument för att de dynamiska effekterna av förslagen om tandhälsoplan, sänkt åldersgräns för avgiftsfri tandvård till 19 år samt införandet av ett nytt statligt selektivt tandvårdsstöd blir relativt begränsade. Samtidigt finns även makrofaktorer som pekar i en kostnadsdrivande riktning. Den samlade bedömningen är att nettoeffekten på tandvårdskostnader och besöksfrekvens är svår att uppskatta, men att det finns goda skäl till att på det stora hela förvänta sig en oförändrad efterfrågan

på tandvård i befolkningen och utvecklingstakt för tandvårdskostnader efter att reformen har trätt i kraft.

En trend mot bättre tandhälsa på befolkningsnivå under lång tid

Under lång tid har tandhälsan i befolkningen stadigt blivit bättre, vilket är en trolig delförklaring till att besöksfrekvenserna i tandvården har sjunkit de senaste åren. Troligt är att utvecklingen kommer att fortsätta i samma riktning, bland annat tack vare faktorer som digitalisering och utveckling av tekniska hjälpmedel i tandvården. Den svenska befolkningen väntas växa, men givet bättre tandhälsa och ett lägre besöksbehov bör antalet patienter i tandvården växa i en lägre takt.

Tandvårdens kapacitet är i dag begränsad

Tandvården beskriver i dag situationen som att man arbetar på toppen av sin förmåga och att kapaciteten inte ens räcker till för att möta behovet hos dagens tandvårdspatienter. Förhoppningen är att utredningens reformer i högre grad kommer att rikta de offentliga subventionerna till grupper som i dag har stora tandvårdsbehov. Detta medför troligen en ökad efterfrågan på tandvård för dessa patientgrupper, men trots detta är tandvårdens kapacitet begränsad. Utredningen ser det som troligt att vårdgivarna i större utsträckning kommer att prioritera och koncentrera vården till de med störst behov, på bekostnad av färre undersökningar för friska revisionspatienter, men att denna effekt begränsas av tandvårdens rådande kapacitet vad gäller personal, kliniker och utrustning.

Marginell effekt av tidigare tandvårdsreformer med syftet att öka besöksfrekvensen i tandvården

Under 2010-talet har patientens tandvårdssubvention genom politiska reformer ökat, men trots detta har besöksfrekvensen i tandvården stadigt sjunkit de senaste åren. Ett exempel på detta är att regeringen år 2018 införde ett höjt ATB till samtliga tandvårds-

patienter utan att besöken har påverkats nämnvärt.[30] Detta talar för att generella reformer, liknande den med höjt ATB, har varit fel väg att gå för att öka besöksfrekvensen i tandvården.

Patientens efterfrågan på undersökningar är stabil över tid

Med erfarenheten från 65-plusreformen i minnet finns det skäl att tro att en ökad subvention till vissa patientgrupper riskerar att leda till en ökad efterfrågan på tandvård. Dock avsåg subventionen inom 65-plusreformen sådan tandvård som i vanliga fall är kostsam för patienten och som rimligen efterfrågas i högre grad om subventionen ökar kraftigt. På undersökningar och förebyggande tandvård har patientens efterfrågan varit relativt konstant de senaste 10 åren trots höjd statlig subvention. Detta visar inte minst 2018 års reform med höjt ATB – trots att många patienter efter reformen i princip kan få full kostnadstäckning för en basundersökning vartannat år utförs inte fler åtgärder än tidigare. Patienten, respektive tandvården, vill i regel inte mötas oftare än vad som är nödvändigt. Rädslan att få bekräftat att man har ett eftersatt behandlingsbehov kan vara ett annat skäl som får en patient att avstå från basundersökning.

Utredningen ser det sammantaget som troligt att den totala efterfrågan på, respektive utbudet av, undersökningar kommer att vara stabil även vid förändringar av befintligt stöd.

Ökat stöd inom tandhälsoplan ges främst för förebyggande tandvård

Den statliga subventionen inom tandhälsoplanen har fokus på förebyggande tandvård, information och instruktion. Utredningen har erfarit att patienternas efterfrågan av denna typ av tandvård för närvarande är låg, till stor del då man upplever åtgärderna som kostsamma eller onödiga. Den individuella tandhälsoplanen kommer att innehålla sådana moment, därtill kraftigt subventionerade. Intervention tidigt i vårdprocessen innebär en besparing i ett senare skede, resurser som i stället kan omfördelas i tandvårdssystemet. Enligt utredningen borde därför införandet av tandhälsoplan på lite längre sikt få effekten att färre reparativa behandlingar behöver utföras.

[30] TLV. 2019. *Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018.*

Bättre träffsäkerhet och teknik i tandvården

I takt med att befolkningen, och framför allt antalet äldre, snabbt ökar har tandvården redan inlett ett omfattande utvecklings- och effektiviseringsarbete att anpassa verksamheterna. Det har i flertalet sammanhang påtalats utredningen att tandvården i detta arbete ligger i framkant. Det kan till exempel röra sig om mer effektiva verktyg för att upptäcka sjukdom, behovsanpassade revisionsintervall och olika tekniska lösningar på klinikerna såsom digitala besök och digital handledning vid utförd vård. Reformen om tandhälsoplan utgår från ett synsätt som delar av tandvården redan tillämpar i dag.

Ej obetydlig kostnad av upprepade tandvårdsbesök

För att minska den negativa effekten av att tandvården inom tandhälsoplan respektive de nya statliga selektiva stöden är ”gratis”, kommer varje besök som patienten gör att kosta 200 kronor.[31] För patienter med omfattande behov kommer kostnaden ändå inte att bli obetydlig efter många tandvårdsbesök, vilket utredningen tror kommer ha en viss dämpande effekt på besöken och, som en följd, hur mycket stöd som kommer att nyttjas.

En stor grupp patienter får en något lägre statlig subvention

De typfall som utredningen presenterar i avsnitt 12.2.7 visar att de patienter som kommer få minskat stöd med utredningens förslag om tandhälsoplan är de som bedöms ha låg risk för sjukdom eller sjukdomsprogression. Utredningens kartläggningar visar att dessa patienter i dag besöker tandvården i en alltför hög utsträckning, vilket tar resurser från patienter med större behov. En annan grupp patienter som sannolikt besöker tandvården i högre utsträckning än vad som är odontologiskt motiverat är patienter mellan 20 och 23 år gamla. Dessa patienter får i dag avgiftsfri tandvård. Sammantaget kan utredningen konstatera att det till många friska patienter ges en väsentlig statlig subvention. Med reformen om tandhälsoplan till personer 20 år och äldre får de friskaste patienterna en lägre statlig subvention vilket borde ha en kostnadsdämpande effekt.

[31] Inom de selektiva stöden införs ett maxtak på 1 600 kronor i besöksavgifter.

12.3.7 Faktorer som verkar i kostnadsdrivande riktning

Utredningen ser att reformen om tandhälsoplan potentiellt innebära följande kostnadsdrivande effekter på statens utgifter för tandvård:

Fler äldre kommer medföra ökade tandvårdskostnader

En ökning av andelen äldre i befolkningen kommer på sikt att innebära en ökad efterfrågan på tandvård inom tandhälsoplan. Enligt utredningens egen kartläggning är det till exempel dubbelt så sannolikt att en person 80 år eller äldre tillhör röd riskgrupp jämfört med personer i åldrarna 35–79 år. Förvisso finns en trend mot förbättrad tandhälsa hos äldre, men fler tänder i munnen för de äldre medför även mer tandvård av dessa tänder. SCB:s befolkningsprognoser visar att antalet personer över 80 år i befolkningen kommer att öka med 15 procent fram till år 2023 (horisont för utredningens kostnadsberäkningar) och 34 procent fram till år 2026 (år för ikraftträdande). Trots ett ökat inflöde av de med de allra största tandvårdsbehoven kvarstår begränsningarna i tandvårdens kapacitet, vilket kommer att leda till ett ökat behov av prioriteringar. En effekt som utredningen ser som trolig är förlängda revisionsintervall för friska patienter.

Sänkt ekonomisk tröskel att besöka tandvården ger en ökad efterfrågan

Utredningen kan konstatera att en tiondel av befolkningen inte besökt tandvården en enda gång sedan det statliga tandvårdsstödet införandes år 2008. Det kan finnas många olika orsaker till att utebli från tandvården, men utredningen ser det som troligt att en stor andel av de som inte besöker tandvården även har en omfattande problematik. Med exempelvis en bristande betalningsförmåga uteblir patienten från tandvården under en lång tid, vilket har negativ effekt på tandhälsan. Detta är målgrupper som utredningen hoppas att tandvården når i högre utsträckning efter reformen, men en dynamisk effekt i termer av ökade utgifter för staten kan uppstå om en stor del av dessa patienter ändrar sitt besöksmönster.

Initialt ökad efterfrågan att upprätta en tandhälsoplan

Erfarenheter från införandet av det statliga tandvårdsstödet visar på att det finns en viss inkörningsperiod för patienter och vårdgivare att anpassa sig till ett nytt system. Reformen om tandhälsoplan kan få en positiv effekt på tandvårdsbesöken eftersom ett besök inom plan endast kostar 200 kronor. Troligt är att denna effekt är större för grupper av patienter som i dag upplever ekonomin som ett hinder för att besöka tandvården, men signalen av att kostnaden för ett besök inom plan är låg kan ha ett visst signalvärde som initialt ökar antalet besök, och därmed tandvårdskostnaderna, på kort sikt.

12.3.8 Effekten av fler besökare i det generella statliga tandvårdsstödet

Utöver att kostnadsberäkna föreslagna förändringar i det generella statliga tandvårdsstödet enligt två olika alternativa metoder, har utredningen även gjort en beräkning av vad effekten blir på kostnaderna om antalet besökare förändras över tid som en följd av förslagen. Det finns argument som talar för att införandet av tandhälsoplan skulle kunna innebära en dynamisk effekt med ökad besöksfrekvens inom det generella statliga tandvårdsstödet. Utredningen har uppskattat hur kostnaderna för de olika finansiärerna i tandvården skulle påverkas i en sådan situation. Beräkningen utgår från ett scenario där införandet av tandhälsoplan i stället för ATB och STB samt ett nytt selektivt statligt tandvårdsstöd för personer med särskilda tandvårdsbehov medför en ökad besöksfrekvens på totalt 5 procentenheter, från 55 procent till 60 procent. En sådan förändring innebär en ökning av antalet patienter med 8,3 procent.

I beräkningen av dynamiska effekter antas att befolkningsstruktur och tandvårdskonsumtion för de tillkommande tandvårdsbesökarna i genomsnitt är likadan som för de redan befintliga besökarna. Att 8,3 procent fler patienter besöker tandvården under ett år innebär därför att såväl offentlig subvention som patienternas egna tandvårdskostnader på helheten ökar i samma utsträckning.

Som en följd av en ökad besöksfrekvens från 55 till 60 procent beräknas statens tandvårdskostnader öka med 0,8 miljarder kronor till totalt 10,2 miljarder kronor. Regionernas kostnader väntas öka med 0,3 miljarder kronor och patienternas sammantagna kostnader med cirka 1,2 miljarder kronor till drygt 15 miljarder kronor. Det ska än en gång betonas att det endast är de nytillkomna patienterna som står för de ökade kostnaderna, och att kostnadsandelen för befintliga patienter med stöd är oförändrad.

Hur påverkas tandvårdskostnaderna av besökarnas ålder?

I beräkningen har även effekten av besökarnas ålder på tandvårdskostnaderna studerats. Dessa resultat kan ses i tabell 12.11. I beräkningen har en 10-procentig förändring i antalet patienter antagits för samtliga åldersklasser, varvid det är möjligt att se vilken patientgrupp som har störst potentiell påverkan på tandvårdskostnaderna. Störst del av den totala kostnadseffekten har besökare i åldern 65–74 år, på grund av att denna patientgrupp är relativt stor till antalet samt har ett relativt stort behov av tandvård. Kostnadseffekten av ett ökat antal unga patienter under 35 år är emellertid liten. Av tabellen framgår också att effekten på tandvårdskostnaderna per extra patient ökar med varje åldersklass upp till och med 74 år. Efter 75 års ålder minskar kostnaden per patient, delvis på grund av att det vid dessa åldrar är vanligare att ta del av särskilt tandvårdsstöd.

Tabell 12.11 Effekter på kostnader i det generella statliga tandvårdsstödet av 10-procentig förändring i antal patienter år 2023

Ålder på patienten	Del av effekt på totala tandvårdskostnader	Ökad tandvårdskostnad vid 10 000 fler patienter
24–34 år	0,9 %	27 000 000
35–44 år	1,3 %	38 000 000
45–54 år	1,7 %	42 000 000
55–64 år	2,1 %	53 000 000
65–74 år	2,3 %	63 000 000
75 år och äldre	1,8 %	50 000 000
Samtliga	**10,0 %**	**46 000 000**

Källa: FASIT och egna beräkningar.

12.4 Konsekvenser för utvecklings- och driftskostnader

Utredningens förslag om riskbedömning, införandet av tandhälsoplan samt införandet av ett nytt statligt selektivt tandvårdsstöd innebär de största förändringarna av tandvårdssystemet sedan det statliga tandvårdsstödet infördes år 2008. För att reformen ska kunna implementeras på ett bra sätt, föreslås ett successivt genomförande i flera steg under en period av cirka tre år. Därefter kommer myndigheterna ha vissa permanenta driftskostnader. För en mer detaljerad beskrivning av de olika genomförandefaserna hänvisas till kapitlen 9 och 10.

Utredningen föreslår även att vårdgivaren ska lämna uppgifter om individens tandhälsoplan samt behandlingsplan till Försäkringskassan för publicering på e-tjänsten Mina Sidor. Kostnaderna för detta utvecklingsarbete ingår i beräkningarna nedan.

12.4.1 Konsekvenser för myndigheter och regioner

Utredningen från år 2015 om ett förbättrat tandvårdsstöd gick i sitt slutbetänkande igenom de kostnader som myndigheterna haft kopplat till utvecklingsarbetet med det statliga tandvårdsstödet.[32] Genomgången visar bland annat att Försäkringskassan fick ett ökat anslag med 35 miljoner kronor under åren 2007 och 2008 för implementeringen av det statliga tandvårdsstödet. Socialstyrelsens kostnader för utveckling av tandhälsoregistret beräknades till 5 miljoner kronor år 2008. Därutöver hade myndigheten kostnader för utveckling av kvalitetsindikatorer på tandvårdsområdet.

Med utgångspunkt bland annat i dessa erfarenheter och tidigare kostnader för myndigheternas utvecklingsarbete inom det statliga tandvårdsstödet, beräknas myndigheternas utvecklingskostnader uppgå till totalt cirka 150 miljoner kronor för genomförande av reformerna om riskbedömning, tandhälsoplan, information på Mina sidor samt ett nytt statligt selektivt stöd. Utredningens bedömning är utvecklingsarbetet bör genomföras under en treårsperiod från och med år 2023 till och med år 2025. Försäkringskassan förväntas ha de högsta utvecklings- och investeringskostnaderna av myndigheterna, uppskattningsvis cirka 130 miljoner kronor totalt. Vidare uppskattas

[32] SOU 2015:76, *Ett tandvårdsstöd för alla – Fler och starkare patienter*, s.151.

utvecklings- och investeringskostnaderna för Socialstyrelsen och TLV uppgå till cirka 10 miljoner kronor vardera över treårsperioden.

Utredningens förslag till förändringar i tandvårdssystemet får konsekvenser för såväl statens som regionernas administrations- och driftskostnader. Konsekvenser för regionernas administration har kommenterats i avsnitt 12.2.10 ovan. När det gäller regionernas kostnader bedömer utredningen att den förändrade åldersgränsen för tandvård till barn och unga vuxna kan minska administrationskostnaderna något, bland annat eftersom kallelser av unga vuxna som studerar på en ort och är skriva på en annan inte behöver göras i samma utsträckning. Vidare har regionerna administrativa kostnader för de särskilda tandvårdsstöden. Sådana kostnader kan bland annat vara personalkostnader för bedömningstandläkare, IT-kostnader och andra driftskostnader för exempelvis information om tandvårdsstöden. Mot bakgrund av att dagens särskilda tandvårdsstöd i regional regi upphör och ersätts av ett statligt selektivt stöd, föreslår utredningen att resurser motsvarande merparten av regionernas administrativa kostnader för de särskilda stöden överförs till staten. Dock införs ett nytt regionalt tandvårdsstöd, tandvård i samverkan med hälso- och sjukvården, vilket motiverar att regionerna får behålla del av dagens administrativa resurser.

Från och med år 2026 beräknas de permanenta kostnaderna för administration och drift totalt uppgå till cirka 70 miljoner kronor per år (se tabell 12.1 tidigare i detta kapitel). Utredningen uppskattar att statens administrations- och driftskostnader för de nya selektiva tandvårdsstöden uppgår till 60 miljoner kronor per år. Regionerna kommer även framöver ha administrations- och driftskostnader inom det regionala stödet i samverkan med hälso- och sjukvården. Dessa kostnader beräknas till 10 miljoner kronor per år.

Utredningen uppskattar att regionernas totala administrativa kostnader för de särskilda tandvårdsstöden i dagsläget uppgår till cirka 60 miljoner kronor per år. Av dessa medel föreslår utredningen att 50 miljoner kronor överförs till staten för det nya statliga selektiva stödet och att 10 miljoner kronor kvarstår hos regionerna för administration av det nya regionala stödet tandvård i samverkan med hälso- och sjukvården. Därutöver uppstår enligt utredningens beräkningar ett mindre överskott på 10 miljoner kronor per år som en följd av andra föreslagna förändringar i tandvårdssystemet. Detta

innebär att myndigheternas och regionernas permanenta utvecklings- och driftskostnader finansieras inom befintliga budgetramar.

12.5 Finansieringsförslag

Bedömning: Kostnader för tandhälsoplan, selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård under lång tid, selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid samt utvecklings- och driftskostnader för föreslagna reformer bör 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 (regioner).

Bedömning: Ändamålet för anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner bör ändras så att även vissa utvecklingskostnader får belasta anslaget. Regeringen bör genom en uppdelning av anslaget i anslagsposter ange ramar för fördelning av anslaget på de olika delarna av det generella statliga tandvårdsstödet. Anslaget bör därför delas upp i anslagsposterna Skydd mot höga kostnader, Tandhälsoplan, Selektivt stöd samt Utvecklingskostnader samt stöd till kompetenscentrum på tandvårdsområdet.

Förslag: Med hänvisning till den kommunala finansieringsprincipen och utredningens förslag föreslår utredningen 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.

Skälen för utredningens bedömning och förslag: Den kommunala finansieringsprincipen innebär att staten inte ska ålägga kommuner och regioner nya uppgifter utan att ge dem adekvat finansiering, vilket innebär att statliga reformer varken ska vara under- eller överfinansierade. Principen gäller således i båda riktningar; om staten fattar beslut som gör att kommunal verksamhet kan utföras billigare (eller dyrare) ska de statliga bidragen enligt principen minskas (eller ökas) i motsvarande mån. Finansdepartementet har huvudansvaret

för finansieringsprincipens tillämpning, medan fackdepartementen med sakansvar har ansvar för att ta fram underlag för bedömning av kommunalekonomiska konsekvenser, och att hålla överläggningar med SKR.[33]

Med hänvisning till den kommunala finansieringsprincipen föreslår utredningen 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. Från och med år 2019 uppgår statens ekonomiska kompensation till regionerna för skyldigheten att erbjuda avgiftsfri tandvård till personer 20–23 år till knappt 0,58 miljarder kronor per år. En sänkt åldersgräns för avgiftsfri tandvård till 19 år innebär att ersättningen till regionerna upphör, resurser som kan tillföras till det statliga tandvårdsanslaget. För en redovisning av de kostnadsberäkningar som ligger till grund för den föreslagna nivån hänvisas till tidigare avsnitt i detta kapitel.

Anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner används för utgifter för statliga tandvårdsförmåner enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, enligt socialförsäkringsbalken och enligt lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken. En mindre del av anslaget får användas för utgifter för kompetenscentrum på tandvårdsområdet. Anslagsnivån revideras jämfört med anvisade medel eftersom anslaget är regelstyrt och nivån anpassas efter Försäkringskassans utgiftsprognoser för kommande år.

Utredningen har inte haft i uppdrag att analysera och värdera för- och nackdelar med den ordning som innebär att Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV beslutar om vilken tandvård som ska subventioneras, hur hög ersättningen i högkostnadsskyddet ska vara samt om referenspriser för olika tandvårdsåtgärder. Utredningen kan dock konstatera att bemyndigandet ger nämnden möjlighet att anpassa tandvårdsstödets omfattning till anvisade medel, vilken säkerställer långsiktig kostnadskontroll över statens utgifter, vilket är viktigt när omfattande subventioner kombineras med fri prissättning. Utredningens förslag om tandhälsoplan, nytt statligt selektivt stöd och en återgång till statligt tandvårdsstöd för unga vuxna mellan 20 och 23 år innebär sammantaget att statens andel av hela tand-

[33] Riksrevisionen. 2018, *RiR 2018:8 Den kommunala finansieringsprincipen – tillämpas den ändamålsenligt?*

vårdssystemet ökar. Därmed skulle också nämndens mandat och ansvar öka. Exempelvis skulle kraftigt ökade kostnader för långvarigt selektivt stöd för basal tandvård kunna föranleda ett beslut av nämnden att förändra villkoren för ersättning för åtgärder inom tandhälsoplan, eller justera beloppsgränser eller ersättningsgrader i högkostnadsskyddet. Detta skulle kunna få till följd att vissa tandvårdsstöd på sikt urholkas och dess avsedda effekt och syfte åsidosätts. Mot den bakgrunden vore det enligt utredningen ändamålsenligt att dela upp anslaget utifrån de olika delarna i tandvårdsstödet. Genom anslagsposter ges varje stöd en ekonomisk ram som indikerar stödets ambitionsnivå och avsedda omfattning. Om detta kombineras med principen att varje stöd ska bära sina egna kostnader, blir nämndens uppgift att justera ersättningens villkor så att anslagen ram för respektive stöd inte överskrids. Regeringen kan därutöver vid behov omfördela medel mellan anslagsposterna (stöden) och på detta sätt väga av resurserna till de olika delarna av det statliga tandvårdsstödet så att de sammantaget uppnår avsedda syften. Därmed delas ansvaret för kostnadskontrollen mellan regeringen och TLV:s nämnd på ett tydligare sätt än i dag.

En anslagspost bör även finnas för tandvårdens utvecklingskostnader, såväl i samband med genomförandet av föreslagna reformer som på sikt. Dessa medel bör disponeras av Socialstyrelsen och utbetalas efter beslut av regeringen. Beslut om medel på denna anslagspost bör inte omfattas av Nämndens för statligt tandvårdsstöd bemyndigande.

Anslaget 1:4 är i dag uppdelat på två anslagsposter. Anslagspost 1 Statligt tandvårdsstöd, uppgick år 2020 till 7 061 281 000 kronor och får användas för utgifter för tandvårdsförmåner enligt socialförsäkringsbalken, lagen (2010:111) om införande av socialförsäkringsbalken och lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Anslagspost Kompetenscentrum på tandvårdsområdet uppgick år 2020 till 8 500 000 kronor. Socialstyrelsen disponerar anslagsposten för ekonomiskt stöd till kompetenscentrum på tandvårdsområdet. Högst 8 000 000 kronor får utbetalas till olika kompetenscentrum. Av medlen ska Socialstyrelsen därutöver utbetala 500 000 kronor, engångsvis efter rekvisition, till Nordisk Institutt for Odontologiske Materialer (NIOM) för finansiering av Dentala Material Norden (nordisk produktdatabas för dentala biomaterial)[34].

[34] Prop. 2020/21:1, *Budgetpropositionen för 2021*, utgiftsområde 9.

För att finansiera myndigheternas utvecklingsarbete under treårsperioden 2023–2025 bör regeringen i budgetpropositionen för år 2023 föreslå en ändring av tandvårdsanslagets ändamål så att nämnda utvecklingskostnader får belasta anslaget. Utredningen bedömer att den nuvarande anslagsposten 4 Kompetenscentrum på tandvårdsområdet omformuleras till Utvecklingskostnader samt stöd till kompetenscentrum på tandvårdsområdet. Anslagsposten bör under perioden 2023–2025 uppgå till 58 500 000 kronor. Av dessa medel bör högst 50 000 000 kronor efter regeringsbeslut användas för Försäkringskassans, Socialstyrelsens eller TLV:s utvecklingskostnader med anledning av reformer på tandvårdsområdet.

De driftskostnader på cirka 60 miljoner kronor per år som utredningen har uppskattat ryms enligt utredningens finansieringsförslag inom tandvårdsanslagets ram när de nya reformerna trätt i kraft, vilket framgår av den sammanfattande tabellen tidigare i kapitlet. Medlen kan överföras till berörda myndigheters förvaltningsanslag i samband med ikraftträdandet år 2026, eller under en övergångsperiod finnas kvar på tandvårdsanslaget under anslagsposten Utvecklingskostnader och kompetenscentrum på tandvårdsområdet. Då disponeras de av Socialstyrelsen och kan rekvireras av berörda myndigheter efter beslut av regeringen.

Fördelningen av utvecklingskostnader och driftskostnader mellan myndigheterna är svår att i detalj beräkna i dagsläget och bör avgöras av regeringen inför beslut om uppdrag till myndigheterna. Dock bedömer utredningen att huvuddelen av såväl utvecklingssom driftskostnaderna kommer att belasta Försäkringskassan som med utredningens förslag får nya och utökade uppgifter. Utredningen bedömer att cirka 50 av de totalt 60 miljonerna bör tillföras Försäkringskassan. Resterande medel bör tillföras Socialstyrelsen och TLV.

Sammanfattningsvis bedömer utredningen att anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner inför reformernas ikraftträdande delas upp i anslagsposterna Skydd mot höga kostnader, Tandhälsoplan, Selektivt stöd samt Utvecklingskostnader samt stöd till kompetenscentrum på tandvårdsområdet.

12.6 Övriga konsekvensanalyser

Om förslagen i ett betänkande har betydelse för den kommunala självstyrelsen, ska konsekvenserna i det avseendet anges i betänkandet. Detsamma gäller när ett förslag har betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet, för sysselsättning och offentlig service i olika delar av landet, för små företags arbetsförutsättningar, konkurrensförmåga eller villkor i övrigt i förhållande till större företag, för jämställdheten mellan kvinnor och män eller för möjligheterna att nå de integrationspolitiska målen.

12.6.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen

Konsekvenser för regioner och kommuner av förslaget om ett nytt selektivt stöd redovisas i kapitel 10. Utredningens bedömning är att den administrativa bördan för kommuner och regioner inte kommer att öka, snarare minska, med utredningens förslag till statligt selektivt stöd för vuxna med särskilda behov. Utvecklingen av den digitala intygshantering som föreslås bör enligt utredningens bedömning kunna integreras i Intygstjänster som det SKR-, kommun- och regionägda bolaget Inera tillhandahåller. Intygstjänster består av flera tjänster som tillsammans digitaliserar hanteringen av intyg mellan vård, myndigheter och invånare.

Vidare relaterar utredningens förslag till den kommunala självstyrelsen genom att det i lagstiftning som reglerar verksamhet som regionerna ansvarar för, föreslås att vissa principer införs för hur verksamheten ska organiseras och bedrivas. Lagförslagen medför dock inget utökat åtagande i formell mening, utan är endast vägledande principer. Ytterst är det alltjämt regionen som inom ramen för den kommunala självstyrelsen ansvarar för att fatta beslut om hur tandvården ska organiseras och bedrivas. När det gäller de reformer som avser det generella statliga tandvårdsstödet påverkas regionernas utförare, folktandvården, av förändringarna. Dessa konsekvenser beskrivs utförligt i tidigare avsnitt i detta kapitel samt i viss mån i respektive förslagkapitel. Även konsekvenserna av utredningens förslag om ändrad åldersgräns för den avgiftsfria tandvården till barn och unga vuxna redovisas i tidigare kapitel. Utredningens sammantagna bedömning är att regionernas självstyrelse inte påverkas negativt

eller positivt, även om förslagen innebär förändringar av regionernas och, till viss del, kommunerna offentliga åtagande på tandvårdsområdet.

12.6.2 Konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet

Utredningens förslag om ett nationellt riskbedömningssystem samt tandhälsoplan som omfattar undersökningar och viss förebyggande behandling till en patientavgift om 200 kronor bygger på ett digitalt och automatiserat inrapporteringssystem. Målsättningen är att de värden som riskbedömningen genererar automatiskt överförs till Försäkringskassan och ligger till grund för beslut om tandhälsoplan samt vid tillämpning även ersättning till vårdgivaren. Själva riskbedömningen planeras även till största del vara automatiskt genererad utifrån patientens statusuppgifter om tandhälsan. Det är endast ett begränsat antal åtgärder som kan ingå i en tandhälsoplan och vårdgivaren får inte ta ett högre patientpris än 200 kronor. Risken för ökad brottslighet som innebär att vårdgivare avsiktligt manipulerar systemet för ekonomisk vinning är därför enligt utredningens bedömning liten. Utredningen föreslår att Försäkringskassan ska ges möjlighet kontrollera att tandhälsoplan upprättats och delgivits patienten. Likväl föreslås att Försäkringskassan ska kontrollera att de patienter som ska få en mer omfattande behandling verkligen får ett skriftligt behandlingsförslag i enlighet med förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd. Dessa förslag förbättrar möjligheterna till uppföljning av att regelverket följs och kostnadskontroll. Försäkringskassan studerar i dag mönster för utbetalda ersättningar och kan på detta sätt identifiera och kontrollera vårdgivare som markant avviker i något avseende. I och med det att det nya selektiva tandvårdsstödet till stor del kommer att administreras av Försäkringskassan, skapar detta förutsättningar för att IVO ska kunna göra en riskbaserad och adekvat tillsyn av denna vård. Denna kontrollverksamhet tillsammans med IVO:s tillsyn samt rättsvårdande myndigheters verksamhet ger sammantaget goda förutsättningar för att motverka den ekonomiska brottsligheten inom tandvårdssystemet.

12.6.3 Konsekvenser för sysselsättning och service i olika delar av landet

Utredningens förslag om att en region ska organisera folktandvården så att vården kan ges nära befolkningen samt att vården får koncentreras geografiskt om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, innebär styrande principer för var och hur tandvård ska ges. Som framgår av förslagskapitlen gör utredningen bedömningen att tandvården, i högre grad än vad som sker i dag, behöver anpassa sin verksamhet till olika patientgruppers skiftande behov. Vissa patientgruppers behov kan behöva mötas med mobila kliniker, tandvård i hemmet och andra koncept där tandvård ges nära patienten, medan andra patientgrupper som har förutsättningar för detta kan behöva resa längre för planerade tandvårdsbesök. Om konsekvensen av ökad tillämpning av den föreslagna principen blir färre folktandvårdskliniker, kan detta påverka sysselsättning och service i framför allt glesbefolkade kommuner. Dock är det utredningens bedömning att det främst handlar om viss koncentration av verksamheten inom ett län, inte mellan län eller delar av landet. Det är i dessa fall en koncentration föranledd av brist på framför allt personella resurser.

Övriga förslag som syftar till ökad behovsstyrning och resurseffektivitet bör sammantaget kunna motverka över- respektive underetablering och förbättra förutsättningarna för en jämnare fördelning av tandvårdens resurser över landet. Mot den bakgrunden bör konsekvenserna för sysselsättning och service i olika delar av landet inte blir negativa. För en närmare analys av konsekvenser av utredningens förslag hänvisas till respektive kapitel.

12.6.4 Konsekvenser för små företag

Ungefär 2 000 privata vårdgivare var verksamma i tandvården år 2018, och dessa hade tillsammans omkring 3 550 mottagningar över landet. Av de privata mottagningarna har 54 procent endast en anställd, 90 procent har upp till 3 anställda. Dessa siffror illustrerar att den privata tandvården domineras av ett stort antal små företag. Dessa företag påverkas av flera av utredningens förslag.

Förslaget om att de åtgärder som ingår i tandhälsoplanen ska erbjudas till 200 kronor innebär en prisreglering av en del av företagens marknad. Hur reformen i allmänhet och prisregleringen i synnerhet

påverkar företagens lönsamhet och förutsättningar i övrigt, beror på dess inverkan på exempelvis besöksmönster och patientflöden. Även om en prisreglering kan påverka företagens lönsamhet negativt på dessa åtgärder, innebär tandhälsoplanerna också en möjlighet att erbjuda en undersökning till låg kostnad och därmed kunna knyta patienter till sig och även erbjuda annan tandvård än den som ingår i tandhälsoplanen.

Förslaget om riskbedömning enligt en nationell modell, kan initialt innebära viss ökad administrativ börda. Till övervägande del uppskattas riskbedömningen kräva uppgifter som vårdgivaren redan har en skyldighet att journalföra enligt patientdatalagen. Därtill kommer skriftlig information om patientens tandhälsa och egenvård i patientens tandhälsoplan, uppgifter som redan i dag ska noteras i patientens undersökningsprotokoll. Utredningens bedömning är att förslagen kommer att innebära vissa ökade initiala kostnader för administration och implementering, men att det nya systemet på sikt kommer att vara kostnadseffektivt och underlätta i den kliniska verksamheten.

Utredningens förslag att unga vuxna mellan 20 och 23 år ska omfattas av det generella statliga tandvårdsstödet innebär att patientunderlaget på den del av tandvårdsmarknaden där fri prissättning råder ökar med nästan 500 000 personer, vilket motsvarar en ökning på 6 procent. Detta är en förändring som utredningen bedömer bör påverka de små tandvårdsföretagen positivt.

Fördjupade analyser av konsekvenserna av utredningens förslag för privata vårdgivare redovisas både tidigare avsnitt i detta kapitel och i respektive förslagskapitel.

12.6.5 Konsekvensen för jämställdheten mellan kvinnor och män

Utredningens förslag om tandhälsoplan för undersökning och viss förebyggande behandling baserad på individuell riskbedömning väntas i stort påverka besöksmönstret i tandvården på så sätt att personer med en låg sjukdomsrisk besöker tandvården mer sällan och personer med högre risk något oftare (se kapitel 9 Vuxna utan särskilda behov). Statistiken över besök i tandvården visar genomgående att något fler kvinnor än män besöker tandvården samt att män är överrepresenterade bland de som endast gör akutbesök och de som avstår

att besöka tandvården. År 2019 var andelen kvinnor som besökte tandvården 59 procent. Andelen män som besökte tandvården samma år var 52 procent. Detta mönster är tydligt och gäller oavsett ålder. Sammantaget är kön en faktor som till viss del avgör benägenheten att gå på en undersökning. Kvinnor går på en undersökning i högre utsträckning än vad som var väntat givet deras tandhälsa och detta mönster återkommer i nästan alla de studerade åldersgrupperna. För män är förhållandet det motsatta. Ålder har viss betydelse, och då i sammanhanget att unga kvinnor går på undersökning mer än förväntat och män i vissa åldrar undersöker sig klart mindre än förväntat givet den genomsnittliga tandhälsan i respektive grupp. Kvinnor har också generellt sett bättre tandhälsa än män. Den tydligare behovsstyrning av ersättning för undersökningar och förebyggande besök som utredningens förslag innebär, antas leda till att skillnaderna i besöksmönster avseende revisionsundersökningar mellan kvinnor och män kommer att minska, framför allt genom att kvinnor kommer att besöka tandvården mer sällan och män oftare. I det avseendet bedöms förslaget ge en positiv effekt på jämställdheten mellan kvinnor och män.

Tandläkaryrket har historiskt sett varit mansdominerat, men sedan början av 2000-talet har det varje år varit fler kvinnor än män som slutför en tandläkarutbildning. De senaste åren har skillnaden mellan könen varit stor och år 2018 utfärdades dubbelt så många tandläkarexamina till kvinnor som till män. Tandhygienistutbildningarna är fortsatt starkt kvinnodominerade, men könsfördelningen har de senare åren varit något jämnare. Trots detta utfärdades hela 89 procent av alla tandhygienistexamina år 2018 till kvinnor. Utredningen kan konstatera att förslaget om tandhälsoplaner för förebyggande tandvård samt förslaget om ökad resurseffektivitet inte kommer att ha någon direkt påverkan på utbildningarnas dimensionering. Det är sannolikt att förslagen kommer att leda till en ökad efterfrågan på tandhygienister. Givet att könsfördelningen i de olika yrkesgrupperna i huvudsak består, kan förslagen därmed leda till en ökning av andelen kvinnor i tandvårdsyrkena totalt sett. Jämställdhet mellan kvinnor och män i betydelsen en yrkeskår med jämn könsfördelning gynnas således inte av utredningens förslag.

12.6.6 EU-rättsliga konsekvenser

Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård, omfattar även tandvård.[35] Hälso- och sjukvård ingår även i den bredare ramen av tjänster av allmänt intresse.[36] Enligt direktivet ska en medlemsstat se till att de kostnader som uppstått för en försäkrad person som mottagit gränsöverskridande hälso- och sjukvård ersätts, om vården i fråga hör till de förmåner som den försäkrade personen skulle haft rätt till i försäkringsmedlemsstaten. Medlemsstaternas ansvar för att fastställa socialförsäkringsförmåner som avser hälso- och sjukvård samt organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård och socialförsäkringsförmåner respekteras. Patientrörlighetsdirektivet implementeras i Sverige genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, nedan benämnd ersättningslagen. Tandvård som berättigar till stöd enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska, om den utförs i ett annat land inom ESS, ersättas till ett belopp som motsvarar vad Försäkringskassan skulle ha betalat ut om tandvården tillhandahållits i Sverige.[37]

Vad gäller sådan tandvård som i dag utförs inom regionernas särskilda tandvårdsstöd i enlighet med tandvårdsförordningen (1998:1338) ska ersättningen bestämmas till ett belopp som motsvarar den vårdkostnad som skulle ha uppkommit om vården hade tillhandahållits i Sverige, efter avdrag för patientavgift.[38] Kostnaderna för vården kan bestämmas med utgångspunkt i folktandvårdens prislista.[39] I förarbetena till ersättningslagen lyfts att de svenska vårdförmånerna har vissa begränsningar. En sådan är hemregionens rätt att ställa krav på förhandsprövning innan behandlingen påbörjas inom regionernas särskilda tandvårdsstöd i enlighet med 10 § tandvårdsförordningen. I förhandsprövningen avgörs patientens behov och i så fall lämplig åtgärd. Förhandsprövningen är en förutsättning för att tandvården

[35] Prop. 2012/13:150, *Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning* samt Ds 2015:52, *Patientrörlighet inom EES – kompletterande förslag för tandvården.*
[36] Direktivets skäl 3.
[37] 10 § lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.
[38] 7 § lagen om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.
[39] Prop. 2012/13:150, *Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning.*

ska bekostas av regionen.[40] Av artikel 7.7 i direktivet följer att en medlemsstat får kräva att regler som gäller nationellt för att få vård och ersättning även ska gälla vid gränsöverskridande vård. Detta framgår även av 5 § ersättningslagen genom punkt 3.

Utredningen lämnar i detta betänkande förslag om att införa ett särskilt myndighetsbeslut om

– vilken tandhälsoplan som en person behöver baserat patientens risk att utveckla oralt sjukdomstillstånd, eller för progression av befintligt oralt sjukdomstillstånd,
– tillhörighet till ett selektivt tandvårdsstöd för personer med särskilda behov.

Utredningens bedömning är att dessa förslag inte begränsar möjligheten till att få ersättning för gränsöverskridande tandvård. Grunden för bedömningen är följande:

Dessa beslut är en förutsättning för att fastställa vilket tandvårdsstöd som en person är berättigad till på nationell nivå. Beslutet är transparent eftersom bedömningen grundas i nationell lagstiftnings objektiva och icke diskriminerande kriterier och beslutet är möjligt att överpröva förvaltningsrättsligt. En tillämpning av behovs- och solidaritetsprincipen på det sätt utredningen föreslår tar hänsyn till allmänintresset av en god folkhälsa där samhälleliga resurser läggs där de förutsätts göra mest nytta. Den som har ett större behov ges möjlighet till mer subventionerat tandvårdsstöd än den med ett mindre behov. Härigenom begränsas även samhällets totala kostnader för tandvård.

För att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om tandhälsoplan krävs att en vårdgivare som är ansluten till det statliga tandvårdsstödet gör en bedömning av vissa riskkriterier som därefter skickas via IT-systemet till Försäkringskassan som underlag till ett automatiserat beslut.

När det gäller beslut om tillhörighet till föreslaget statligt selektivt tandvårdsstöd bidrar hälso- och sjukvården, alternativt kommunal omsorgsverksamhet, med intyg avseende funktionsnedsättning alternativt stora omvårdnadsbehov hos personen. Även tandvården bidrar med bedömning av förutsättningar att bibehålla tandhälsa och

[40] Ibid.

utföra tandvård. Med dessa intyg som grund fattar Försäkringskassan ett beslut om tillhörighet.

När beslutet är fattat av Försäkringskassan avseende tandhälsoplan eller selektivt tandvårdsstöd kan personen likväl få den behandling som behövs utomlands enligt samma regelverk som en person som utför sin tandvård i Sverige.

Om en person väljer att inte ansöka om ett beslut om tandhälsoplan, eller för den del selektivt tandvårdsstöd, tillämpas det generella statliga tandvårdsstödet för personen. Detta gäller vare sig behandling sker i landet eller i annan medlemsstat. En försäkrad person som ansöker om ersättning för kostnader för gränsöverskridande tandvård behöver således uppfylla samma villkor och kriterier för att få ersättning samt samma administrativa formaliteter som krävs om tandvården i stället ges på en nationell mottagning. Därför gör utredningen bedömningen att förslagen uppfyller ställda krav och principer i enlighet med såväl ersättningslagen som patientrörlighetsdirektivet.

12.6.7 Konsekvenser för att nå det integrationspolitiska målet

Målet för integrationspolitiken är lika rättigheter, skyldigheter och möjligheter för alla oavsett etnisk och kulturell bakgrund (prop. 2008/09:1 utg.omr. 13 bet. 2008/09:AU1, rskr. 2008/09:115). Målet är relevant för utredningens uppdrag både utifrån ett patient- och ett personalperspektiv. Som framgår av utredningens bakgrundsbeskrivning besöker personer med utländsk bakgrund tandvården mer sällan än personer födda i Sverige och har också sämre tandhälsa. Personer med utländsk bakgrund gör även fler akutbesök. I dialoger med företrädare för tandvården under utredningsarbetet har återkommande beskrivits att personer födda i länder där tandvården inte i samma utsträckning som i Sverige arbetar förebyggande, tenderar att oftare besöka tandvården endast när besvär uppstår. Kunskapen om och förståelsen för vikten av förebyggande undersökningar kan vara bristfällig och det kan finnas en oro bland dessa patienter att tandvårdsbesöket inte behövs och kommer att innebära höga kostnader.

När det gäller personalen i tandvården bedöms utredningens förslag bidra till en fortsatt stark efterfrågan på utbildad och legitimerad tandvårdspersonal. Tandvården erbjuder därigenom goda möjligheter för personer med en utländsk examen att, efter validering, arbeta i yrket och för personer med utländsk bakgrund att utbilda sig inom något av tandvårdsyrkena och därefter arbeta i tandvården. Utredningens sammanvägda bedömning är att förslagen kommer att kunna bidra till det integrationspolitiska målet.

13 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser

13.1 Ikraftträdande

Förslag: Lagändringarna om den etiska plattformen för tandvården med behovs-, soliditetsprincipen, människovärdesprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen, att tandvården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, tydliggörande av vårdgivarens informationsansvar mot patienten, regler om folktandvårdens organisering, regionens ansvar samt om vårdgivares samverkan med regionen ska träda i kraft den 1 januari 2023.

Lagändringarna om införande av tandhälsoplaner, sänkt åldersgräns för barn- och ungdomstandvård, införande av ett statligt selektivt tandvårdsstöd kompletterat av ett regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården ska träda i kraft den 15 januari 2026.

Skälen för utredningens förslag: Utredningens bedömning är att de förslag i tandvårdslagen (1985:125) som ska medföra att tandvårdssystemet uppfattas som mer förutsägbarhet samt göra tandvårdssystemet mer resurseffektivt och jämlikt bör införas så snart som det bedöms vara praktiskt genomförbart.

Förslaget om tandhälsoplaner inom statligt tandvårdsstöd för vuxna behöver en längre period av förberedelse. Det är utredningens bedömning att tidplanen fram till 2026 är knapp, men möjlig att realisera. För dess olika steg se avsnitt 9.2.3.

Utredningen har valt att förlägga återförandet av den tidigare gällande åldersgränsen för barn- och ungdomstandvård till dess att tandhälsoplanerna införs inom det statliga tandvårdsstödet. Tandhälsoplanen medför att tandvårdsbehovet hos de unga patienterna

mellan 20 och 23 år tillgodoses genom fortsatt förebyggande tandvård inom ett för individen anpassat intervall till en låg kostnad. För övrig tandvård kompletteras tandhälsoplan med högkostnadsskyddet inom det statliga tandvårdsstödet såsom för övriga vuxna.

Förslaget om selektivt tandvårdsstöd inom det statliga tandvårdsstödet och ett nytt kompletterande regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov behöver en längre period av förberedelse. Även här är det utredningens bedömning att fem år är den tid som kommer att behövas för att ta fram kunskapsunderlag, IT-stöd och föreskrifter. För dess införande se avsnitt 10.5.4.

Valet av datum för ikraftträdande, 15 januari, är valt eftersom överenskommelse tidigare utförts mellan regionerna, Sveriges folktandvårdsförening, Privattandläkarna, Försäkringskassan, tandvårdens journalleverantörer och TLV om att detta datum föredras framför 1 januari vid omfattande regelförändringar som kräver programmering i såväl journalsystemen som hos Försäkringskassan.

13.2 Övergångsbestämmelser

Förslag om ändrad ålder för barn- och ungdomstandvård: För patienter som efter ikraftträdandet i stället ska omfattas av statligt tandvårdsstöd krävs övergångsregler:

- För planerad behandling som påbörjats före ikraftträdandet av sänkt åldersgräns för barn- och ungdomstandvård ska äldre ersättningsbestämmelser gälla till och med 31 december 2028.
- Om behandling beslutats före ikraftträdandet av sänkt åldersgräns för barn- och ungdomstandvård men inte påbörjats på grund av kapacitetsbrist gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandling slutförts.

Förslag om att ATB och STB upphör: Inga övergångsbestämmelser föreslås för sparade allmänna tandvårdsbidrag inom det statliga tandvårdsstödet. Inte heller föreslås några övergångsbestämmelser för upphörande av särskilt tandvårdsbidrag.

Förslag om nytt selektivt tandvårdsstöd samt att dagens regionala särskilda tandvårdsstöd upphör att gälla: Särskilda övergångsregler föreslås för patienter som i dag är berättigande till regionens särskilda tandvårdsstöd och som enligt förslaget framgent ska omfattas av selektivt statligt tandvårdsstöd. Patienter som före datum för ikraftträdande ges

- Nödvändig tandvård på grund av varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser ges automatiskt tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid. De tandvårdsåtgärder som påbörjats före ikraftträdandet och sådana behandlingar som förhandsprövats och tillstyrkts av regionen före ikraftträdandet utförs inom nödvändig tandvård till dess behandling är slutförd, dock senast före 31 december 2028.
- Nödvändig tandvård på grund av att de omfattas av LSS, alternativt ges tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, ges automatiskt tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid, till och med 31 december 2028. Försäkringskassan ska därefter ha fattat beslut om patienterna även fortsatt uppfyller kriterier för tillhörighet. De tandvårdsåtgärder som påbörjats före ikraftträdandet och sådana behandlingar som förhandsprövats och tillstyrkts av regionen före ikraftträdandet utförs inom regionalt särskilt tandvårdsstöd till dess behandling är slutförd, dock senast 31 december 2028.
- Tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling, tandvård för extremt tandvårdsrädda eller ges utbyte av fyllningar, får sin tillstyrkta tandvårdsbehandling inom regionalt särskilt tandvårdsstöd tills dess behandling är slutförd.
- Behandling med oralkirurgiska åtgärder får detta inom regionalt särskilt tandvårdsstöd till dess behandlingen är slutförd, dock längst till och med 31 december 2028.

Regionerna ska till Försäkringskassan lämna de uppgifter som krävs för att identifiera de patienter som ska ges automatisk tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård inom det statliga tandvårdsstödet.

13.2.1 Sänkt åldersgräns för barn- och ungdomstandvård

Skälen för utredningens förslag: Vanligen slutförs en påbörjad tandvårdsåtgärd i samband med tandvårdsbesöket och någon övergångsregel behövs inte för dessa tandvårdsåtgärder i och med att åldersgränsen sänks den 1 januari 2026. Övergångsbestämmelser föreslås dock, avseende patienter som efter ikraftträdandet i stället ska omfattas av statligt tandvårdsstöd, för sådana tandvårdsåtgärder som tar tid att slutföra och som endast hinner påbörjas inom den avgiftsfria tandvården för barn- och unga före lagen träder i kraft. Dessa föreslås slutföras enligt äldre bestämmelser för ersättning i tandvårdslagen (1985:125). Det kan dels vara en tandvårdsbehandling som omfattar många steg genom att den kräver flera besök och behandlingsmoment innan behandlingen är avslutad. Det kan även vara en behandling som kräver en viss behandlingstid innan den slutförs. Ett vanligt exempel på detta är tandreglering, ortodonti, som pågår under ett, eller ett antal, år. Det är utredningens bedömning att en behandling ska slutföras inom det ersättningssystem där den påbörjades. De ekonomiska förutsättningarna bör inte ändras under behandlingen. Risk finns annars att patienten inte har råd att slutföra denna.

Det har kommit till utredningens kännedom att vissa regioner har långa vårdköer för bland annat ortodonti. Detta medför att den unga patienten har fått ett beslut om att vårdbehovet är tillräckligt stort för att omfattas av den avgiftsfria tandvården för barn och unga, vilket kan likställas med en godkänd förhandsprövning, men behandlingen kan inte påbörjas på grund av regional kapacitetsbrist. Det är utredningens bedömning att patienten i detta fall inte kan lastas för att behandlingen inte kommer till stånd och att behandlingen, när denna så småningom möjliggörs ska ges inom den avgiftsfria tandvården för barn- och unga. Någon bortre gräns för övergångsregeln föreslås inte.

13.2.2 Allmänt tandvårdsbidrag upphör

Utredningen gör bedömningen att det inte behövs någon övergångsregel i samband med att det allmänna tandvårdsbidraget upphör till förmån för tandhälsoplanerna inom det statliga tandvårdsstödet. Anledningarna till detta är flera. Utredningen har till uppdrag att ta fram förslag till ett mer jämlikt tandvårdssystem. Det är utred-

ningens bedömning att för flertalet patienter kommer förändringen innebära en mer fördelaktig kostnadsbild för den förebyggande tandvården jämfört tidigare system med ATB. Bidraget infördes som ett medel för att stimulera återkommande förebyggande tandvård. Unga patienter har i dag en jämförelsevis god tandhälsa och kan omfattas av två sparade ATB på 1 200 kronor, vilket är mer än vad de, som friska, kan förbruka vid ett individuellt anpassat revisionsintervall inom tandvården. Dessa oförbrukade medel bör i stället komma de patienter till godo som har stora behov av förebyggande återkommande tandvård inom tandhälsoplan. På så sätt blir tandvårdssystemet mer jämlikt och behovsanpassat. ATB är för flertalet patienter ett okänt bidrag. Det uppgår även till ett mindre belopp om maximalt 600 kronor efter två år för flertalet vuxna patienter. För Försäkringskassan som administrerar det statliga tandvårdsstödet blir det teknisk komplicerat med parallella system under en övergångsperiod. Frågan kan även ställas om vissa patienter under en övergångsperiod ska få förmånen att såväl ha ATB innestående och samtidigt få tandhälsoplan till patientavgift. Mot detta kan föras att ATB även kan nyttjas till annan tandvård än förebyggande sådan och att bidraget kan vara ett viktigt tillskott för den med små ekonomiska resurser för tandvård. Är tandhälsan dålig är dock sannolikheten att ATB inte redan nyttjats som delbetalning liten. En undersökning kommer inom tandhälsoplan att ges till en patientavgift i linje med hälso- och sjukvårdens kostnad för ett primärvårdsbesök, vilket ger en lägre kostnad för flertalet patienter jämfört nuvarande situation med ATB. Detta eftersom undersökningen, som vanligen delvis finansieras med ATB, brukar inträda i början av en ny ersättningsperiod. Någon möjlighet till tandvårdsersättning ges därför inte när den totala kostnaden understiger nedre karensgränsen på 3 000 kronor.

13.2.3 Särskilt tandvårdsbidrag upphör

Utredningen gör även bedömningen att det inte behövs någon övergångsregel i samband med att det särskilda tandvårdsbidraget (STB) upphör till förmån för tandhälsoplanerna inom det statliga tandvårdsstödet. STB kan endast användas för förebyggande tandvård. Personer som i dag ges möjlighet till STB kommer att omhändertas i en tandhälsoplan som är anpassad efter deras risknivå genom att även

inkludera allmänmedicinska kriterier i riskbedömningen. Har personen hög risk ges mer förebyggande tandvård än om patienten har en låg risk beroende på sin allmänsjukdom eller sitt tillstånd. Personer som tidigare hade behövt STB men inte varit berättigade kommer även de att ges förebyggande behandling inom tandhälsoplan. Vissa patienter med STB kommer i stället att ges selektivt tandvårdsstöd.

13.2.4 Övergång från regionalt särskilt tandvårdsstöd till statligt selektivt stöd

De övergångsregler som nedan beskrivs och som innebär att patienten kvarstår i regionens särskilda tandvårdsstöd för pågående behandlingar innebär i förlängningen även att en övergångsregel krävs för att dessa behandlingar ska fortsätta att omfattas av vårdavgifter som avser öppen vård enligt 17 kap. 6 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

Personer som i dag är berättigade till långvarigt särskilt stöd

I samband med införandet av ett selektivt stöd för basal tandvård under lång tid ska 8 a § tandvårdslagen (1985:125) samt tandvårdsförordningen (1998:1338) upphöra att gälla och därigenom även de mer stadigvarande regionala särskilda stöden för nödvändig tandvård och tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning.

Övergångsregler som löper över tre år från ikraftträdandet föreslås generellt för behandlingar som påbörjats inom regionalt tandvårdsstöd innan ikraftträdandet. Vanligen krävs inom särskilt tandvårdsstöd att ett behandlingsförslag prövas av regionen innan behandlingen påbörjas. Men dels kan regionen beslutat att förhandsprövning inte krävs för viss behandling, dels ställer tandvårdsförordningen vad avser nödvändig tandvård endast krav på förhandsprövning vid protetisk behandling.[1] Övergångsregler föreslås därför både för sådan tandvårdsåtgärd som påbörjats före ikraftträdandet där förhandsprövning inte krävs, samt för sådana behandlingar som förhandsprövats och tillstyrkts före ikraftträdandet. Dessa behandlingar ska utförs i enlighet med äldre ersättningsregler enligt 3 a, 9 och 10 §§

[1] 10 § tandvårdsförordningen.

tandvårdsförordningen till dess behandlingen är slutförd. En yttersta gräns föreslås för övergångsregeln kring dessa behandlingar till och med den 31 december 2028.

Utredningen ser att det är väsentligt att de patienter som i dag antingen omfattas av nödvändig tandvård, alternativ tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning ska få en smidig övergång till det nya selektiva stödet för basal tandvård. Övergångsregler som löper över tre år från ikraftträdandet föreslås generellt kring framtida tillhörighet till selektivt stöd för de personer som i dag har tillhörighet till nödvändig tandvård på grund av att de omfattas av LSS, enligt 8 a § första stycket 1 tandvårdslagen (1985:125), alternativt tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, enligt 3 a § tandvårdsförordningen. Dessa personer föreslås automatiskt ges tillhörighet till statligt stöd för basal tandvård, 2 kap. 7 § andra stycket 2 lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, till och med utgången av år 2028 för de nya behandlingar som påbörjas och som därmed inte omfattas av andra övergångsregler. Försäkringskassan bör härigenom ges bättre förutsättningar att pröva en fortsatt tillhörighet för dessa drygt 60 000 personer som berörs innan utgången av år 2028. Patienten behöver efter förfrågan från Försäkringskassan antingen komplettera med intyg om omfattande vård- och omsorgsbehov från kommunal verksamhet, alternativt intyg om långvarigt nedsatt funktion av viss omfattning och ICD-10-diagnos från hälso- och sjukvården kompletterat med en bedömning av tandvården. Bedömningen inom tandvården sker inom det selektiva stödet till patientavgift.

För de 115 000 personer som i dag har tillhörighet till nödvändig tandvård på grund av varaktigt omfattande vård- och omsorgsinsatser, enligt 8 a § första stycket 2 tandvårdslagen, bedömer utredningen att det inte finns skäl att på nytt pröva tillhörighet efter en övergångsperiod. Utredningen föreslår att dessa automatiskt tillförs till stödet för basal tandvård enligt 2 kap. 7 § andra stycket 2 lagen om statligt tandvårdsstöd, med beslut som löper tills vidare. Det statliga selektiva stödet omhändertar nya behandlingsbehov som påbörjas från datum för ikraftträdande 2026-01-15.

Uppgiftsskyldighet för regionen inför övergång till nytt långvarigt stöd

För att möjliggöra ett övergångsförfarande från regionalt till statligt tandvårdsstöd krävs uppgifter från respektive region till Försäkringskassan om berörda patienter. Att lämna ut personuppgifter om att en viss person har rätt till ökat stöd från samhället för att möjliggöra att detta ska fortsätta får förutsättas vara i personens intresse och till gagn för personen. I annat fall står personen vid det nya stödets ikraftträdande utan särskilt stöd för sina kommande tandvårdsbehov utan en förnyad ansökan. Eftersom patienterna till del har nedsatt funktion av fysisk, psykisk eller kognitiv natur ser utredningen det som en fördel ifall övergången kan ske smidigt. Försäkringskassan behöver få en förteckning med namn och personnummer på respektive person ifrån personens hemmavarande region, samt uppgift ifall regionalt stöd inom nödvändig tandvård tidigare beviljats på grund av 8 a § första stycket punkt 1 eller 2 tandvårdslagen, alternativt 3 a § tandvårdsförordningen. Uppgiften om att personen har regionens särskilda stöd angränsar dock till sådan uppgift som omfattar en enskilds hälsotillstånd enligt 25 kap. 1 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Enligt denna regel råder omvänt skaderekvisit vilket innebär en presumtion för sekretess, om det inte står klart att uppgiften kan lämnas ut utan att personen, eller hens närstående, lider men. Ett utlämnande från regionen till Försäkringskassan torde kunna ske med hög säkerhet och det är i personens intresse att få fortsatt subventionerad tandvård.

Det kan dock ändå finnas skäl till att en uppgiftsskyldighet förs in i tandvårdsförordningen. Detta för att tillse att uppgiften om vilka som ska ges en temporär rätt på tre år, alternativt automatiskt rätt tills vidare, till selektivt stöd för basal tandvård kommer Försäkringskassan till handa i så god tid att detta hinner föras in i socialförsäkringsdatabasen till ikraftträdandet av det nya stödet.

De som i dag inte har tillhörighet inom regionens särskilda tandvårdsstöd prövas in direkt i det nya stödet efter ikraftträdandet.

Patienter som i dag är berättigade till stöd för en viss behandling

Utredningen ser att övergångsregler behövs för patienter som i dag är berättigade till regionalt särskilt stöd och som har påbörjat en viss behandling inom tandvårdsförordningens

1. oralkirurgiska åtgärder 2 §,
2. tandvård som ett led i sjukdomsbehandling 3 §,
3. tandvård för extremt tandvårdsrädda personer 4, 5 §§,
4. utbyte av tandfyllningar 6, 7 §§.

Tandvårdsförordningen ställer inget krav på prövning före behandling av oralkirurgisk åtgärd. Innan en vårdgivare inleder en behandling enligt övriga stöd ska en prövning av behandlingsförslaget ske av regionen där patienten är bosatt, om landstinget inte beslutat att en sådan förhandsprövning inte krävs för viss typ av behandling.

Utredningen föreslår en övergångsregel som innebär att patienter som påbörjat en sådan oralkirurgisk behandling som avses i 2 § tandvårdsförordningen, före 15 januari 2026, gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandlingen är slutförd. Dock längst till och med 31 december 2028. För de käkkirurgiska behandlingar som kvarstår hos regionen enligt förslaget om regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården innebär övergångsregeln ingen större förändring eftersom behandlingen kvarstår inom regional regi. Övergångsreglerna tar därmed främst sikte på patienter som enligt förslaget i stället skulle omfattas av stöd för viss behandling under viss tid inom det statliga tandvårdsstödet, exempelvis ortognat kirurgi, utredning och behandling av smärttillstånd eller oralmedicinska tillstånd, för att dessa inte ska behöva byta tandvårdsstöd med annan huvudman under pågående behandling.

För patienter som i dag ges möjlighet till regionalt särskilt stöd för tandvård som ett led i en sjukdomsbehandling enligt 3 §, tandvård för extremt tandvårdsrädda personer enligt 4, 5 §§ samt utbyte av fyllningar enligt 6, 7 §§ tandvårdsförordningen föreslås övergångsregler avseende den tandvårdsbehandling som tillstyrkts av regionen före ikraftträdandet. För sådan behandling gäller äldre ersättningsbestämmelser till dess behandlingen är slutförd. Även bland dessa behandlingar finns det tandvård som kommer att kvarstå i regional regi som en del av förslaget om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården och där övergångsregeln blir av mindre betydelse. Någon yttersta tidsgräns föreslås inte.

14 Författningskommentar

14.1 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

2 §

Paragrafen innehåller i sitt första stycke mål för tandvården, vilka är oförändrade sedan lagens införande.

Med *andra stycket*, som är nytt, införs etiska principer för prioritering inom tandvården genom människovärdesprincipen och behovs-, solidaritetsprincipen. Stycket motsvarar vad som sedan tidigare gäller för övrig hälso- och sjukvård genom 3 kap. 1 HSL (se vidare prop. 1996/97:60). Som en följd av ändringarna i paragrafen ändras även rubriken närmast före paragrafen. Överväganden till stycket finns i avsnitt 7.4.1.

3 §

I paragrafen anges krav på tandvården om hur vården ska bedrivas för att uppfylla kravet på en god tandvård.

Ändring utförs i *första stycket, första punkten,* genom ett tillägg om att tandvården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Kravet att vården ska kunna bedrivas så att det uppfyller kravet på vetenskap och beprövad erfarenhet är tidigare lyft i förarbeten i relation till denna paragraf (prop. 1984/85:79 s. 58.). Tillägget i första stycket motsvarar vad som sedan tidigare gäller för övrig hälso- och sjukvård enligt 1 kap. 7 § patientlagen (2014:821), en lagstiftning som inte omfattar tandvård (prop. 1984/85:79). Bestämmelser om att hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet framgår även av 6 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659), (prop. 2009/10:210).

Patientsäkerhetslagen omfattar även tandvård. Ändringen innebär att begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet även återfinns i tandvårdslagen. Patientsäkerhetslagens paragraf reglerar hälso- och sjukvårdspersonalens allmänna skyldigheter samt vad dessa ska göra i sin yrkesutövning. Tillägget i tandvårdslagen reglerar vilken tandvård som ska bedrivas och gäller för såväl offentliga som privata vårdgivare och behandlare inom tandvården såsom en målinriktad ramlag. Tillägget kan således få betydelse för exempelvis en regions vårdriktlinjer för tandvård till barn och unga vuxna avseende revisionsintervall eller populationsinriktade förebyggande insatser. För tidigare överväganden om dubbelreglering avseende hälso- och sjukvården se prop. 2013/14:106 s. 43 f.

Nuvarande *första punkten* omfattar såväl krav på hur tandvården ska utföras, som krav på vad som ska ges en särskild uppmärksamhet. Kravet att tandvården ska lägga särskild vikt vid förebyggande åtgärder införs som *andra punkten*, varefter omnumrering sker av nuvarande punkt 2–5. Att förebyggande åtgärder lyfts som en egen punkt innebär ingen ändring i sak.

Överväganden till första stycket finns i avsnitt 7.4.4.

Nuvarande *andra stycket* om att akuta fall ska behandlas med förtur utgår. Vid lagens införande år 1986 återfanns skrivningen endast i förarbetena[1] samt i 2 § förordning (1998:1337) om tandvårdstaxa. I samband med införandet av ett nytt statligt tandvårdsstöd år 2008 lyftes regleringen till att omfatta all tandvård i tandvårdslagen.[2] Någon ändring i sak för denna slags tandvård är inte avsedd genom ändringen. Att akuta fall ska prioriteras framgår i stället genom förslaget om införande av behovs-, solidaritetsprincipen i ett nytt andra stycke i 2 §. Inom hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL, och patientlagen (2014:821) finns inga särskilda regler om hur akut vård ska hanteras. Akut vård är likväl även fortsättningsvis högt prioriterad vård genom behovs-, soliditetsprincipen och tillhörande förarbeten, se vidare kapitel 7.

I paragrafen införs ett *nytt andra stycke* med krav på att tandvårdsverksamhet, som helt eller delvis är finansierad med offentliga medel, ska vara organiserad så att verksamheten främjar kostnadseffektivitet, vilket omfattar regionernas tandvård till barn och unga vuxna, regionernas särskilda tandvårdsstöd för vuxna samt tandvård

[1] Prop. 1984/85:79 *Regeringens proposition med förslag till tandvårdslag m.m.*
[2] Prop. 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd.*

inom statligt tandvårdsstöd. Ett vanligt sätt att definiera kostnadseffektivitet är att beskriva det som en kvot mellan insatser, i termer av kostnader, och de effekter som uppnås. Andra stycket motsvarar vad som sedan tidigare gäller för övrig hälso- och sjukvård enligt 4 kap. 1 HSL (se vidare prop. 2016/07:43). Bestämmelsen avser således inte sådan verksamhet, eller del av verksamhet, som bedrivs utan offentlig finansiering, till exempel helt estetisk tandvård såsom tandblekning eller rent estetisk ortodonti. För en tandvårdsverksamhet som delvis bedriver tandvård inom statligt tandvårdsstöd och delvis estetisk tandvård, kommer följaktligen kravet gälla för den del som bedrivs inom det statliga tandvårdsstödet. Detta gäller oavsett om det är en privat eller en offentlig vårdgivare. Överväganden till andra stycket finns i avsnitt 7.4.2.

3 b §

Paragrafen reglerar vilken information vårdgivaren ska lämna till patienten.

I *första stycket*, som till största del är nytt, kompletteras det nuvarande mer generellt formulerade informationskravet om patientens tandhälsotillstånd och behandlingsmetoder som står till buds, med mer detaljerade bestämmelser som tydliggör den information som patienten ska få ta del av. Förtydligandena kan stödja patienten och ge en bättre uppfattning om vilken information som kan förväntas vid tandvårdsbesöket. För tandvårdspersonalen innebär förslaget att informationsskyldigheten förtydligas och att vikten därav understryks. Genom strecksatser klargörs att en patient ska ges information om sitt tandhälsotillstånd samt vilka metoder patienten bör använda för att förebygga sjukdom eller skada. Personer med funktionsnedsättning ska dessutom ges information om hjälpmedel, exempelvis för att patienten ska kunna underlätta den orala egenvården såsom anpassade tandborstar, greppförstorare, eller bitstöd. Informationsskyldigheten innefattar inget krav på att tillhandahålla själva produkterna, utan att informera patienten så att dessa kan införskaffas vid behov. Patienten ska få information om vilka metoder som är möjliga för att utföra viss undersökning, vård eller behandling för att vårda vid patientens tillstånd. Ett behandlingsalternativ kan även i en specifik situation vara att avvakta med att sätta in en

behandling och skälen därtill. Patienter som behöver fortsatt tandvård ska få information om tidpunkt för när patienten kan förvänta sig nästa behandling. Med begreppet att utföra vård kan omfattas diagnostik samt övriga aktiviteter som inte ses som behandling, exempelvis att utreda kring lämpliga behandlingsalternativ eller att informera och instruera patienten. Även information om vad patienten kan förvänta sig i vård- och behandlingsförloppet, om det finns några väsentliga risker för komplikationer eller biverkningar och vad dessa i så fall består av samt om det finns behov av eftervård efter genomförd vård och behandling. Dessa tillägg tydliggör vad som redan i dag kan avses omfattas avseende behandlingsmetoder så att patienten kan göra ett välinformerat val av behandling. Endast information som är relevant i det enskilda fallet ska ges. Dessa tillägg i första stycket motsvarar vad som sedan tidigare gäller för övrig hälso- och sjukvård enligt 3 kap. 1 § patientlagen (för de olika strecksatsernas innehåll och motivering kring dessa se vidare prop. 2013/14:106).

Förutom ovanstående förtydliganden som genom förslaget kommer att gälla generellt för all hälso- och sjukvård införs även två krav i första stycket som särskilt berör tandvårdtjänster. Det ena kravet som framgår i *nionde punkten* berör de garantier som vårdgivaren lämnar för sina behandlingar. Enligt 8 § förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd ska vårdgivaren i sin prislista ange vilka garantier som lämnas. Enligt förslaget ska patienten även informeras om vårdgivaren lämnar någon garanti för behandlingen och i så fall dess längd och övriga villkor. Det kan även vara av vikt att eventuella garantier diskuteras vid utförande av exempelvis protetiska konstruktioner till barn och unga vuxna, eller till vuxna patienter inom särskilt stöd, för att klargöra vad som händer om konstruktionen går sönder, om patienten har rätt att kostnadsfritt få den omgjord. Det andra tillägget, som framgår av *tionde punkten*, är att patienten ska få information om vilket, eller vilka, tandvårdsstöd som patienten kan ha möjlighet att få ta del av och i stort hur stödet fungerar. Här innefattas även att informera om att viss behandling inte omfattas av tandvårdsstöd. Om behandlaren exempelvis vid anamnesen, eller på andra sätt, får vetskap om att patienten lider av en sjukdom eller funktionsnedsättning som kan möjliggöra särskilt tandvårdsstöd ska behandlaren informera patienten om detta stöd. En enkel och kortfattad beskrivning av vad stödet innebär i stort och tillvägagångssättet för att pröva patientens tillhörighet. Information ska även ges

till patienter inom tandvård för barn och unga vuxna om patienten begär tandvård som inte omfattas av regionens åtagande i tandvårdslagen, se vidare 7 och 15 a §§. Vuxna patienter inom statligt tandvårdsstöd kan exempelvis behöva stöd i att förstå hur skyddet mot höga kostnader är konstruerat inför en större behandling. En patient som är på väg att lämna stödet för barn och unga vuxna kan behöva informeras om vad som gäller framgent.

Paragrafen är inte avsedd att tolkas uttömmande. Om patienten behöver ytterligare information ska sådan naturligtvis ges. Endast sådan information som berör patienten och aktuellt behandlingsbehov behöver ges.

Andra och tredje styckena motsvarar nuvarande 4 § andra och tredje styckena i tandvårdslagen som flyttas. Bestämmelserna sammanförs i paragrafen för att åstadkomma en sammanhållen reglering om informationsplikt som även inkluderar patientens behov av information om kostnad för åtgärden och möjlighet att begära ett intyg med information om vilka dentala material som använts för att permanent ersätta förlorad vävnad. Viss språklig justering utförs, men ingen ändring i sak är avsedd. Nuvarande andra stycket om krav avseende information till vårdnadshavare för barn flyttas till 3 d §, se vidare nedan.

Överväganden finns i avsnitt 7.4.6.

Vem som ska informera patienten framgår av 6 kap. 6 § patientsäkerhetslagen (2010:659). Enligt förarbeten till patientlagen framgår även att det är i det personliga mötet mellan patient och behandlande vårdpersonal som mycket av den information som patienten behöver ska kommuniceras.[3] Se även förslag till ändring i patientsäkerhetslagen, avsnitt 1.4 och 14.4.

3 c §

Paragrafen har nytt innehåll. Nuvarande lydelse om kostnad för tandvårdsbehandling som ersätts enligt Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2001 om tillämpning av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård ska i stället betecknas 3 e §.

[3] Prop. 201314:106 *Patientlag*.

Första stycket anger att information som lämnas ska vara individuellt anpassad efter patientens, eller annan mottagares, förutsättningar. Rätten till information i enlighet 3 b § ovan är densamma oavsett patientens ålder, tidigare erfarenheter av tandvård, språkliga bakgrund, utbildningsnivå, förekomst av kognitiv eller annan funktionsnedsättning eller andra omständigheter som kan påverka förmågan att ta emot informationen. Bland annat kan språk- eller teckenspråkstolk behövas i vissa situationer. Om patienten önskar att avstå från information behöver även detta respekteras.

Andra stycket anger att den som ger information även har ett ansvar att säkerställa, så långt det är möjligt, att patienten, eller annan mottagare, förstår den information som ges. Att en upplysning lämnas är inte samma sak som att mottagaren är införstådd med innebörden av den lämnade informationen. Patienten kan behöva ytterligare vägledning och den som ger information behöver försäkra sig om att patienten har fått tillräcklig information för att kunna utöva delaktighet och självbestämmande i vården, exempelvis vid val av behandlingsmetod.

Enligt *tredje stycket* framgår att informationen ska kunna ges skriftligen, dels om det behövs med hänsyn till patientens individuella förutsättningar, dels om patienten så begär. Information om olika behandlingsmetoder och dylikt torde i viss utsträckning kunna standardiseras. Skriftlig information kan även vara ett utdrag ur patientjournalen där till exempel givna instruktioner kan utläsas.

Paragrafens föreslagna lydelse motsvarar vad som sedan tidigare gäller för övrig hälso- och sjukvård enligt 3 kap. 6 och 7 §§ patientlagen (se vidare prop. 2013/14:106).

Övervägande finns i avsnitt 7.4.6.

3 d §

Paragrafen, som är ny, reglerar vårdnadshavares rätt till information när patienten är ett barn, information till närstående samt att en skadeprövning alltid ska göras innan information lämnas.

Första stycket motsvarar till del nuvarande 3 b § andra stycket om att en vårdnadshavare ska få information om patientens tandhälsotillstånd och om de behandlingsmetoder som står till buds när patienten är ett barn. Med föreslagna ändringar ges utökade möjligheter

för vårdnadshavaren att, utöver de förtydliganden som föreslås i 3 b § första stycket, även få information om behandlingskostnad samt möjligheten att begära ett intyg om använda dentala material som syftar till att permanent ersätta förlorad vävnad. Även om barn och unga vuxna vanligen har tandvård utan avgift för patienten kan kostnader uppstå om patienten begär en behandling som inte är nödvändig för att uppnå ett från odontologisk synpunkt funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat i enlighet med 15 a §. Informationen ska även delges vårdnadshavaren på ett sätt som är i enlighet med den föreslagna lydelsen i 3 c §.

Andra stycket innebär att informationen ska lämnas till en närstående till patienten när information inte kan lämnas till patienten. Uttrycket *såvitt möjligt* införs eftersom patienten kan sakna närstående, eller att de närstående inte kan nås inom den tid som står till buds. Styckets föreslagna lydelse motsvarar vad som sedan tidigare gäller för övrig hälso- och sjukvård enligt 3 kap. 4 § patientlagen (se vidare prop. 2013/14:106 bland annat om vem som kan anses som närstående samt att undantag från informationsskyldigheten enbart bör regleras i offentlighets- och sekretesslagen och patientsäkerhetslagen.).

Tredje stycket om behov av skadeprövning enligt tillämpliga bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt motsvarar nuvarande 3 b § andra stycket. Regleringens vidd utökas till att även avse information till närstående.

Överväganden till paragrafen finns i avsnitt 7.4.6.

4 §

Paragrafen i dess nuvarande lydelse anger i första stycket krav på den ersättning som vårdgivaren får ta ut av patienten, samt ett andra och tredje stycke innehållande regler om informationsplikt. Paragrafen ändras dels genom en språklig justering i *första stycket*. Dels genom att *andra och tredje styckena*, som innehåller bestämmelser om information om kostnader innan en undersökning och behandling påbörjas, samt information om dentala material, flyttas från paragrafen till 3 b § för en sammanhållen informationsparagraf. Övervägandena finns i kapitel 7. Se även om vidare ändring i paragrafen, avsnitt 14.2.

5 §

Paragrafen reglerar regionens ansvar att erbjuda en god tandvård (prop. 1984/85:79) samt dess möjlighet att sluta avtal om utförande av uppgifter för en ökad konkurrens i kommunal verksamhet (prop. 1992/93:43). Överrubriken till 5–15 c §§ ges en ny lydelse.

I paragrafen införs ett nytt *andra stycke* med styrande principer för folktandvårdens organisering. Vården ska organiseras så att den kan ges nära befolkningen. Dock kan kvalitets- eller effektivitetsskäl motivera att vården i stället koncentreras geografiskt. Stycket motsvarar vad som sedan tidigare gäller för övrig hälso- och sjukvård enligt 7 kap. 2 a § HSL (se vidare prop. 2017/18:83). Överväganden finns i avsnitt 7.4.2.

Tredje och fjärde styckena motsvarar nuvarande andra och tredje styckena. För ändring i fjärde stycket se 7 §.

7 §

Paragrafen ändras genom att ansvaret enligt förslaget läggs på regionen, i stället för som tidigare då regionens folktandvård särskilt lyfts såsom ansvarig vårdgivare för att svara för tandvård till barn och unga vuxna och specialisttandvård till vuxna. Möjligheter för regionen att lägga ut verksamhet på entreprenad i stället för att bedriva denna i egen regi infördes år 1993. Samtidigt utförs en språklig justering som inte är avsedd att göra någon saklig skillnad vid tillämpning. Följdändring utförs samtidigt i 5 § fjärde stycket. För överväganden se avsnitt 7.4.8.

16 b §

Paragrafen som är ny innebär att vårdgivare, som bedriver tandvårdsverksamhet i en viss region, på regionens initiativ ska samverka med beställarenhet eller motsvarande verksamhet i regionens planering och utveckling av tandvården. Samverkan med en vårdgivare kan ske på många olika sätt; skriftligt eller genom möten, direkt eller genom representantskap av branschorganisation. Exempel på tillfällen när samverkan kan ske är exempelvis i samband med regionens översyn av befintliga krav inom upphandling av tandvård för barn och unga

vuxna, vid justering av ersättningsmodell, eller vid en kartläggning över framtida tandvårdsresurser för befolkningen i regionen. Regionens planeringsansvar över all tandvård i regionen innebär inte, vilket framgår av prop. 1984/85:79, någon beslutanderätt över de privata vårdgivarna till exempel vad avser lokalisering, inriktning, eller omfattning av verksamheten. Paragrafen ges en egen rubricering. Överväganden finns i avsnitt 7.4.3.

Ikraftträdandebestämmelse

Lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

14.2 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)

4 §

Paragrafen anger, enligt den lydelse som föreslås i avsnitt 1.1, regler för den ersättning som vårdgivaren får ta ut av patienten. I och med införandet av fri prissättning år 1999 utformades ett skydd för patienten mot att vårdgivaren begär ett oskäligt högt pris för behandlingen. Vårdgivarens pris ska följaktligen enligt paragrafen vara skäligt med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt till omständigheterna i övrigt. För tandvård till barn och unga vuxna, annan regionalt utförd tandvård samt tandvård enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem gäller särskilda bestämmelser.

I paragrafen införs ett nytt *andra stycke* med två punkter om avsteg från principen om fri prissättning som inte, enligt dess *första punkt*, kan tillämpas för sådan tandvård som omfattas av tandhälsoplan eller för statligt selektivt tandvårdsstöd enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. I lagen om statligt tandvårdsstöd fastställs i stället den ersättning som kan lämnas till vårdgivaren för sådan utförd tandvård och den patientavgift som patienten betalar per besök för åtgärder inom tandhälsoplan[4] samt per besök för åtgärder inom selektivt statligt tandvårdsstöd[5]. Patientavgiften fastställs av regeringen. Ersättning per åtgärd från tandvårdsstödet fastställs av regeringen, eller av

[4] 2 kap. 1, 1 a §§ lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.
[5] 2 kap. 8, 9 §§ lagen om statligt tandvårdsstöd.

den myndighet som regeringen bestämmer, se avsnitt 14.3. Bestämmelsen slår fast att det inte är möjligt att ta ytterligare ersättning från patienten för denna tandvård utöver patientavgiften.

Andra punkten innehåller delvis en ny lydelse med en upplysning att det i 15 a § finns särskilda bestämmelser om avgifter för tandvård som regionen ansvarar för eller utför. Bestämmelsen kompletteras med information om att fria prissättningen inte gäller vid tandvård som regionen ansvarar för enligt föreslagen lydelse av 7 § 1 och 3, samt att den ersättning som lämnas till vårdgivaren för sådan tandvård, framgår av 15 b §. Sådan tandvård ersätts enligt grunder som fastställs av regionfullmäktige, vilket innebär ett avsteg från principen om fri prissättning, om inte regionen enligt 15 b § kommer överens med vårdgivaren om något annat. Överväganden finns i avsnitt 7.4.9 och 10.10.

7 §

Paragrafen anger, enligt föreslagen lydelse i avsnitt 1.1, regionens ansvar för en regelbunden och fullständig tandvård för barn och unga vuxna, specialisttandvård för vuxna samt ansvar för övrig tandvård för vuxna i den omfattning som regionen bedömer lämplig. Åldersgränsen för tandvård till barn och unga vuxna har mellan åren 2017 och 2019 flyttats uppåt, i dess nuvarande lydelse gäller en gräns till och med det år patienten fyller 23 (prop. 2016/17:1, utg.omr. 25, bet. 2016/17:FiU3).

Ändringen i *första punkten* innebär en återgång till den åldersgräns för barn- och ungdomstandvård som gällde till och med år 2016. Åldersgränsen föreslås därmed vara till och med det år personen fyller 19. Från det år personen fyller 20 år gäller i stället statligt tandvårdsstöd.

Andra punkten innehåller en följdändring med hänsyn till ändrad åldersgräns samt en språklig justering som inte är avsedd att ändra betydelsen och som korresponderar med den ursprungliga lydelsen genom att i stället hänvisa till vuxna. Med vuxna avses de som inte omfattas av tandvård för barn och unga vuxna enligt första punkten och gäller således från det år en person fyller 20. I den mån barn behöver tillgång till specialisttandvård så ges den som en del av den fullständiga tandvården enligt punkten ovan.

Tredje punkten är ny och anger att regionen även ansvarar för ett regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården. Stödet avser vuxna med särskilda behov, se vidare 8 b §.

Fjärde punkten, motsvarar nuvarande tredje punkten, innehåller en följdändring med hänsyn till nya åldersgränser och en språklig återgång till äldre lydelse med begreppet vuxna, som inte är avsedd att göra någon saklig skillnad på tillämpningen.

Överväganden finns i avsnitt 8.3.1. Ändringarna medför övergångsbestämmelser.

8 b §

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för att omhänderta vuxna patienter med särskilda behov. Barn och unga med särskilda behov omfattas i stället av ett fullständigt tandvårdsstöd enligt 7 § 1. Det regionala tandvårdsstödet för vuxna i samverkan med hälso- och sjukvården omfattar tre olika patientgrupper och vården administreras av respektive region där även medicinsk och/eller odontologisk bedömning sker.

Första punkten i *första stycket* omfattar de patienter som behöver en medicinsk sjukvårdsinsats för att kunna genomgå en tandvårdsbehandling. Det är patientens allmäntillstånd, nedsatta funktion eller motsvarande som medför att det finns ett medicinskt behov vid sidan av tandvårdsbehandlingen. Det finns inte ett samband med tandvårdsbehandlingens svårighetsgrad, som således både kan vara ordinär (såsom en undersökning med viss förebyggande behandling), eller en mer avancerad sådan. Med medicinsk sjukvårdsinsats kan avses en patient som behöver fobibehandling för sin tandvårdsrädsla för att klara av en behandling av tandvården. Det kan även vara ett medicinskt behov av övervakning eller medicinsk beredskap, alternativt narkos eller annan intravenös sedering, på grund av patientens allmänmedicinska sjukdom eller tillstånd. Regionens stöd omhändertar själva sjukvårdsinsatsen vilken specificeras på förordningsnivå. Den tandvårdsbehandling som utförs hanteras enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, alternativt kan patienten ges tandvårdsstöd enligt andra punkten nedan.

Andra punkten omfattar patienter som av medicinska skäl behöver en tandvårdsinsats som en del i sin sjukvårdsbehandling. Beslutet om att utföra tandvård är här medicinskt och kan exempelvis omfatta en patient som behöver en odontologisk utredning och infektionssanering inför en hjärttransplantation som ställer krav på fullständig infektionsfrihet. Ett annat exempel är en patient där man misstänker att dennes blodförgiftning kan ha en odontologisk orsak. Det kan även vara en patient som behandlas för sin tandvårdsfobi enligt första punkten och där tandvårdens behandling på grund av rädslan tar längre tid att utföra än för andra patienter. Vilka tandvårdsinsatser som avses föreslås specificeras i en förordning om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården, se avsnitt 1.6.

Tredje punkten omfattar patienter som är i behov av en tandvårdsinsats i form av en käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska eller tekniska resurser för att utföras. Det kan vara behandling av en käkfraktur på en patient som inkommer akut till ett sjukhus efter ett trauma, rekonstruktiv kirurgi eller annan käkkirurgisk behandling som kräver sådana medicinska eller tekniska resurser som finns på ett sjukhus. Med kravet att det av patientsäkerhetsskäl krävs sjukhusets medicinska och tekniska resurser menas att det i det individuella fallet på grund av patientens odontologiska tillstånd kan finnas behov av käkkirurgisk specialistkompetens, en samverkan mellan hälso- och sjukvårdens medicinska specialiteter och käkkirurgisk specialitet, narkos eller avancerad sedering, medicinsk övervakning, medicinsk beredskap, eller ett behov av inläggning i slutenvård. Med sjukhus avses en vårdinrättning som omhändertar patienter i behov av intagning inom slutenvård, vilket vanligen förutsätter vistelse även nattetid.[6]

Andra stycket bemyndigar regeringen att föreskriva om vilka behandlingar som omfattas i de tre patientgrupperna och övriga förutsättningar för behandlingen. Förslag till förordning återfinns i avsnitt 1.6. Överväganden finns i avsnitt 10.10.

[6] 7 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och prop. 1981/82:97 om hälso- och sjukvårdslag m.m.

15 a §

Paragrafen infördes år 1994 för att ge tidigare landstingen en befogenhet att ta ut vårdavgifter av patienten (prop. 1993/94:220). Paragrafen innehåller, i nuvarande lydelse, bestämmelser om avgifter som tas ut av patienten samt patientens fria val av vårdgivare inom de nuvarande särskilda tandvårdsstöden inom regionernas regi.

Bestämmelserna tydliggörs och paragrafen ges en ny rubrik. Med avgift avses ett schabloniserat belopp som inte varierar med, eller motsvarar, behandlingens kostnad. När en patientavgift används bekostas vården av annan huvudman, i detta fall regionen. Patientavgifter fastställs inom respektive region, för den tandvård som regionen ansvarar för. Med ersättning, ett begrepp som även som används i 4 § kring den fria prissättningen, avses det belopp vårdgivaren tar ut av patienten för behandlingen. Om ett tandvårdsstöd medför att ersättningen i stället lämnas av stödets huvudman, är ersättning även det belopp som vårdgivaren får av huvudmannen vid sidan av eventuell patientavgift.[7]

Första stycket behandlar tandvård till barn och unga vuxna. Stycket ändras så att det är regionens fullmäktige som ska besluta om grunder för avgifter när en patient som hänförs till 7 § 1 uteblir från avtalat besök, i likhet med andra bestämmelser om avgifter.

Bestämmelsen i första stycket om avgift vid behandling som inte omfattas av regionens ansvar för den fullständiga tandvården enligt 7 § 1, ges en mer generell skrivning som även kan omfatta privata vårdgivare. Bestämmelsen får även ett förtydligande genom att begreppet avgift byts mot ersättning. När den unga patienten ges tandvård som inte omfattas av regionens ansvar bekostas i stället vårdgivarens ersättning av patienten. När sådan ersättning tas ut av regionens folktandvård ska prislistan vara bestämd av regionfullmäktige. Med folktandvård avses sådan tandvård som regionen själv bedriver enligt 5 § första stycket. Det kan röra sig om estetisk tandvård såsom en tandblekning eller en ortodontisk behandling (tandreglering) av rent estetiska skäl som utförs på begäran trots att utseendet redan får anses godtagbart. Överväganden finns i avsnitt 7.4.9.

Andra stycket får ett förtydligande genom att även ersättning omnämns.

[7] Inom generellt tandvårdsstöd betalas tandvårdsersättning från staten för del av patientens kostnad för tandvården.

Nuvarande tredje och fjärde stycket läggs samman till ett *tredje stycke*.

Ändringen i föreslagna *fjärde stycket,* nuvarande femte stycket, är dels en följd av föreslagen numerisk ändring av punkterna i 7 § ovan. Dels justeras bestämmelsen redaktionellt för att tydliggöra att stycket endast omfattar sådan tandvård som regionen själv bedriver vad gäller specialisttandvård till vuxna och övrig tandvård enligt lagen om statligt tandvårdsstöd, samt utanför tandvårdsstöden såsom estetisk tandvård. Begreppet vårdavgift ersätts med begreppet ersättning.

Föreslagna *femte stycket,* nuvarande sjätte stycket, ändras med anledning av förslaget om ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården. Bestämmelsen anger att sådan tandvård som utförs enligt 7 § 3 ges enligt bestämmelserna om avgifter i den öppna vården enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Denna tandvård för vuxna inom regionens tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården framgår närmare av 8 b § första stycket 2 och 3. När detta selektiva stöd införs upphör samtidigt regionernas särskilda tandvårdsstöd enligt 8 a § samt stödet för oralkirurgisk behandling enligt 2 § tandvårdsförordningen (1998:1338). Överväganden finns i kapitel 10.

För upphävande av patientens fria val av vårdgivare enligt nuvarande *sjunde stycket*, se överväganden i avsnitt 10.10.2.

15 b §

Paragrafen anger i nuvarande lydelse vilken ersättning som vårdgivaren får för tandvård som utförs inom regionalt särskilt tandvårdsstöd. Rubricering till paragrafen förtydligas.

Första stycket får ny lydelse i och med det föreslagna regionala tandvårdsstödet för vuxna enligt 8 b § första stycket 2 och 3. Vårdgivare som åtar sig att utföra tandvårdsbehandling inom det regionala stödet ersätts enligt grunder som regionfullmäktige bestämmer, om inte en enskild överenskommelse görs med en vårdgivare om en annan ersättning. Den patientavgift som patienten betalat ska dras av från regionens ersättning. Överväganden finns i avsnitt 10.10.2. Hur ersättning för sjukvårdsinsatser enligt 8 b § första stycket 1 ska hanteras regleras inte i tandvårdslagen utan får hanteras av respektive region.

Andra stycket, som är nytt, slår fast gällande praxis genom att reglera den ersättning som ges till vårdgivare som åtar sig utföra tandvård inom regionens tandvårdsstöd för barn och unga vuxna enligt 7 § 1. Även vid denna tandvård ska ersättningens grunder bestämmas av regionfullmäktige, men möjlighet finns även att komma överens om annan ersättning. Överväganden finns i avsnitt 7.4.9.

15 c §

I bestämmelsen anges vårdgivarens uppgiftsskyldighet avseende uppgifter om utförd tandvård till tandhälsoregistret hos Socialstyrelsen.

All tandvård som utförs inom regionens tandvårdsstöd enligt 8 b § första stycket 2 och 3 ska rapporteras vidare till tandhälsoregistret. Uppgiftsskyldigheten omfattar även käkkirurgiska behandlingar. För behovet av att komplettera registret med nya åtgärdskoder för bland annat käkkirurgi, se 17 §. Någon uppgiftsskyldighet avseende medicinska sjukvårdsinsatser ges inte. För överväganden se vidare i avsnitt 10.10.4.

17 §

Paragrafen anger bemyndiganden att meddela föreskrifter.

I bestämmelserna hanteras följdändringar med anledning av förslag om nytt selektivt stöd som en del av statliga tandvårdsstödet i stället för dagens regionala särskilda tandvårdsstöd. Bemyndigande kvarstår för vårdgivares uppgiftsskyldighet enligt 15 c § samt för reglering om anställningar inom folktandvården. För överväganden se vidare i avsnitt 10.10.4.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagen träder i kraft den 15 januari 2026 samtidigt med ändringar i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd föranlett av förslaget om tandhälsoplan och förslaget om statligt selektivt tandvårdsstöd. Lagen omfattar övergångsbestämmelser för patienter inom barn- och ungdomstandvård samt inom regionalt särskilt tandvårdsstöd

som påverkas av de nya bestämmelserna. Överväganden kring ikraftträdande och övergångsbestämmelser finns i kapitel 13.

För att möjliggöra en automatisk tillhörighet för vissa patienter med särskilda behov, som i dag ges mer långvarigt särskilt regionalt tandvårdsstöd, till statligt selektivt tandvårdsstöd krävs uppgiftsskyldighet från respektive region till Försäkringskassan. Se överväganden i avsnitt 13.2.4.

14.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

1 kap. Inledande bestämmelser

1 §

Paragrafen anger lagens innehåll samt de olika ersättningsformer som finns inom statligt tandvårdsstöd. Det är patienten som är berättigad till tandvårdsstöd, men ersättningen betalas ut till den vårdgivare som utför patientens tandvård (se vidare prop. 2007/08:49).

Andra stycket ändras med anledning av införande av tandhälsoplan och selektivt tandvårdsstöd för patienter med särskilda behov, i stället för allmänt och särskilt tandvårdsbidrag som upphör. Ändringen innebär att statligt tandvårdsstöd enligt förslagen kan lämnas i form av tandvårdsersättning för tandvårdsåtgärder som omfattas av en tandhälsoplan, tandvårdsåtgärder som omfattas av selektivt tandvårdsstöd samt tandvårdsåtgärder inom skyddet mot höga kostnader. Överväganden finns i avsnitt 9.2.2 och avsnitt 10.5–10.11.

2 §

Paragrafen anger definitioner till lagen.

En ny definition införs som en *tredje punkt*. Med begreppet patientavgift avses den schablonmässiga avgift som patienten betalar per besök för att få undersökning eller behandling utförd som omfattas av patientens tandhälsoplan, alternativt för tandvård som utförs inom selektivt stöd. Patientavgiften betalas per besök vilket innebär att avgiften är densamma oavsett om en eller flera åtgärder som omfattas av tandhälsoplan (2 kap. 1 §), alternativt selektivt stöd (2 kap.

8 §), utförs vid samma besök. En patient som vid samma besök såväl får tandvårdsåtgärd utförd inom tandhälsoplan som åtgärd inom selektivt stöd för viss behandling under viss tid får betala två avgifter. Patientavgiften ska enligt förslag fastställas av regeringen. Patientavgiften uppgår alltid till fastställt belopp och ska således inte reduceras trots att patienten kommit upp i karens och får 50 procents subvention eller mer på annan tandvård inom skyddet mot höga kostnader. Regeringen kan med stöd av restkompetens föreskriva om en total högsta kostnad för patientavgifter inom selektivt stöd för basal tandvård enligt 2 kap. 8 § andra stycket. Se även 2 kap. 4 a § 2.

Begreppet patientavgift ska särskiljas från den andel av den faktiska kostnaden, alternativt hela kostnaden, som patienten betalar för den ersättningsberättigande tandvården som utförs inom skyddet mot höga kostnader.

Överväganden finns i avsnitt 9.2.2 och avsnitt 10.5.5.

3 §

Denna portalparagraf anger övergripande vilken tandvård som ska kunna berättiga till statligt tandvårdsstöd och dess prioritering. Vidare framgår att det är Försäkringskassan som lämnar statligt tandvårdsstöd.

Första stycket ändras med anledning av förslaget om tandhälsoplan och ett ökat fokus på att patientens behov ska vara en förutsättning för statligt tandvårdsstöd, även vad gäller förebyggande tandvård. Viss förebyggande tandvård kan ges inom tandhälsoplan, men finns behov hos patienten av ytterligare förebyggande behandling, utöver den som erbjuds inom tandhälsoplan, kan sådan tandvård vara ersättningsberättigande inom skyddet mot höga kostnader. Tandvårdsstöd kan lämnas för såväl vård som för behandling. Att utföra vård kan anses omfatta diagnostik samt övriga aktiviteter som inte anses som behandling, exempelvis att informera och instruera patienten. Stycket är inte avsett att tolkas av vårdgivarna, utan principerna som anges i dess första och andra stycke ger vägledning till regeringen samt föreskrivande myndighet TLV. Överväganden finns i avsnitt 7.4.1 och avsnitt 9.2.2.

Nuvarande *tredje stycket*, som innehåller upplysning om att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddelar föreskrifter om den ersättningsberättigande tandvården inom skyddet mot höga kostnader, flyttas till 2 kap. 6 §.

4 §

Paragrafen anger från vilken ålder som statligt tandvårdsstöd får lämnas samt hänvisar till bestämmelser för tandvård till barn och unga vuxna.

I paragrafen ändras åldern för tillhörighet till tandvårdsstödet från 24 till 20 år. Ändringen korresponderar med en ändring i 7 § 1 tandvårdslagen (1985:125) som rör folktandvårdens ansvar för barn- och ungdomstandvård enligt avsnitt 1.2 och 14.2.

Hänvisningen till avgiftsfri tandvård i 7 § 1 och 15 a § första stycket tandvårdslagen får en följdändring genom att åldern sänks från 23 till och med det år patienten fyller 19 år.

Överväganden finns i avsnitt 8.3.1.

6 §

Av bestämmelsen framgår att statligt tandvårdsstöd inte lämnas för sådan tandvård som omfattas av vårdavgifter i öppenvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Paragrafens hänvisning justeras med anledning av nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården och däri ingående tandvårdsinsatser enligt 8 b § första stycket 2 och 3 tandvårdslagen (1985:125). Av hänvisningen framgår indirekt att statligt stöd kan lämnas för tandvårdsbehandling som för att kunna utföras kräver sjukvårdens samverkan genom en medicinsk sjukvårdsinsats enligt 8 b § första stycket 1 tandvårdslagen. För överväganden se avsnitt 10.10.1.

2 kap. Tandvårdsersättning

Som en följd av ändringarna att allmänt och särskilt tandvårdsbidrag upphör och tandhälsoplan samt selektivt stöd för patienter med särskilda behov införs ändras även rubriken för andra kapitlet.

1 §

Paragrafen har ett nytt innehåll och anger grunderna för en tandhälsoplan, vilken ersätter nuvarande allmänt och särskilt tandvårdsbidrag. Som en följd av ändringarna ändras även rubriken närmast före paragrafen.

I *första stycket* anges att en tandhälsoplan fastställs utifrån en riskbedömning av patienten. I samband med en efter behovet anpassad undersökning sker en bedömning av risken för att patienten utvecklar ett oralt sjukdomstillstånd, eller risken för progression av ett redan befintlig oralt sjukdomstillstånd. Ett oralt sjukdomstillstånd kan till exempel vara karies, parodontit men även tillstånd såsom erosion bör omfattas. Riskbedömningen av patienten resulterar i en tandhälsoplan med en viss omfattning. Riskbedömningen ska även indikera patientens behov av förebyggande tandvård. Beslutet om tandhälsoplan sker företrädelsevis momentant genom ett automatiserat förfarande hos Försäkringskassan, i enlighet med 28 § förvaltningslagen (2017:900).

Andra stycket anger att tandvård som omfattas av en tandhälsoplan ges till patientavgift. Detta till skillnad från tandvård som utförs inom skyddet mot höga kostnader, där patienten betalar en andel av kostnaden beroende på uppnådd karensnivå enligt 2 kap. 4 §. Stycket innebär vidare att den inledande undersökningen som omfattar en riskbedömning för att påbörja en tandhälsoplan ges till patientavgift. Därpå följande åtgärder som omfattas av tandhälsoplanen ges också till patientavgift. Om patienten av något skäl inte vill omfattas av en tandhälsoplan ges undersökningen i stället som en ersättningsberättigande åtgärd inom skyddet mot höga kostnader. Det vanliga är att en undersökning behövs för att kunna riskbedöma patienten. Det kan dock undantagsvis finnas tillfällen när vårdgivaren gör bedömningen att någon undersökning inte behövs för att påbörja en tandhälsoplan. Det kan exempelvis handla om att en patient strax innan tidpunkten för ikraftträdande av regelverket för tandhälsoplan redan hanterat sin revisionsundersökning och då samtidigt bokat in en ny tid för att få en viss behandling utförd. Vårdgivaren kan i detta fall erbjuda tandhälsoplanen i samband med behandlingen och basera riskbedömningen på den nyligen genomförda undersökningen. Även en sådan undersökning som behövs för att tandvården ska kunna bedöma och intyga att patienten har särskilda behov som kan vara en

grund för tillhörighet till selektivt stöd omfattas av en tandhälsoplan till patientavgift. En sådan undersökning kan även resultera i att tandvården inte ser att skäl föreligger för selektivt stöd. Se även 10 §.

Tredje stycket anger grunder för tandhälsoplanens innehåll. Patientens tandhälsoplan, som baseras på utförd riskbedömning, anger vilka åtgärder som kan omfattas av tandhälsoplanen samt tidigaste tidpunkt för nästkommande besök inom plan. Exempelvis kan en patient som bedöms som frisk genom tandhälsoplanen få möjlighet till en undersökning till patientavgift med ett längre tidsmässigt revisionsintervall. Medan en patient med hög sammantagen risk ges möjlighet till mer frekvent återkommande undersökning samt vid behov även viss förebyggande tandvård till patientavgift. För mer detaljerade bestämmelser om den tandvård som kan omfattas av tandhälsoplanen se bemyndigande enligt 1 c § nedan. För bemyndigande att närmare meddela föreskrifter om den information som lämnas till patienten genom tandhälsoplanen, se 3 kap. 3 §. Utredningens förslag är att tandhälsoplanen, vid sidan av beslut om åtgärder och tidsintervall, ska innehålla en förklaring till den bedömning av patientens risk som utförts. Detta föreslås regleras i förordning. Exempelvis utgöras av en kort beskrivning av att patienten har begynnande erosion och en hög kariesaktivitet vilket ger en viss sammantagen risknivå. Samt en kortfattad information om egenvård såsom storlek på mellanrumsborstar, behov av fluorsköljning etcetera. Överväganden finns i avsnitt 9.2.2.

Fjärde stycket anger att en person som har tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid, se 7 § andra stycket 2, får del av sin tandhälsoplan inom den basala tandvården. Riskbedömningen och den förebyggande behandling som ingår i tandhälsoplan kan skilja sig åt för dessa patienter. Detta innebär även att patienten vid ett besök hos tandvården inte behöver betala en patientavgift för behandling som ges inom basal tandvård och en annan patientavgift för undersökningen genom patientens tandhälsoplan. Överväganden finns i avsnitt 10.6.4.

1 a §

Paragrafen har nytt innehåll då särskilt tandvårdsbidrag upphör och anger i stället att ersättning till vårdgivaren, utöver patientavgift, för de åtgärder som omfattas av tandhälsoplan ges inom det statliga tandvårdsstödet. Den ersättning som lämnas är enligt *första stycket* fast per åtgärd och från ersättningen görs en avräkning av den patientavgift per besök som betalats. Regleringen medför att vårdgivaren får ersättning för den tandvård som utförs inom en tandhälsoplan beroende på patientens risk och efter vårdens olika omfattning. Patienten betalar å sin sida samma patientavgift oavsett risk och oavsett om patienten får en eller flera åtgärder inom tandhälsoplan utförda vid ett och samma tillfälle. Om vårdgivaren väljer att även utföra tandvård inom skyddet mot höga kostnader vid samma behandlingstillfälle, betalar patienten såväl en patientavgift för tandvård som omfattas av tandhälsoplanen som kostnaden för den ersättningsberättigande tandvården enligt för patienten aktuell karensnivå. Ett exempel kan vara en patient som vid en återkommande undersökning inom tandhälsoplanen får information om att det finns en kavitet i en tand. Behandlaren har möjlighet att laga tanden vid besöket, vilket patienten samtycker till. För undersökningen betalar patienten en patientavgift och för lagning av kaviteten kan viss tandvårdsersättning enligt skyddet mot höga kostnader lämnas om patienten kommit över karensnivån, i annat fall betalar patienten hela kostnaden för lagningen. Vårdgivaren får ersättning för undersökningen från Försäkringskassan enligt tandhälsoplanen, efter avdrag för patientavgift från patienten, samt ersättning för lagning av kavitet enligt vårdgivarens prislista från patienten samt eventuellt skydd mot höga kostnader från Försäkringskassan. Överväganden finns i avsnitt 9.2.2.

Andra stycket anger ett förtydligande kring patienter som har tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård enligt 7 § andra stycket 2. Åtgärder som utförs och som är en del av patientens tandhälsoplan omfattas av det selektiva stödet för basal tandvård. Det innebär att vårdgivaren får ersättning inom det selektiva stödet enligt 9 § i stället och att endast en patientavgift betalas av en patient om denne såväl ges en revisionsundersökning inom patientens tandhälsoplan som en lagning av en kavitet i en tand vid samma besök. Överväganden finns i avsnitt 10.6.4.

1 b §

Paragrafen, som är ny, reglerar vårdgivarens skyldighet att erbjuda patienten en tandhälsoplan.

Första stycket anger att vårdgivaren har en skyldighet att, i samband med att en undersökning, vård eller behandling utförs, erbjuda en patient som inte påbörjat en tandhälsoplan en sådan möjlighet. En patient som kommer för ett regelbundet revisionsbesök hos sin vårdgivare kan i samband med undersökningen få en riskbedömning utförd, samt få sin tandhälsoplan, allt till patientavgift. För de patienter som går regelbundet till tandvården kommer därför införandet av tandhälsoplaner att ske över en längre tidsperiod, allt eftersom planerade revisionsintervall infaller. En skyldighet att erbjuda ska inte tolkas som att detta måste utföras ögonblickligen, utan införandet av tandhälsoplan till mottagningens patienter anpassas till planerad verksamhet. En patient som besöker sin ordinarie tandvårdsmottagning akut ska erbjudas en möjlighet att även få en undersökning och en tandhälsoplan till en låg patientavgift. Men patienten kan inte räkna med att en fullständig undersökning för att riskbedömas ska kunna genomföras vid det akuta tillfället. Denna patient erbjuds i stället en möjlighet att återkomma vid ett nytt besök för sin undersökning, riskbedömning och tandhälsoplan, kanske i samband med fortsatt behandling av den åkomma som ledde till det inledande akuta besöket. Om den akut besökande patienten har ett revisionsintervall satt sedan tidigare kan vårdgivaren informera om tandhälsoplan vid akuttillfället, men kan därefter vid prioriteringsbehov avvakta denna redan inplanerade tidpunkt för revision för att igångsätta tandhälsoplanen.

Andra stycket innehåller undantag ifrån vårdgivarens skyldighet att erbjuda patienten en tandhälsoplan. Det finns två undantag. En specialisttandläkare har inte en skyldighet att erbjuda tandhälsoplan eftersom dessa vanligen inte erbjuder revisionstandvård. Det andra undantaget rör en patient som akut besöker en vårdgivare under förutsättning att patienten har en annan ordinarie tandvårdskontakt, alternativt att patienten är stadigvarande boende i en annan region. Exempelvis en patient som befinner sig på en semesterort och får plötslig tandvärk, alternativt en patient som inte får tag på sin vanliga tandvårdsmottagning utan söker akut någon annanstans. Utredningen ser det dock som väsentligt att patienter som inte har någon stadig-

varande tandvårdskontakt utan endast går akut fångas upp vid det akuta besöket. En vårdgivare som bedriver en akutmottagning har vanligtvis även allmäntandvårdsmottagningar vid sidan av akutmottagningen dit patienten kan erbjudas ett besök inom tandhälsoplan. Tandhälsoplan är inte hellre bunden mot viss vårdgivare utan fungerar nationellt. Även om dessa besöksvarianter är undantagna finns alltjämt ett ansvar enligt föreslagna 3 b § tandvårdslagen att informera en patient om det tandvårdsstöd patienten kan vara berättigad till. Exempelvis informera en patient som inte har någon tandhälsoplan om möjligheten att skaffa en sådan vid en annan mottagning. Om specialisttandläkaren eller akutmottagningen vill erbjuda tandhälsoplan innebär undantaget inget hinder mot detta.

Att patienten av något skäl inte vill ha en riskbedömning utförd, eller inte vill ta del av en tandhälsoplan, är inget undantag ifrån vårdgivarens skyldighet att erbjuda en sådan. En bestämmelse om att uppgift ska lämnas till Försäkringskassan om att tandhälsoplan inte fastställts framgår av 3 kap. 3 §. Bestämmelse om att vårdgivaren i ett sådant fall ska dokumentera skälet därtill föreslås i förordning om statligt tandvårdsstöd.

Överväganden finns i avsnitt 9.2.2.

1 c §

Paragrafen, som är ny, innehåller upplysningsbestämmelse samt bemyndigande om ytterligare föreskrifter hänfört till tandhälsoplanen. Det är detta regelverk som ger närmare vägledning till vårdgivarna. Regelverket ska utformas så att de angivna syftena med tandhälsoplanen kan uppnås med beaktande av det för ändamålet avsatta resurserna.

Första stycket lämnar en upplysning om att regeringen, med stöd av sin restkompetens enligt 8 kap. 7 § första stycket 2 regeringsformen, meddelar föreskrifter om den patientavgift som betalas per besök för åtgärder som omfattas av en tandhälsoplan. Patientavgiften är en avgift för en motprestation i form av tandvårdstjänst där avgiften är en mindre del av prestationens reella värde. Beloppet för patientavgift per besök slås fast i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

Andra stycket bemyndigar regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela föreskrifter om vilka tandvårdsåtgärder som kan omfattas av en tandhälsoplan, vilken fastställd ersättning som lämnas per åtgärd och under vilka förutsättningar som ersättning kan lämnas. Regelverket omfattar vissa åligganden för vårdgivaren för att patienten ska få ta del av förmånen som en tandhälsoplan medför. Vårdgivaren får en reglerad ersättning för att utföra dessa åtgärder.

Systemet föreslås vara utformat på så sätt att fynd ifrån undersökningen som dokumenteras i anamnes och status i patientjournalen till stor del automatiskt via IT-systemet genererar en viss risknivå för patienten utav Försäkringskassan genom ett automatiserat beslutsförfarande. I föreskrifter föreslås framgå hur risk bedöms och kategoriseras, vilka åtgärder som kan omfattas för respektive riskkategori och med vilket tidsintervall dessa ska vara möjliga att få till patientavgift. För att möjliggöra ett sådant föreskriftsarbete är det en förutsättning att ett kunskapsunderlag tas fram. Underlaget bör omfatta uppgifter om hur riskbedömningsmodellen ska utformas. Detta kan till exempel handla om att välja vilka parametrar som ska ingå i modellen och fastställa betydelsen av respektive parameter samt hur interaktionen mellan parametrar ser ut. Därtill behövs även riktlinjer om lämpliga revisionsintervall för olika riskgrupper.

Tandhälsoplanen föreslås omfatta undersökning med riskbedömning samt viss förebyggande tandvård efter patientens individuella behov, se vidare förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, avsnitt 1.10. Regelverket ska, om möjligt, utformas så att systematiken med tillstånd som anger vilka åtgärder som kan tillämpas inom tandvårdsstödet ska bibehållas även i denna del. En högre riskkategori ger patienten möjlighet till undersökning och viss förebyggande tandvård inom ett kortare intervall än en patient med en lägre risk.

Överväganden finns i avsnitt 9.2.2.

2 §

Paragrafen och tillhörande rubrik ändras med anledning av att tandvårdsbidrag upphör att gälla och tandhälsoplan införs.

Första stycket innehåller minimikrav för vad ett avtal om abonnemangstandvård ska omfatta för att få tillämpas vid sidan av patientens tandhälsoplan. Kraven är att avtalet omfattar sådan tandvård som patienten behöver, utöver den tandvård som omfattas av patientens tandhälsoplan, i form av undersökningar och utredningar, hälsofrämjande insatser, behandling av sjukdoms- och smärttillstånd samt reparativ vård. Avtalet ska löpa under tre år och ha ett fast pris. Avtalet kan enligt *andra stycket* även omfatta annan tandvård. Den tandvård som omfattas av patientens tandhälsoplan ges således till patientavgift vid sidan av övrig tandvård inom abonnemanget. Exempelvis ges revisionsundersökningen inom tandhälsoplan medan en ytterligare undersökning några månader senare med anledning av uppkomna ilningar i tänderna ges inom abonnemanget. En patient som har ett avtal om abonnemangstandvård har således subventionerad tandvård inom tandhälsoplan vid sidan av sitt abonnemang.

Att sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av ett abonnemangsavtal inte berättigar till tandvårdsersättning framgår av 5 §. Detta innebär även att sådan tandvård som inte ingår i abonnemangsavtalet såsom rehabiliterande tandvård omfattas av skyddet mot höga kostnader, exempelvis vid en installation av en implantatbro eller en tandregleringsbehandling.

Överväganden finns i avsnitt 9.2.2.

3 §

Paragrafen har nytt innehåll, samt rubriceras, och anger i *första stycket* den metod som gäller sedan tandvårdsstödets införande och som vårdgivaren har att iaktta för att konstatera patientens möjlighet till tandvårdsersättning vid ett behov av behandling. Ett tillstånd inom tandvårdsstödet är vanligen en eller flera grupperade diagnoser och är även grunden för tandvårdsstöd. Ett exempel är sjukdomar inom endodonti såsom pulpanekros, pulpit eller apikal parodontit vilka alla kan inrymmas i tandvårdsstödets tillstånd 3051 ”Sjukdomar i tandpulpan eller de periradikulära vävnaderna”. Vårdgivaren diagnostiserar till exempel patienten med pulpanekros tand 25 och

ser i tillstånd 3051 vilka behandlingar som kan vara ersättningsberättigande. Efter utförd behandling rapporteras tillstånd 3051 och utförda tandvårdsåtgärder till Försäkringskassan och vården journalförs i enlighet med patientdatalagen (2008:355). Vid en undersökning är det i förväg inte möjligt att bedöma om patienten lider av någon åkomma eller problem. I dessa fall finns i stället tillämpliga tillstånd för undersökningar och utredningar som i sin tur anvisar olika tandvårdsåtgärder för att undersöka och diagnosticera som är möjliga att utföra inom tandhälsoplan, eller inom skyddet mot höga kostnader. Om patienten vid undersökningen blir diagnosticerad med viss åkomma, tillämpas det tillstånd som omfattar den aktuella diagnosen såsom karies med de åtgärder som är ersättningsberättigande för tillståndet för att utföra behandlingen. Patienten kan även ha ett behandlingsbehov med anledning av att något behöver rehabiliteras eller repareras såsom en tappad fyllning, avsaknad av tand eller en illasittande protes. Även för sådana behandlingar finns särskilda tillstånd. Tillvägagångssättet föreslås även gälla inom selektivt stöd, efter att prövning av tillhörighet utförts enligt 7 § första stycket. För att ett tillstånd inom selektivt stöd ska vara tillämpligt krävs således att tillhörighet finns.

Andra stycket anvisar att Försäkringskassan vid en efterhandskontroll kan komma att fastställa ett annat tillstånd, annan ersättningsberättigande åtgärd, alternativt besluta att åtgärden som utförts inte varit ersättningsberättigande. Detta är tillika det förfarande som varit sedan stödets införande år 2008. Möjlighet till ändring, omprövning och överklagande se 4 kap. 9 §.

Överväganden finns i avsnitt 7.4.7.

3 a §

Paragrafen som är ny anger gemensamma bestämmelser om ersättningsperioden som gäller för såväl skyddet mot höga kostnader som inom selektivt stöd. Bestämmelserna motsvarar vad som tidigare gäller enligt 4 §, men då omfattas endast skyddet mot höga kostnader. Ersättningsperioden ska enligt förslaget vara densamma även för selektivt stöd.

Första stycket anger att ersättningsperioden är ett år och att perioden påbörjas av en slutförd ersättningsberättigande åtgärd inom skyddet mot höga kostnader, selektivt stöd eller av en åtgärd som omfattas av en tandhälsoplan. Vårdgivaren kan anmäla till Försäkringskassan att en ny ersättningsperiod ska påbörjas i förtid om patienten så önskar. Överväganden finns i avsnitt 10.5.5.

Andra och tredje styckena motsvarar vad som tidigare reglerats i 4 § fjärde och femte stycket avseende bemyndiganden om föreskrifter avseende ersättningsperioder ur olika aspekter. Ingen ändring i sak är avsedd mer än att utvidga bestämmelsernas tillämpning även för selektivt stöd.

4 §

Av paragrafen framgår grundläggande principer för beräkning av tandvårdsersättning som ett skydd mot höga kostnader. Även rubriken får ny lydelse.

Första stycket innehåller nuvarande bestämmelser om slutförd ersättningsberättigande åtgärd inom ersättningsperioden och att tandvårdsersättning lämnas med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader överstigande det karensbelopp som fastställts enligt 6 § 1 som ett skydd mot höga kostnader. Bestämmelsen i stycket om att ersättningsperioden är ett år har flyttats till en ny paragraf om ersättningsperiod i 3 a § som är gemensam för såväl skyddet mot höga kostnader som selektivt stöd.

Andra stycket innehåller nuvarande bestämmelser om att kostnaderna inom skyddet mot höga kostnader beräknas med utgångspunkt i ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder, alternativt vårdgivarens pris för åtgärden i det fall detta pris är lägre än referenspriset. Eftersom skyddet mot höga kostnader utgår ifrån referenspriser framgår även indirekt att fasta priser för ersättning inom tandhälsoplan eller selektivt stöd inte kan omfattas i beräkningen. Se även 5 §.

Tidigare tredje stycket som anger hur ersättningsperioden påbörjas och hur ny period kan påbörjas i förväg flyttas till 3 a §, tillsammans med tidigare fjärde och femte styckena med bemyndigande och upplysningsbestämmelse för en sammanhållen reglering om ersättningsperioden.

4 a §

Paragrafen ändras redaktionellt med punktuppställning samt tillförs information *i en andra punkt* om att till kostnaderna inom skyddet mot höga kostnader ska även medräknas betalda patientavgifter från besök inom tandhälsoplan, alternativt besök inom selektivt stöd. Inom tandhälsoplan och selektivt stöd har patienten i stället för hela, eller en andel av, kostnaden en fastställd patientavgift, inga andra kostnader ska tillkomma. Den ersättning från tandvårdsstödet som ges till vårdgivaren för att utföra dessa tandvårdsåtgärder kan följaktligen inte ingå i beräkningen av skydd mot höga kostnader. Ersättning inom skyddet mot höga kostnader beräknas med utgångspunkt i referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder enligt 4 § andra stycket. Det karensgrundande beloppet av ett besök inom selektivt stöd alternativt tandhälsoplan är följaktligen patientavgiften enligt bestämmelsernas andra punkt, vilket även är patientens utgift för besöket.

Överväganden finns i avsnitt 9.2.2 och avsnitt 10.5.5.

5 §

Av paragrafen framgår att tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader inte får lämnas för tandvårdsåtgärder som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård enligt 2 § (se vidare prop. 2007/08:49). Att avtalet om abonnemang inte gäller för sådan tandvård som omfattas av tandhälsoplan framgår av 2 §.

Paragrafen tydliggörs genom en hänvisning till att den tandvårdsersättning som anges hänförs till skyddet mot höga kostnader enligt 4 §. Paragrafen ändras redaktionellt genom att tillföras en punktlista.

En *andra punkt* tillförs med betydelsen att tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader inte får lämnas för åtgärder som omfattas av patientens tandhälsoplan.

En *tredje punkt* tillförs med innebörden att en patient som prövats och tilldelats selektivt stöd inte ska få tandvårdsersättning ifrån det generella stödet med skydd mot höga kostnader i de fall det selektiva stödet är tillämpligt. Patienten ska således inte riskera att få betala en andel av kostnaden i stället för att få behandlingen utförd till patientavgift. Överväganden finns i avsnitt 10.5.5.

Andra stycket utgår i och med att tandvårdsbidrag upphör.

6 §

Paragrafen innehåller upplysning om att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, med stöd av sin restkompetens i 8 kap. 7 § regeringsformen meddelar föreskrifter. Paragrafen ges en språklig justering för att tydliggöra att det är en upplysningsbestämmelse.

Paragrafen ändras genom tillägg av en ytterligare punkt. *Punkt 4*, motsvarar vad som sedan tidigare gäller enligt 1 kap. 3 § och innebär en upplysning om att regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, har att närmare meddela föreskrifter om tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning enligt 4 § och under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas för åtgärderna (ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder) inom skyddet för höga kostnader. Ingen ändring i sak är utförd.

7 §

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om selektivt tandvårdsstöd för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser.

I *första stycket* anges att tillhörighet för selektivt stöd ges efter en prövning. Det är således, enligt huvudregeln, inte möjligt att vårdgivaren direkt tillämpar selektivt stöd innan patienten prövats.

Selektivt stöd kan dock, innan prövning av tillhörighet utförs, även lämnas för en specialistundersökning om detta särskilt regleras i föreskrifter. Om så särskilt föreskrivs kan specialisttandläkaren ge underlag till en prövning om tillhörighet, alternativt att specialisttandläkaren efter undersökningen i stället bedömer att patienten bör hanteras inom generellt tandvårdsstöd (det vill säga uppfyller inte kraven för selektivt stöd). Specialisttandläkaren kan även finna att patienten i stället bör prövas in i regionens tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården, alternativt remitteras vidare till hälso- och sjukvården för fortsatt behandling. Förfarandet förutsätts gälla vid mer svårbedömda tillstånd och för detta betalar patienten patientavgift.

Andra stycket ger förutsättningarna för att få tillhörighet till selektivt stöd, uppdelat i två punkter. *Första punkten* gäller selektivt stöd för viss behandling under viss tid. Patienten ska på grund av viss allmänmedicinsk sjukdom, alternativt ett tillstånd som kan vara medfött eller förvärvat, lida av ett specifikt odontologiskt tillstånd som i sin tur påverkar funktionen att äta, tugga eller tala utan större

hinder. Det specifika odontologiska tillståndet kan även medföra ett avvikande utseende. Patienter som omfattas av detta selektiva stöd förutsätts behöva en viss behandling. Efter genomgången behandling ska behovet vara avhjälpt genom att funktionen blivit återställd, eller åtminstone förbättrad. Den tidsperiod som kan behövas för behandlingen sätts i anslutning till varje tillstånd och kan följaktligen variera mellan tillstånden. Det ska vara möjligt att ansöka flera gånger om behandlingsbehovet återkommer. Detta selektiva stöd kommer endast att gälla för behandling av det tillstånd som omfattas, i övrigt använder patienten det generella tandvårdsstödet och tandhälsoplan för sina ordinarie tandvårdsbehov.

Andra punkten ger förutsättningarna för att få tillhörighet till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid. Patienten ska på grund av en viss allmänmedicinsk sjukdom, alternativt ett tillstånd som kan vara medfött eller förvärvat, ha en långvarigt nedsatt funktion. Funktionen, som kan vara av fysisk, psykisk eller kognitivt slag, ska ge väsentligt försämrade förutsättningar för patienten att påverka sin munhälsa, alternativt genomgå en tandvårdsbehandling. En person som har omfattande vård- och omsorgsbehov jämställs med ett medfött eller förvärvat tillstånd. Patienter som omfattas av detta selektiva stöd behöver ett långvarigt stöd för grundläggande tandvård som ger patienten bättre förutsättningar att bevara, eller vid behov förbättra, munhälsan. Även här förutsätts närmare reglering i föreskrifter om olika tillstånd och dess varaktighet i stödet. En patient med stroke kan ges en kortare tillhörighet för ett antal år för att därefter få en förnyad prövning, medan en person med en allmänmedicinsk sjukdom som gradvis försämras, eller en nedsatt funktion som är bestående, kan ges tillhörighet tills vidare.

I *tredje stycket* bemyndigas regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela föreskrifter om det selektiva tandvårdsstödet. Enligt förslaget ska såväl förordning som föreskrifter förtydliga vilka specifika odontologiska tillstånd som omfattas av stöd för viss behandling under viss tid samt vilken behandling som kan ges. Särskilda bestämmelser kan även tillkomma om när förhandsprövning av viss behandling ska ske, samt närmare bestämmelser när selektivt stöd kan lämnas för specialisttandläkarundersökning inför patientens tillhörighet. På samma sätt ska bestämmelser tydliggöra vilka allmänmedicinska sjukdomar, funktionsnedsättningar och kroppsliga till-

stånd som omfattas av stöd för basal tandvård under lång tid och vilka tillstånd samt tandvårdsåtgärder som omfattas.

Överväganden finns i avsnitt 10.6 och 10.8.

8 §

Paragrafen, som är ny, anger i *första stycket* att tandvård som omfattas av det selektiva tandvårdsstödet ges till patientavgift. Med selektivt stöd avses såväl stöd för basal tandvård under lång tid som stöd för viss behandling under viss tid.

Enligt *andra stycket* kan regeringen med stöd av sin restkompetens meddela föreskrifter om vad patientavgiften ska uppgå till samt även ange ett kostnadstak för totala patientavgifter under en ersättningsperiod inom selektivt stöd för basal tandvård under lång tid.

Överväganden finns i avsnitt 10.5.5.

9 §

Enligt paragrafen, som är ny, ges information om den ersättning som lämnas till vårdgivaren för tandvård som utförts inom selektivt stöd. Ersättningen är, enligt *första stycket,* fast per åtgärd och betalad patientavgift ska räknas av från ersättningen.

Enligt *andra stycket* får regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddela föreskrifter om de fasta priserna för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder inom selektivt stöd.

Överväganden finns i avsnitt 10.5, 10.6 samt 10.8.

10 §

Paragrafen, som är ny, innehåller bestämmelser om vårdgivares skyldighet att under vissa förutsättningar initiera en prövning om selektivt stöd. Med vårdgivare avses enligt 1 kap. 2 § fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård.

Första stycket tydliggör skyldigheten avseende det selektiva stödet för viss behandling under viss tid. När vårdgivaren upptäcker patientens behov av att få behandling som kan omfattas av det selektiva stödet, ska denne erbjuda att en prövning utförs, alternativt

remittera patienten vidare till specialisttandläkare för fortsatt undersökning och därefter prövning. Det är vanligen tandvården som upptäcker och initierar en sådan behandling på en patient. Exempelvis ett sår i slemhinnan som inte vill läka, eller en medfödd missbildning som försvårar förmågan att tugga. Mestadels kommer förfarandet vara så att allmäntandläkaren hittar ett tillstånd hos patienten som remitteras vidare till specialisttandläkare för ytterligare bedömning och eventuell prövning. Vid vissa tillstånd, som tydliggörs i föreskrifter, föreslås att en odontologisk undersökning ska utföras av specialisttandläkare innan prövning utförs, exempelvis vid vissa oralmedicinska tillstånd. Det blir därefter upp till specialisttandläkaren att vidare hantera prövningen vid behov. Specialisttandläkaren kan i stället finna skäl till att patienten ska remitteras till hälso- och sjukvården, exempelvis vid malignitet, alternativt hänvisas till det generella tandvårdsstödet. Överväganden finns i avsnitt 10.8.2.

Andra stycket behandlar kraven vid prövning av selektivt stöd för basal tandvård under lång tid. För vissa av dessa patienter kan det vara givet att behandlaren ser det odontologiska behovet och även ser att förutsättningar för tillhörighet kan finnas hos patienten genom nedsatt funktion på grund av allmänmedicinsk sjukdom eller medfött alternativt förvärvat tillstånd. Exempelvis en patient med Parkinsons sjukdom som kan ha svårigheter att genomgå en tandvårdsbehandling. I andra fall kan det vara betydligt svårare för tandvården att få kännedom om patientens nedsatta funktion i visst avseende eller allmänmedicinska sjukdom. En patient som tack vare medicinering mår väl och som även har fullgod förmåga att hantera sin munhygien och genomgå tandvårdsbehandling omfattas inte heller av målgruppen för selektivt stöd, trots sin allmänmedicinska sjukdom. Det kan även vara så att behandlaren i tandvården via sin patientjournal ser att Försäkringskassan inväntar en prövning av det odontologiska behovet efter att en prövning för selektivt stöd i stället initierats av hälso- och sjukvården. I så fall ska behandlaren göra sin del av intygandet för att möjliggöra att Försäkringskassan kan besluta om tillhörighet. Överväganden finns i avsnitt 10.6.2.

Det finns ett undantag i *tredje stycket* gällande mottagningar som endast utför akuttandvård. I detta fall finns normalt ingen möjlighet att initiera en prövning, men givetvis får mottagningen göra detta. Vårdgivaren ska även informera om möjlighet till selektivt stöd såsom en del av informationsansvaret som föreslås i 3 b § tandvårds-

lagen. Vad som avses med mottagning, ett begrepp som infördes i lagen om statligt tandvårdsstöd år 2017 är inte tidigare definierat. En vårdgivare, såsom folktandvården i en region, kan ha flera mottagningar inom sitt område vilket därmed kan innebära en geografisk placering. Begreppet klinik används även av vissa vårdgivare såsom synonym. På en geografisk angiven adress kan även flera mottagningar inom en och samma vårdgivare finnas, exempelvis en mottagning för specialisttandvård och en för akuttandvård vid sidan av mottagningen för allmäntandvård. Två privata vårdgivare kan dela lokal genom att exempelvis ha gemensamt väntrum och reception, men i övrigt vara separata. Dessa vårdgivare har var sin mottagning. Överväganden finns i avsnitt 10.5.7.

3 kap. Vårdgivare

3 §

Av paragrafen framgår på ett övergripande plan vårdgivarens skyldighet att lämna vissa uppgifter till Försäkringskassan om varje patient för att möjliggöra såväl kontroll som administration, samt för uppföljning och utvärdering av tandvårdsstödet (se vidare prop. 2007/08:49). Vårdgivaren ska till Socialstyrelsen lämna uppgifter om patientens tandhälsa. Paragrafen omfattar ett bemyndigande för regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, att meddela föreskrifter om uppgiftsskyldigheten mot Försäkringskassan och Socialstyrelsen, samt om den information som vårdgivaren ska lämna till patienten.

Bestämmelsens syfte utvidgas genom förslaget att ge patienten en digital åtkomst till viss dokumentation om sig själv via Försäkringskassans tjänst Mina sidor. För överväganden se avsnitt 9.2.4 och för ytterligare bestämmelser se avsnitt 1.10, samt 19 c § förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

Första stycket ändras genom ett införande av tre ytterligare punkter. *Andra punkten* ändras språkligt till singular utan avsikt att ändra tillämpningen.

En *tredje punkt* införs med anledning av utredningens förslag om tandhälsoplan. Punkten omfattar även sådan tandhälsoplan som ges inom selektivt stöd för basal tandvård. Vårdgivaren ska lämna uppgifter till Försäkringskassan om den riskbedömning som utförts med anledning av att patienten ska påbörja en tandhälsoplan. Riskbedöm-

ningen ligger till grund för ett automatiserat beslut av Försäkringskassan om patientens tandhälsoplan enligt 2 kap. 1 §. Försäkringskassans beslut om åtgärder och åtgärdsintervall inom tandhälsoplan kompletteras därefter av vårdgivaren med en informationstext om patientens behov av egenvård samt kort förklaring till patientens givna risknivå. Den individuella tandhälsoplanen som patienten därefter får del av ifrån vårdgivaren ska hållas digitalt tillgänglig för patienten genom Försäkringskassans självbetjäningstjänst Mina sidor, vilket föreslås närmare regleras i förordning genom befintligt bemyndigande i paragrafen. Försäkringskassan kan behandla planen, som innehåller känsliga personuppgifter,[8] för att genomföra efterhandskontroll över att vårdgivaren uppfyllt sin skyldighet att erbjuda tandhälsoplan. Vårdgivaren ska även lämna uppgift om patienten fått ett erbjudande om en tandhälsoplan, men av någon anledning valt att avstå från en sådan. Överväganden finns i avsnitt 9.2.5.

En *fjärde punkt* införs om att vårdgivaren ska lämna in underlag inför Försäkringskassans prövning av selektivt stöd för patient med särskilda behov. Skyldighet att erbjuda prövning framgår av 2 kap. 10 §. För stöd till basal tandvård under lång tid motsvarar underlaget en särskild bedömning av oral funktion och förmåga till munhygien eller att genomgå en tandvårdsbehandling. För bedömning av stöd för viss behandling kan underlaget vara foton, modeller, röntgen, kefalometrisk analys etcetera. Detta för att ge underlag till Försäkringskassans prövning av patientens tillhörighet till selektivt stöd. Överväganden finns i avsnitt 10.6.2 och 10.8.2.

En *femte punkt* införs om att vårdgivare ska lämna uppgifter till Försäkringskassan om den skriftliga behandlingsplan som överlämnats till patienten inför en mer omfattande behandling. Behandlingsplanen ska härigenom hållas digitalt tillgänglig för patienten genom Försäkringskassans självbetjäningstjänst Mina sidor. När en behandlingsplan ska delges till patienten, och vad denna ska innehålla, föreslås beskrivas i 10 § andra och tredje stycket förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, se vidare avsnitt 1.10. Även det faktum att en omfattande behandling utförts men att behandlingsplan inte återfinns via Mina sidor kan bli föremål för efterhandskontroll av Försäkringskassan. Överväganden finns i avsnitt 9.2.5.

Andra stycket ändras språkligt. Uppgift om patientens risknivå enligt första stycket tredje punkten föreslås bli ett kompletterande

[8] 114 kap. 7 § p. 4 och 5 socialförsäkringsbalken.

mått på patienters tandhälsa vid sidan om kvarvarande och intakta tänder som redan lämnas till Socialstyrelsen enligt stycket.

4 kap. Övriga bestämmelser

1 §

Av paragrafen framgår att Försäkringskassan, på begäran av en vårdgivare, ska tillhandahålla de uppgifter som vårdgivaren, som står i begrepp att behandla en patient, behöver för att korrekt kunna beräkna en patients tandvårdskostnad under innevarande ersättningsperiod med hänsyn till karensgränser i högkostnadstrappan inom skyddet mot höga kostnader och regler för omgörning. Paragrafen är sekretessbrytande för uppgifter om patienten ifrån socialförsäkringsdatabasen till vårdgivaren (se vidare prop. 2007/08:49). Motsvarande sekretessbrytande bestämmelser finns i 28 kap. 6 § offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

Paragrafen ändras redaktionellt genom införande av en punktuppställning. *Första punkten* kan redan med nuvarande lydelse omfatta såväl kostnader inom skyddet mot höga kostnader som kostnader inom det föreslagna selektiva stödet. Därtill kan punkten även omfatta att Försäkringskassans IT-system påvisar ifall en viss förebyggande åtgärd alternativt undersökningsåtgärd, kan utföras, det vill säga är ersättningsberättigande, inom patientens tandhälsoplan. Sådan information behövs för att vårdgivaren ska kunna beräkna en patients kostnad för tandvården. Behövs en förebyggande åtgärd vid besöket och tandhälsoplanen inte medger en sådan inom det tidsintervall som ges i förhållande till patientens risk, kan åtgärden i stället vara ersättningsberättigande inom skyddet mot höga kostnader. Likaså behöver en vårdgivare information om ifall patienten har tillhörighet till selektivt stöd för att korrekt kunna ange patientens kostnad samt välja korrekt stöd. Här omfattas således även uppgift om att det finns en villkorsbegränsning för en åtgärd vid ett visst tillstånd, om regelverket inte tillåter ytterligare subvention utan en förhandsprövning inför fortsatt behandling inom selektivt stöd. Överväganden finns i avsnitt 9.2.2 samt 10.5.9, 10.6.3 och 10.8.3.

En *andra punkt* införs med följande innehåll. En vårdgivare, som får en ny patient som önskar bli revisionspatient hos vårdgivaren, behöver kunskap kring patientens pågående tandhälsoplan. Punkten

omfattar även tandhälsoplan inom selektivt stöd för basal tandvård. Detta innebär information om vilka tandvårdsåtgärder som kan utföras och med vilket tidsintervall, vilka åtgärder inom planen som redan utförts samt behandlingsdatum för detta för att kunna planera in patientens nästa kallelse. Vårdgivaren behöver även kännedom om det inte finns någon påbörjad tandhälsoplan för att kunna erbjuda detta enligt 2 kap. 1 b §. Försäkringskassan ska i dessa situationer bistå vårdgivaren med uppgifterna. Punkten medför en utökning av den information som vårdgivaren behöver ta del av avseende patienten. Det berör endast sådan behandling som kan omfattas av patientens tandhälsoplan, inte tandvård som utförs inom skyddet mot höga kostnader. Överväganden finns i avsnitt 9.2.2.

Därtill införs en *tredje punkt* som ger vårdgivaren information om att ett ärende om selektivt stöd är initierat hos Försäkringskassan så att vårdgivaren kan vara patienten behjälplig. Informationen ges endast till en vårdgivare i färd med att behandla en patient. Exempelvis kan en flaggning i IT-systemet ske om att ett ärende om prövning av stöd för basal tandvård har initierats och att tandvårdens bedömning saknas för att beslut om tillhörighet ska kunna fattas.

2 §

Paragrafen som behandlar återbetalningsskyldighet vid för hög ersättning ändras genom att andra stycket utgår med anledning av förslaget att särskilt tandvårdsbidrag upphör. Överväganden finns i avsnitt 10.9.

3 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om återbetalningsskyldighet vid omgörning av protetik av annan vårdgivare. Bestämmelsen ges en justerad formulering i första stycket 1 med anledning av förslaget om att införa selektivt statligt stöd som en del av det statliga tandvårdsstödet. En behandling inom statligt tandvårdsstöd kan med utredningens förslag såväl vara ersättningsberättigande inom skyddet mot höga kostnader som inom det selektiva stödet och bestämmelsen föreslås även omfatta selektivt stöd. Överväganden finns i avsnitt 10.5.7 samt 10.8.4.

5 a §

Paragrafen, som ges nytt innehåll, innehåller bestämmelser i *första stycket* om att Försäkringskassan ges uppgiften att, när ett intygande om en persons särskilda behov inkommer, initiera ett ärende vid myndigheten för att utföra en prövning av om patienten uppfyller villkoren för personens tillhörighet till selektivt stöd. Ett sådant ärende kan initieras genom ett underlag ifrån en vårdgivare inom tandvården, hälso- och sjukvården alternativt från kommunal verksamhet såsom en framställan om en persons behov av selektivt stöd. Med vårdgivare avses, enligt definition i 1 kap. 2 §, fysisk eller juridisk person som yrkesmässigt bedriver tandvård. Försäkringskassan ska inom ramen för sin allmänna serviceskyldighet informera den berörde om något ytterligare krävs för att beslut ska kunna fattas. Beslutet om tillhörighet ska vara fattat innan behandling påbörjas. Ett beslut ifrån Försäkringskassan gäller enligt huvudregeln omedelbart enligt 4 kap. 9 § tredje stycket.

I *andra stycket* anges att föreskrifter om selektivt stöd, framtagna enligt bemyndigande i 2 kap. 7 § tredje stycket, kan reglera att en viss behandling ska förhandsprövas innan denna påbörjas. Avsikten är att mer kostsamma eller omfattande behandlingar, såsom protetisk behandling alternativt fler behandlingar med viss åtgärdskod än vad som föreskrifterna medger, ska kunna ges en särskild prövning. I övrigt kommer regelverkets olika tillstånd att visa vilka behandlingar som är ersättningsberättigande, i likhet med generellt statligt stöd.

Tredje stycket anger två i punktform undantag vad gäller förhandsprövning enligt första och andra stycket. *Första punkten* fastställer att om vårdgivaren vid besöket upptäcker något som är odontologiskt eller medicinsk nödvändigt att utföra direkt utan att invänta en förhandsprövning för selektivt stöd för viss behandling inom viss tid, ska i stället förhandsprövning utföras när den nödvändiga åtgärden slutförts. Det kan exempelvis vara ett behov av provisoriska kronersättningar vid tandskada som orsakats vid ett epileptiskt anfall. Om behandlingen därefter vid förhandsprövning inte visar sig varit ersättningsberättigande lämnas inte selektivt stöd. Den *andra punkten* anger att om föreskrifter som meddelats med stöd av lagen anvisar att en särskild specialistundersökning ska utföras inom det selektiva stödet för viss behandling inom viss tid innan ansökan om tillhörighet utförs hos Försäkringskassan ska detta ske utan hinder av första

och andra stycket. Specialisttandläkarens undersökning ger underlag till den prövning som sedan utförs om patientens tillhörighet.

Överväganden finns i kapitel 10.

6 §

Paragrafen reglerar sanktion mot en vårdgivare i form av obligatorisk förhandsprövning av vissa tandvårdsåtgärder i varje enskilt fall.

Andra stycket ges ett förtydligande om att tidsbegränsningen som anges, om högst ett år, endast avser beslut om sanktion enligt första stycket. Ändringen innebär att vid annan förhandsprövning, såsom inom selektivt stöd, kan andra tidsbegränsningar sättas i föreskrifter som meddelas med stöd av bemyndigande.

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Lagen träder i kraft den 15 januari 2026 samtidigt med korresponderande ändringar i tandvårdslagen, se avsnitt 13.2.

Överväganden kring datum för ikraftträdande samt kring övergångsbestämmelser avseende tandvårdsbidrag finns i kapitel 13. Här återfinns även övergångsbestämmelser kring de patienter som omfattas av det nuvarande regionala särskilda tandvårdsstödet.

14.4 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659)

Kapitel 6 Skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonal m.fl.

6 §

Bestämmelsen om informationsskyldighet hänvisar till den materiella regleringen i 3 kap. patientlagen (2014:821) om vilken information som ska ges. Även om patientsäkerhetslagen gäller för tandvård enligt 1 kap. 2 § så är detta inte fallet vad gäller patientlagen enligt 1 kap. 3 § patientlagen.

Den ändring som sker är en följdändring av förslagen i 3 b–3 e §§ tandvårdslagen (1985:125) om att tydliggöra vilken slags information tandvårdens vårdgivare ska ge patienten och dennes närstående, se avsnitt 14.1. För överväganden se avsnitt 7.4.6.

Ikraftträdandebestämmelse

Lagen träder i kraft den 1 januari 2023.

14.5 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)

Kapitel 17 Avgifter

6 §

Paragrafen innehåller bestämmelser om högkostnadsskydd avseende avgifter till regioner.

Första stycket, tredje punkten ändras som en följd av förslaget att bestämmelserna om regionalt särskilt tandvårdsstöd i 8 a § tandvårdslagen (1998:125) upphör att gälla. Det nuvarande regionala särskilda tandvårdsstödet, som även regleras genom tandvårdsförordningen (1998:1338), ersätts av bestämmelser om ett nytt selektivt tandvårdsstöd enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd och ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov enligt 8 b § tandvårdslagen. Det är endast vård som utförs enligt 8 b § tandvårdslagen som ska omfattas av bestämmelser för avgifter om öppen hälso- och sjukvård. Statligt selektivt stöd omfattas i stället av tandvårdens skydd mot höga kostnader enligt lagen om statligt tandvårdsstöd. För överväganden se avsnitt 10.10.

Ikraftträdande – och övergångsbestämmelser

Lagen träder i kraft den 15 januari 2026 samtidigt med korresponderande ändringar i tandvårdslagen (1998:125) och lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Tandvårdsåtgärder som påbörjats inom regionernas särskilda tandvårdsstöd före ikraftträdandet ska kunna slutföras i samma stöd. Således ska även dessa behandlingar enligt 8 a § tandvårdslagen kunna omfattas av bestämmelser för avgifter om öppen hälso- och sjukvård enligt övergångsbestämmelser. För överväganden se kapitel 13.

Särskilt yttrande

Särskilt yttrande av experten Lars Olsson

Inledande synpunkter

Svensk tandvård fungerar bra och den vuxna befolkningens tandhälsa har kontinuerligt förbättras sedan det statliga tandvårdsstödet infördes. Tandvården är också enligt Svenskt Kvalitetsindex (SKI) årliga mätningar den mest uppskattade samhällstjänsten.

Den privata tandvården utgör en hörnsten i systemet och majoriteten av de vuxna patienterna går till en privat vårdgivare. En förutsättning för att tandvårdssystemet ska fungera bra är den fria prissättningen och den fria etableringsrätten. Dessa förutsättningar möjliggör för privata aktörer att bedriva tandvård.

I slutbetänkandet anges att sakkunniga och experter har uttryckt avvikande uppfattningar i enskilda frågor. Jag har en särskild avvikande uppfattning.

Prisreglering genom ändring av tandvårdslagen (1985:125) 4 §

I utredningens direktiv framhålls bland annat att utredningen ska pröva vilken betydelse prissättningen på tandvårdsmarknaden har för en jämlik tandvård och tandhälsa, samt pröva om det är motiverat med justeringar eller andra alternativ med beaktande av att systemet även fortsättningsvis ska erbjuda mångfald samt ge tandvårdspatienter goda möjligheter till valfrihet.

Effekter av prisreglering

Att ändra tandvårdslagens (1985:125) 4 § så att den fria prissättningen upphör för vissa behandlingar inom det statliga tandvårdsstödet riskerar att leda till att tandvårdssystemet inte kan erbjuda mångfald eller ge tandvårdspatienter goda möjligheter till val av vårdgivare.

Kostnadsnivån för att bedriva tandvård skiljer sig från en vårdgivare till en annan. Det är därför i stort sett omöjligt att beräkna ett pris som passar alla vårdgivare. En prisreglering leder därmed till att ersättningen blir för låg för en del vårdgivare. Enligt utredningens bedömning går folktandvården med förlust på barn- och ungdomstandvården i cirka hälften av regionerna. Min bedömning är således att införandet av prisreglering inom det statliga tandvårdsstödet kommer att leda till att flera privata vårdgivare kommer att tvingas lägga ner sin verksamhet.

Utredningen visar dessutom att den del av tandvårdsstödet som utredningen föreslår ska prisregleras redan fungerar väl gällande priskonkurrensen. Det är små skillnader mellan olika vårdgivares prissättning och patienten har en god möjlighet att jämföra olika vårdgivare.

Införandet av en prisreglering i det statliga tandvårdsstödet försämrar även konkurrensneutraliteten mellan folktandvården och privata vårdgivare. Detta då regionen har ett ekonomiskt ansvar för folktandvården och därmed är en ekonomisk garant om en verksamhet som bedrivs inte bär sig ekonomiskt. Den redan prisreglerade barn- och ungdomstandvården går med underskott i över hälften av Sveriges regioner.

Synpunkter på avsnitt 9.2.2 Tandhälsoplan ska ersätta ATB, STB och undersökningsprotokoll

Min bedömning är att högkostnadsskyddet inom det statliga tandvårdsstödet fungerar väl och ger ett bra stöd till de patienter som har stora tandvårdsbehov. Jag delar dock utredningens bedömning att den del av det statliga tandvårdsstödet som ska stimulera förebyggande tandvård kan förbättras. En förutsättning för att stödet ska kunna förbättras är att den fria prissättningen bibehålls framöver.

Ett jämlikt och resurseffektivt tandvårdssystem bör innehålla starka incitament för förebyggande och regelbunden tandvård. Dagens huvudsakliga medel för att nå målsättningen, det vill säga ATB och STB, har inte i tillräcklig utsträckning bidragit till måluppfyllelsen. Jag delar därför utredningens bedömning att införandet av en individuell tandhälsoplan som erbjuds alla patienter skulle vara ett bättre incitament för förebyggande och regelbunden tandvård än dagens ATB och STB.

Vidare effekter av prisreglering

Utredningen föreslår även att sådana undersökningar och förebyggande behandlingar som ingår i en tandhälsoplan ska prisregleras och att patientavgiften ska vara fast och uppgå till 200 kronor per besökstillfälle. Enligt utredningens bedömning innebär förslaget att cirka 15 procent av tandvårdsmarknad som i dag omfattas av fri prissättning kommer att prisregleras.

Att utöka den tandvård som prisregleras och införa prisreglering på delar av den tandvård som omfattas av det statliga tandvårdsstödet kommer att få effekter på mångfalden inom tandvården och begränsa patientens valfrihet. En delvis prisreglerad marknad kommer att leda till att delar av den privata tandvården inte längre kan bedriva sin verksamhet och därmed kommer tillgången och mångfalden av vårdgivare att begränsas.

Det finns även en betydande risk att prisregleringen kommer att påverka den tandvårdsmarknad som fortsatt har fri prissättning. Dels så kommer antalet vårdgivare inom tandvården att minska, dels kan prisbilden på den tandvård som fortfarande har fri prissättning påverkas. Det innebär att det finns en stor risk att utredningens förslag kommer att innebära att patienter med mer omfattande tandvårdsbehov kommer att få högre tandvårdskostnader medan patienter med mindre omfattande tandvårdsbehov kommer att få sänkta tandvårdskostnader.

Utöver detta visar erfarenheter från den tid då tandvårdsmarknaden var prisreglerad samt erfarenheter från marknader som i dag är prisreglerade att innehållet i de reglerade åtgärderna av ekonomiska skäl riskerar att begränsas. Detta kan göras av staten eller de enskilda vårdgivarna.

Utredningens främsta argument för ett reglerat pris är att det blir enkelt och förutsägbart för patienten. Min bedömning är att förutsägbarheten är skenbar. Då alla vårdgivare har olika förutsättningar och gör olika bedömningar kommer innehållet i åtgärder som är prisreglerade att skilja sig åt mellan olika vårdgivare. Prisreglering innebär därför tvärtom att det för patienten blir svårare att jämföra och förutsäga priset.

Alternativ modell för ersättning för tandvård som ingår i tandhälsoplanen

Enkelheten och förutsägbarheten uppnås bättre genom att ATB och STB ersätts med ett individuellt bidrag för tandhälsobesöken. Ett sådant ersättningssystem tillfredsställer även de enskilda aktörers möjlighet att bedriva tandvård.

Jag föreslår därför ett individuellt tandvårdsbidrag som baserar sig på den framtagna tandhälsoplanen. Bidraget kan användas till besök tillhörande patientens tandhälsoplan. Storleken på bidraget är individuellt och baserar sig på tandhälsoplanen och därtill hörande riskbedömningar. Mellanskillnaden mellan bidragets storlek och vårdgivarens pris betalas av patienten. Utifrån erfarenhet från den tandvård som i dag bedrivs och framöver skulle omfattas av tandhälsoplanen skulle prisskillnaden mellan olika vårdgivare bli liten även med fri prissättning.

Patienten får kunskap om sitt tandvårdsbidrag via Försäkringskassans Mina sidor men uppmärksammas också om stödet via utskick från Försäkringskassan varje gång en ny tandhälsoplan fastställs.

Referenser

Tryckt material

André Kramer, AC. (2018) *On dental caries and socioeconomy in Swedish children and adolescents – Clinical and register-based studies*.

Astvaldsdottir, Boström, Davidsson, Gabre, Gahnberg, Sandborg Englund et al. (2018) *Oral health and dental care o folder persons – A systematic map of systematic reviews.* Gerodontology 2018; 35:290–304.

Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) (2019) *Drogutvecklingen i Sverige 2019.*

Delegationen för korrekta utbetalningar från välfärdssystemen (2019) *Läckaget i välfärdssystemen, del 1. Rapport 4, juni 2019.*

Dietrich, T. et al. (2015) *Smoking, Smoking Cessation, and Risk of Tooth Loss – The EPIC-Potsdam Study.*

Dir. 2005:136 *Nytt tandvårdsstöd för vuxna.*

Dir. 2018:74 *En kommitté för ökad ekonomisk jämlikhet.*

Ds 1997:16 *Tandvårdsförsäkring i omvandling.*

Ds 2010:42 *Friskare tänder till rimliga kostnader – även för personer med sjukdom och funktionsnedsättning. Förslag om tredje steget i tandvårdsreformen.*

Ds 2015:52 *Patientrörlighet inom EES – kompletterande förslag för tandvården.*

Ds 2015:59 *Särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa.*

Edman, K. et al. (2016) *Prevalence of dental caries and influencing factors. Time trends over a 30-year period in an adult population. Epidemiological studies between 1983 and 2013 in the county of Dalarna, Sweden.*

Eklund P. (2018) Endodonti bakom galler, *Tandläkartidningen nr 5 2018.*

Folkhälsomyndigheten (2018) *Folkhälsans utveckling, årsrapport 2018.*

Folkhälsomyndigheten (2019) *Enkät om tandvårdskostnader*.

Folkhälsomyndigheten (2019) *Jämlik tandhälsa – en analys av självskattad tandhälsa i Sveriges befolkning.*

Franzén, C. och Davidson, T. (2018) Dagens ersättningssystem bör behållas och utvecklas, *Tandläkartidningen nr 9 2018.*

Fägerstad, A. (2019) *No-shows in dental care: perspectives on adolescents' attendance pattern*.

Försäkringskassan (2009) *Prisutvecklingen inom tandvården 2008–2009.*

Försäkringskassan (2010) *Socialförsäkringsrapport 2010:13.*

Försäkringskassan (2011) *Nyttjande av det statliga tandvårdsstöd som infördes 1 juli 2008 – analys ur ett demografiskt och socioekonomiskt perspektiv.*

Försäkringskassan, Socialstyrelsen, TLV (2012) *Journalföring inom tandvården – samverkansprojekt*.

Försäkringskassan (2012) *När tänderna får vänta.*

Försäkringskassan (2012) *Abonnemangstandvård – en beskrivning av abonnemangstandvården och de patienter som tecknar avtal.*

Försäkringskassan (2017) *Korta analyser 2017:5.*

Försäkringskassan (2020) *Utgiftsprognos för budgetåren 2020–2024.* Rapport 2020-10-23.

Gullers Grupp (2019) *Workshops om jämlik tandhälsa – en sammanställning av workshops om jämlik tandhälsa 2019.*

Grant Thornton (2018) *Vårdrapporten – Hur mår den privata vård och omsorgssektorn i Sverige? – Vårdrapporten 2018*.

Grant Thornton (2020) *Hur mår den privata vård- och omsorgssektorn i Sverige? – Vårdrapporten 2020*.

Haglund, B., Swanholm, G. (2018) Kapitationssystemet är ett framgångskoncept, *Tandläkartidningen nr 11 2018.*

Happonen R-P., Koch B. (2009) *Framtidens oralkirurgi i Stockholms läns landsting – En översyn 2009*, *Stockholms läns landsting.*

Hugo, L. Kedjeföretagen utmanar Praktikertjänst, *Tandläkartidningen nr 11 2017.*

IVO (2014) *Tillsyn av tandvården 2013 – en sammanställning av resultat och iakttagelser i tillsynen.*

IVO (2017) *Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården – nationell tillsyn 2017.*

IVO (2018) *Patientsäkerhet och kvalitet hos små vårdgivare i tandvården – nationell tillsyn 2017.*

IVO (2019) *Rapport: Patienternas berättelser 2018 – Analys av patienters och närståendes berättelser gällande delaktighet och information.*

IVO (2019) *Vad har IVO sett 2018? – Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2018.*

ISF (2016) *Omfördelning inom tandvårdsstödets högkostnadsskydd.*

ISF (2016) *Inkomstens betydelse för tandvårdskonsumtion.*

Johansson, AK (2004) *Dental erosion – Modernt tandslitage och en ny folksjukdom.*

Johnsson, L-Å. Vetenskap och (eller) beprövad erfarenhet i hälso- och sjukvården, *Ny Juridik nr 3 2017*.

Klingberg, G. och Broberg AG. (2007) *Dental fear/axiety and dental behavior management problems in children and adolescents.*

Klinge, B. (2010) *Munnen – tänder, kropp och själ.*

Konkurrensverket (2006) *Tjänstemarknader där konsumenten har ett informationsunderläge.*

Konkurrensverket (2013) *Konkurrensen i Sverige 2013, Rapport 2013:10.*

Konkurrensverket (2018) *Konkurrensen i Sverige 2018.*

Konjunkturrådet (2019) *Kommunernas framtid 2019*.

André Kramer, AC. 2018. *On dental caries and socioeconomy in Swedish children and adolescents – Clinical and register-based studies.*

Lagrådsremiss 2016-05-19 *Särskilda satsningar på ungas och äldres hälsa.*

Lantto, A. et al. (2018) Oral status and prosthetic treatment needs in functionally impaired and elderly individuals, *The International Journal of Prosthodontics, Volume 31, nr 5, 2018.*

Livsmedelsverket (2018) *Riksmaten ungdom 2016–17. Livsmedelskonsumtion bland ungdomar i Sverige.*

Lundbäck, M. för Privattandläkarna. 2017. *Framtidens tandvård för barn och unga.*

Länsstyrelsen Stockholm (2019) *Projektplan för Folkhälsopilot Stockholm – skräddarsytt stöd till hälsofrämjande och förebyggande arbete.*

Myndigheten för vårdanalys (2014) *Nationella kvalitetsregisters täckningsgrad – beskrivning, beräkning och bedömning.*

Myndigheten för vårdanalys (2015) *Tandlösa tandvårdsstöd: En analys av hur tandvårdsstöd fungerar för den äldre befolkningen.*

Norderyd, O. et al. (2015) *Oral health of individuals aged 3–80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973–2013).*

Norhammar, A. et al. (2019) *Undetected Dysglycemia an Important Risk Factor for Two Common Diseases Myocardial Infarction and Periodontitis – A Report From the PAROKRANK Study.*

OECD och Europeiska kommissionen (2016) *Health at a glance: Europe.*

OECD och Europeiska kommissionen (2018) *Health at a glance: Europe.*

OECD (2019) *Health at a Glance 2019.*

Ordell, S. Från hantverk till akademisk profession: Framväxten och utvecklingen av tandvården i Sverige, *Tandläkartidningen nr 4 2012.*

De Palma, P. (2007) *Oral health among a group of homeless individuals from dental professionals' and patients' perspective.*

Pensionärernas Riksorganisation (2018) *Bit ifrån, delrapport 1. Äldre personer utan omsorgsbehov.*

Peres, M. et al. (2019) *Oral diseases – a global public health challenge.*

Privattandläkarna (2020) *Skrivelse till Socialminister Lena Hallengren 2020-10-23.*

Priwe, C. (2010) *Tandhälsa hos män intagna på en svensk sluten kriminalvårdsanstalt: Forskning och utvärdering inom Kriminalvården, projektnummer 2010:176*.

Prop. 1973:45 *Kungl. Maj:ts proposition med förslag om allmän tandvårdsförsäkring m.m*.

Prop. 1981/82:97 *Regeringens proposition om hälso- och sjukvårdslag m.m.*

Prop. 1984/85:79 *Regeringens proposition med förslag till tandvårdslag m.m.*

Prop. 1992/93:43 *Ökad konkurrens i kommunal verksamhet.*

Prop. 1992/93:159 *Om stöd och service till vissa funktionshindrade.*

Prop. 1995/96:119 *Reformerad tandvårdsförsäkring.*

Prop. 1995/96:176 *Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.*

Prop. 1996/97:60 *Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

Prop. 1997/98:112 *Reformerat tandvårdsstöd.*

Prop. 2001/02:51 *Bättre tandvårdsstöd för äldre m.m*.

Prop. 2007/08:49 *Statligt tandvårdsstöd.*

Prop. 2007/08:105 *Lag om hälso- och sjukvård åt asylsökande m.fl.*

Prop. 2011/12:7 *Tandvård för personer med vissa sjukdomar eller funktionsnedsättningar.*

Prop. 2012/13:109 *Hälso- och sjukvård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd.*

Prop. 2012/13:150 *Patientrörlighet i EU – förslag till ny lagstiftning.*

Prop. 2013/14:106 *Patientlag*.

Prop. 2016/17:122 *Ett mer ändamålsenligt klagomålssystem i hälso- och sjukvården*.

Prop. 2017/18:249 *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik.*

Prop. 2018/19:1 *Budgetpropositionen för 2019.*

Prop. 2020/21:1 *Budgetpropositionen för 2021.*

Prop. 2020/21:57 *Lag om estetiska kirurgiska ingrepp och estetiska injektionsbehandlingar.*

Regeringsbeslut 2008-12-19 *Uppdrag angående tandvårdsdata för uppföljning av tandvårdsstödet och för att analysera regelverkets effekter.*

Regeringsbeslut 2016-06-16 *Uppdrag att ta fram underlag för beslut om hur barn- och ungdomstandvården kan omfattas av tandhälsoregistret.*

Regeringen (2018) *Regleringsbrev för budgetåret 2018 avseende Försäkringskassan, S2019/00547/SF.*

Regeringen (2018) *Kommittédirektiv 2018:74.*

Region Stockholm Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Slutrapport – Pilotstudie avseende granskning av nödvändig tandvård i Stockholms län, 2020, HSN 2018–0259.*

Riksrevisionen (2006) Tandvårdsstöd för äldre, RiR 2006:9.

Riksrevisionen (2012) *Tandvårdsreformen 2008 – når den alla?*

Riksrevisionen (2018) RiR 2018:8 *Den kommunala finansieringsprincipen – tillämpas den ändamålsenligt?*

Ryden, L. et al. (2016) *Periodontitis Increases the Risk of a First Myocardial Infarction – A Report From the PAROKRANK Study.*

Rådet för främjande av kommunala analyser (2018) *Kostnadsnyckeltal för vården i Kolada.*

Saekel, R. (2018) *Evaluation of different oral care systems: Results for Germany and selected highly developed countries. An update of a former study.*

Sahlin et al. (2020) Så uppfattar tandläkare beprövad erfarenhet – några resultat från en enkätstudie. *Tandläkartidningen nr 7 2020.*

SBU (2007) *Karies – diagnostik, riskbedömning och icke-invasiv behandling.*

SBU (2014) *En systematisk kartläggning och granskning av systematiska översikter inom barn- och ungdomstandvården – vad vet vi egentligen?*

SCB (2016) *Beskrivning av statistiken: Fördelningsanalytiskt statistiksystem för inkomster och transfereringar 2014.*

SCB (2017) *Trender och Prognoser 2017.*

SCB (2019) *Vilka utbildningar ger jobb? – Arbetskraftsbarometern 2019.*

SCB (2019) *Undersökningen om levnadsförhållanden.*

SCB (2018) *Hälsoräkenskaperna.*

Senior Alert (2019) *Årsrapport 2018.*

SFS 2019:116 *Förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.*

SKaPa (2019) *Årsrapport 2018*.

SKaPa (2020) *Årsrapport 2019*.

Skolverket (2019) *PISA 2018 15-åringars kunskaper i läsförståelse, matematik och naturvetenskap.*

SKR (2019) *Hälso- och sjukvård åt asylsökande under år 2018.*

SKR (2019) *Hälso- och sjukvårdsrapporten 2019.*

SKR (2020) *Uppföljning av regionernas särskilda tandvårdsstöd år 2019.*

SKR (2020) *Patientavgifter i öppen hälso- och sjukvård år 2020.*

SKR (2020) *Ekonomirapporten, oktober 2020. Om kommunernas och regionernas ekonomi.*

Socialdepartementet/SKL (2016) *Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård.*

Socialdepartementet (2020) *Promemoria, Särskild beräkning av tandvårdsersättning med anledning av sjukdomen covid-19.*

Socialstyrelsen (1998) *Rapport om oralkirurgiska åtgärder som i framtiden ska ersättas enligt Hälso- och sjukvårdens avgiftssystem*.

Socialstyrelsen (2004) *Meddelandeblad – Vägledning för landstingens särskilda tandvårdsstöd enligt tandvårdslag och tandvårdsförordning samt samverkan mellan kommuner, primärvård och tandvård, mars 2004.*

Socialstyrelsen (2008) *Framtida statistikredovisning om barn och ungdomars tandhälsa.*

Socialstyrelsen (2008) *Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:13) om uppgiftsskyldighet till tandhälsoregistret.*

Socialstyrelsen (2013) *Barn som far illa eller riskerar att fara illa – En vägledning för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningsskyldighet och ansvar.*

Socialstyrelsen (2013) *Målgruppen för de särskilda tandvårdsstöden uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård – Redovisning av regeringsuppdrag*.

Socialstyrelsen (2013) *Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga.*

Socialstyrelsen (2013) *Ekonomiskt bistånd – Handbok för socialtjänsten.*

Socialstyrelsen (2013) *Nationell utvärdering 2013 Tandvård – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning.*

Socialstyrelsen (2014) *Vård för papperslösa, vård som inte kan anstå, dokumentation och identifiering vid vård till personer som vistas i landet utan tillstånd.*

Socialstyrelsen (2015) *Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift – validering av registeruppgifter om tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift vid Socialstyrelsen.*

Socialstyrelsen (2016) *Meddelandeblad - Tandvård till hälso- och sjukvårdsavgift*.

Socialstyrelsen (2016) *Hälso- och sjukvård och tandvård till asylsökande och nyanlända.*

Socialstyrelsen (2017) *PM Tandvård till barn, unga och asylsökande i tandhälsoregistret.*

Socialstyrelsen (2017) *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget – delrapport.*

Socialstyrelsen (2017) *Nationella planeringsstödet 2017 – Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.*

Socialstyrelsen (2018) *Statistik om försörjningshinder och ändamål med ekonomiskt bistånd år 2017*.

Socialstyrelsen (2018) *Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga särskilda tandvårdsbidraget – slutrapport.*

Socialstyrelsen/Universitetskanslerämbetet (2019) *Framtidens vårdkompetens. Stärkt samverkan för att möta hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjningsbehov.*

Socialstyrelsen (2019) *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2019.*

Socialstyrelsen (2020) *Statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2019 samt arbetsmarknadsstatus 2018.*

Socialstyrelsen (2020) *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård – Nationella planeringsstödet 2020.*

Socialstyrelsen (2020) *Karies bland barn och ungdomar – Epidemiologiska uppgifter för år 2018.*

Socialstyrelsen (2020) *Effekter av covid-19 på besök i tandvården – del 2.*

Socialutskottets betänkande 1997/98*: SoU25 Reformerat tandvårdsstöd.*

SOU 1946:87 *Betänkande om tandläkarutbildningens ordnande m.m. – del 2 hjälpkrafterna.*

SOU 1972:81 *Allmän tandvårdsförsäkring. Betänkande av 1970 års utredning om tandvårdsförsäkring.*

SOU 1979:7 *Tandvården i början av 80-talet. Betänkande av 1978 års tandvårdsutredning.*

SOU 1982:4 *Tandvården under 80-talet.*

SOU 1993:93 *Vårdens svåra val – Rapport från utredningen om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.*

SOU 1998:2 *Tänder hela livet – nytt ersättningssystem för vuxentandvård.*

SOU 2001:8 *Prioriteringar i vården – perspektiv för politiker, profession och medborgare.*

SOU 2001:36 *Bättre tandvårdsförsäkring för äldre.*

SOU 2006:27 *Stöd till hälsobefrämjande tandvård, del 1.*

SOU 2006:71 *Stöd till hälsobefrämjande tandvård del 2.*

SOU 2007:19 *Friskare tänder – till rimliga kostnader.*

SOU 2015:76 *Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter.*

SOU 2015:104 *Långtidsutredningen 2015, huvudbetänkande.*

SOU 2016:02 *Effektiv vård.*

SOU 2017:12 *Att ta emot människor på flykt Sverige hösten 2015.*

SOU 2017:47 *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa.*

SOU 2017:48 *Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård.*

SOU 2017:56 *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?*

SOU 2017:76 *Enhetliga priser på receptbelagda läkemedel.*

SOU 2020:46 *En gemensam angelägenhet, volym 1.*

Statistisk sentralbyrå (2016) *Tannhelse blant vaksne i Sverige og Norge. Ein sosioøkonomisk analyse.*

Statskontoret (2018) *Stöd i klagomålsprocessen till patientgrupper som inte omfattas av patientnämndernas verksamhet*, Dnr 2018/9-5.

Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) (2002) *Rökning och ohälsa i munnen.*

Stiftelsen Stockholm Läns Äldrecentrum (2007) *Uppsökande tandvård – Många berättigade är okända, Rapport 2007:9.*

Svenskt Kvalitetsindex (2017).

Sveriges förenade studentkårer (2018) *SFS bostadsrapport 2018.*

Sundhetsstyrelsen (2017) *Evaluering af National Klinisk Retningslinje for fastlæggelse af intervaller mellem diagnostiske undersøgelser i tandplejen.*

SWECO (2018) *Sveriges nya geografi, Arena för tillväxt.*

TLV (2013) *Konsekvensutredning rörande föreslagen ändring i TLV:s föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd till 1 januari 2013.*

TLV (2014) *Nulägesbeskrivning av det statliga tandvårdsstödet.*

TLV (2015) *Effekten av 2008 års tandvårdsreform på vårdgivarpriser.*

TLV (2018) *Remiss Förslag till ändringar av Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd, till den 15 januari 2019*, Dnr 00742/2017.

TLV (2019) *Konsekvenserna av höjningen av det allmänna tandvårdsbidraget i april 2018.*

TLV (2019) *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd, omtryck HSLF-FS 2019:9.*

Tonetti MS. m.fl., Dental caries and periodontal diseases in the ageing population: call to action to protect and enhance oral health and well-being as an essential component of healthy ageing – Consensus report of group 4 of the joint EFP/ORCA workshop on the boundaries between caries and periodontal diseases,
Journal of Clinical Periodontology, nr 44, 2017.

Västra Götalandsregionen (2018) *Rapport Oralkirurgiska åtgärder enligt § 2 i tandvårdsförordningen (1998:1338) – Vårdbeskrivning dnr HS 2018-00839.*

Wahlin, Å. (2017) *Periodontal health and disease in two adult populations in Sweden.*

Webbsidor och webbpublikationer

Eurostats hemsida
https://ec.europa.eu/eurostat/en/web/products-eurostat-news/-/DDN -20190215-1, uttag 2020-09-04.

Försvarsmakten
https://jobb.forsvarsmakten.se/sv/utbildning/grundutbildning/villkor/forsakring-gu/, uttag 2019-01-24.

Försäkringskassans hemsida
https://www.forsakringskassan.se/tandvard/for-dig-inom-tandvarden/statligt-tandvardsstod, uttag 2019-03-28.

Försäkringskassans hemsida
https://www.forsakringskassan.se/privatpers/sjuk/om-du-har-skadat-dig-i-arbetet/ersattning-for-kostnader-vid-arbetsskada, uttag 2019-03-22.

Ineras hemsida https://www.inera.se/tjanster/alla-tjanster-a-o/intygstjanster/ uttag 2020-09-20.

Karnov webbtjänst Clevesköld L, Socialtjänstlag (2001:453) 4 kap. 1 §, Karnov 2018-10-01 (JUNO), uttag 2019-02-11.

Migrationsinfo, forskning och statistik om integration och migration i Sverige. www.migrationsinfo.se, uttag 2020-11-26.

Norrländska Socialdemokraten https://nsd.se/nyheter/tandvardschefen-varnar-for-nedlaggningar-nm5203965.aspx, uttag 2020-11-28.

Nätverket för tandvård åt hemlösa https://ki.se/dentmed/natverket-for-tandvard-at-hemlosa, uttag 2020-07-08.

Praktikertjänst årsredovisningar åren 2013–2018. https://www.praktikertjanst.se/om-oss/arsredovisningar, uttag 2020-12-01.

Regeringens hemsida https://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/09/fler-ska-ha-rad-att-ga-till-tandlakaren, uttag 2020-09-28.

Regeringens hemsida www.regeringen.se/4a6bbe/globalassets/regeringen/dokument/finansdepartementet/exceldokument/bp-for-2021/nyckeltal-prognos-21-september-2020.xlsx, uttag 2020-10-20.

Regeringens budgetpropositioner för åren 2009–2014. www.regeringen.se/rattsliga-dokument/proposition, uttag 2020-08-24.

SCB:s hemsida https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/sveriges-befolkning, uttag 2020-10-07.

SKaPa:s hemsida http://www.skapareg.se/kort-om-skapa, uttag 2020-08-03.

Skatteverkets hemsida. https://www.skatteverket.se/privat/folkbokforing/attvarafolkbokford/folkbokfordparattadress, uttag 2020-09-23.

Skatteverkets hemsida. https://www.skatteverket.se/privat/folkbokforing/flyttanmalan/anmalaflyttsomstudent, uttag 2020-09-23.

Socialstyrelsen, Statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal, uttag,2019-10-16, http://www.socialstyrelsen.se/Statistik/statistikdatabas.

Sveriges Bryggerier http://www.sverigesbryggerier.se, uttag 2020-10-06.

SKR:s hemsida https://skr.se/halsasjukvard/overenskommelsermellanskroch regeringen, uttag 2020-11-28 https://skr.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/elektroniskalakarintyg.1028.html, uttag utfört 2020-09-29.

Tandläkarförbundets hemsida https://tandlakarforbundet.se/app/uploads/2017/01/barn-som-far-illa.pdf, uttag 2020-02-04.

TLV (2019) Handbok till HSLF-FS 2019:9, TLV:s föreskrift om statligt tandvårdsstöd, version 11.0.

TLV:s hemsida www.tlv.se/tandvard/tandvardsmarknaden.html, uttag 2019-11-14.

Västra Götalandsregionen. www.vgregion.se/halsa-och vard/vardgivarwebben/vardskiftet/aktuellt-vardskiftet/nyheter/ai-hjalper-tandlakaren-hitta-karies/, uttag 2020-12-15.

WHO:s hemsida www.who.int/data/data-collection-tools/world-health-survey-plus, uttag 2020-09-04.

WHO:s CAPP databas, https://capp.mau.se/dental-caries, uttag 2020-09-02.

1177. https://www.1177.se/Tema/Tander/Sa-fungerar-tandvarden/Forsakringar-vid-tandskador/, uttag 2019-03-22.

Regeringskansliet

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0026-2 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB
Bild: Martin Färnsten
Bildbearbetning: Agneta S Öberg

När behovet får styra

– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa

Vol. 2, bilagor

BETÄNKANDE AV
UTREDNINGEN OM
JÄMLIK TANDHÄLSA

STATENS OFFENTLIGA UTREDNINGAR

SOU 2021:8

När behovet får styra

– ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa

Vol. 2, bilagor

Betänkande av Utredningen om jämlik tandhälsa

Stockholm 2021

SOU 2021:8

SOU och Ds finns på regeringen.se under Rättsliga dokument.

Svara på remiss – hur och varför
Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).
Information för dem som ska svara på remiss finns tillgänglig på regeringen.se/remisser.

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet
Omslag: Elanders Sverige AB
Tryck och remisshantering: Elanders Sverige AB, Stockholm 2021

ISBN 978-91-525-0026-2
ISSN 0375-250X

Innehåll

Sammanfattning **25**

1 Författningsförslag **53**

1.1 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) 53

1.2 Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) 59

1.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd 65

1.4 Förslag till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 82

1.5 Förslag till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 83

1.6 Förslag till förordning om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov 84

1.7 Förslag till förordning om ändring i förordningen (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m. 88

1.8 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration 89

1.9 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket 92

1.10 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd 93

1.11 Förslag till förordning om ändring i förordningen (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen 111

2 Utredningens uppdrag och arbetssätt 113

2.1 Uppdraget 113

2.2 Arbetssätt 114
2.2.1 Expert- och sakkunniggrupp samt referensgrupper 114
2.2.2 Hearings och verksamhetsbesök 116
2.2.3 Övriga möten och arrangemang 116
2.2.4 Konferenser med workshops 117

2.3 Några reflektioner och kommentarer till uppdraget 117

2.4 Några frågor som enligt utredningen kan behöva utredas vidare 119
2.4.1 Tillståndsplikt 119
2.4.2 Lärosätenas förutsättningar att bedriva tandläkar- och tandhygienistutbildningar 120
2.4.3 Upphandling av regionfinansierad tandvård 120
2.4.4 Reformering av tandvårdslagstiftningen 121
2.4.5 Övrigt 123

2.5 Några centrala ord och begrepp 123
2.5.1 Oral hälsa och tandhälsa 123
2.5.2 Tandvård 125
2.5.3 Jämlik tandvård 126
2.5.4 Tandvårdssystemet 127
2.5.5 Utredningens definition av ett jämlikt tandvårdssystem 127
2.5.6 Tandvårdsförsäkring 128
2.5.7 Regioner och landsting 129
2.5.8 Ordlista 129
2.5.9 Förkortningar 131

2.6 Betänkandets disposition 131

3 Omvärldsfaktorer som påverkar tandhälsan och tandvården ... 133

3.1 Inledning ... 133

3.2 Den demografiska utvecklingen ... 133

3.3 Urbaniseringen ... 135

3.4 Migrationen ... 136

3.5 Välfärdssystemets utveckling och skillnader i livsvillkor ... 138

3.6 Ekonomisk fördelning, inkomster och förmögenheter ... 139

3.7 Förändrade levnadsvanor och konsumtionsmönster ... 141
3.7.1 Om barn och ungas matvanor ... 141
3.7.2 Sötsaker, godis och socker ... 142
3.7.3 Läsk och energidryck ... 143
3.7.4 Tobaksbruk ... 144

3.8 Covid-19-pandemin ... 145

4 Det svenska tandvårdssystemet ... 149

4.1 Det svenska tandvårdssystemets uppbyggnad ... 149
4.1.1 Gränsen mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård ... 150
4.1.2 Gränsen mellan rent estetisk tandvårdsbehandling och övrig tandvård ... 151

4.2 Tandvård till barn och unga vuxna ... 153
4.2.1 Framväxten av tandvårdsstöden till barn och unga vuxna ... 153
4.2.2 Dagens avgiftsfria tandvård till barn och unga vuxna ... 155
4.2.3 Tandvårdens ersättning och den tandvård som omfattas ... 156

4.3 Det statliga tandvårdsstödet ... 157
4.3.1 Framväxten av det statliga tandvårdsstödet ... 157
4.3.2 Dagens statliga tandvårdsstöd ... 161
4.3.3 Allmänt tandvårdsbidrag ... 162
4.3.4 Särskilt tandvårdsbidrag till vissa riskgrupper ... 162

4.3.5 Referenspriser ... 164
4.3.6 Skyddet mot höga kostnader ... 165
4.3.7 Avtal om abonnemangstandvård ... 166

4.4 Specialisttandvård ... 167
4.4.1 Framväxten av specialisttandvården ... 167
4.4.2 Dagens specialisttandvård ... 168

4.5 Regionernas särskilda tandvårdsstöd till vuxna ... 170
4.5.1 Särskilt tandvårdsstöd för oralkirurgiska åtgärder ... 171
4.5.2 Särskilt tandvårdsstöd som ett led i sjukdomsbehandling, under en begränsad tid ... 173
4.5.3 Särskilt tandvårdsstöd för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning ... 177
4.5.4 Särskilt tandvårdsstöd för extremt tandvårdsrädda personer ... 182
4.5.5 Särskilt tandvårdsstöd för utbyte av tandfyllningar ... 183
4.5.6 Särskilt tandvårdsstöd för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för äldre och funktionshindrade ... 184
4.5.7 Tandvård till asylsökande och papperslösa ... 189

4.6 Andra stödformer för tandvård ... 191
4.6.1 Tandvård genom ekonomiskt bistånd ... 191
4.6.2 Tandvård via avtal och försäkringar ... 192
4.6.3 Organisationers bistånd till personer som inte har råd ... 194
4.6.4 Tandvård inom Försvarsmakten ... 197
4.6.5 Tandvård inom Kriminalvården ... 197

4.7 Olika modeller för vårdgivarens ersättning från tandvårdssystemet ... 199
4.7.1 Kapitering inom tandvård till barn och unga vuxna ... 199
4.7.2 Ersättning per åtgärd inom statligt tandvårdsstöd ... 200
4.7.3 Ersättning per åtgärd inom särskilda tandvårdsstöden ... 201

4.8 Patientens ställning 201
4.8.1 När patienten inte blir nöjd 205
4.8.2 När behandlingens kvalitet brister 207
4.8.3 När patienten blir skadad 207
4.8.4 Avtalsförhållandet mellan patient och vårdgivare inom det statliga tandvårdsstödet 208
4.8.5 Patienternas kunskap om sin tandhälsa och om tandvårdssystemet 209

4.9 Nationella riktlinjer för tandvård 210

5 Tandhälsan i Sverige – utveckling och nuläge 213

5.1 Inledning 213

5.2 De vanligaste orala sjukdomarna 214
5.2.1 Karies är en av de vanligaste infektionssjukdomarna 214
5.2.2 En av tio personer har allvarlig parodontit 214
5.2.3 Erosion är ett allt vanligare tillstånd 215

5.3 Tandhälsans utveckling – en historisk översikt 216

5.4 Mått på tandhälsan i befolkningen 217
5.4.1 Antal kvarvarande och intakta tänder 218
5.4.2 Index för kariesförekomst 219
5.4.3 Kariesförekomst bland de svårast sjuka – SiC-index 220
5.4.4 Andel patienter med förekomst av parodontit 220
5.4.5 Patientens upplevelser av den egna tandhälsan 221
5.4.6 Samband mellan tandhälsa och övrig hälsa 222
5.4.7 Levnadsvanor och tobaksanvändning 223

5.5 Barn och unga vuxnas tandhälsa 224
5.5.1 Positiv kariesutveckling bland barn men trendbrott för 6-åringar 224
5.5.2 Små skillnader i kariesförekomst mellan könen 226
5.5.3 Viss regional skillnad i kariesförekomst 226
5.5.4 Barn med karies har ytterligare ökat sin kariesförekomst 227
5.5.5 Kariesförekomsten bland små barn med mest sjukdom varierar över landet 229

5.5.6 Socioekonomi har betydelse för skillnader i barns tandhälsa 230

5.6 Kvarvarande och intakta tänder bland vuxna 230
5.6.1 Förbättrad tandhälsa bland unga vuxna 20–23 år .. 231
5.6.2 Befolkningen har fler kvarvarande tänder 233
5.6.3 Inga tydliga skillnader mellan kvinnor och män 235
5.6.4 Fler kvarvarande tänder bland äldre patienter 235
5.6.5 Skillnader i tandhälsa på befolkningsnivå minskar över tid men ökar med ålder 236
5.6.6 Inkomst har större betydelse för skillnader i tandhälsa bland äldre än bland yngre 238
5.6.7 Sämre tandhälsa för patienter med särskilt tandvårdsstöd 238
5.6.8 Socioekonomisk position har betydelse för tandhälsan 240
5.6.9 Tandhälsan hos nyanlända 244

5.7 Förekomst av karies hos vuxna 245
5.7.1 Historisk utveckling av kariesförekomsten visar på stadig förbättring under lång tid 245
5.7.2 Kariesförekomsten fortsätter att minska 247

5.8 Förekomst av parodontit bland vuxna 248
5.8.1 Förekomsten av parodontit har under lång tid minskat 248
5.8.2 Förekomsten av parodontit har ökat under 2010-talet 250

5.9 Den självskattade tandhälsan har förbättrats 250
5.9.1 Kvinnor och unga har bättre självskattad tandhälsa 251
5.9.2 Inkomst är en viktig faktor för den upplevda tandhälsan 252
5.9.3 Stora skillnader i självskattad tandhälsa mellan socioekonomiska grupper 253
5.9.4 Funktionsnedsättning och upplevd tandhälsa 255
5.9.5 Levnadsvanors betydelse för tandhälsan 256
5.9.6 Samband mellan upplevd tandhälsa och risk för oral sjukdom 257

5.10 Svensk tandhälsa är bra i ett internationellt perspektiv 258
5.10.1 Få personer med ett ej uppfyllt tandvårdsbehov i Sverige 259
5.10.2 En nordisk jämförelse av ej uppfyllt tandvårdsbehov 261

6 Svensk tandvård – utveckling och nuläge 263

6.1 Inledning 263

6.2 Register och undersökningar om tandvård och tandhälsa 264
6.2.1 Goda möjligheter till uppföljning av tandvård i det statliga tandvårdsstödet 265
6.2.2 Ingen sammanhållen uppföljning av den regionalt finansierade tandvården 265
6.2.3 Tandhälsoregistret har medfört förbättrade möjligheter att studera tandhälsans utveckling ... 266
6.2.4 FASIT används för att studera effekterna av tandvårdsreformer 267
6.2.5 Svenskt kvalitetsregister för Karies och Parodontit 268
6.2.6 Inget rikstäckande register för tandvård till barn och unga vuxna 269

6.3 Finansiering av tandvårdssystemets olika delar 269
6.3.1 Stabil utveckling av tandvårdskostnaderna 270
6.3.2 Finansiering inom det statliga tandvårdsstödet ... 272
6.3.3 Regionfinansierad tandvård 275

6.4 Tandvårdsbranschen 282
6.4.1 Hälften av landets behandlare arbetar privat och hälften offentligt 283
6.4.2 Trend mot fler behandlare och färre vårdgivare i tandvården 285
6.4.3 Utförare inom tandvården 286
6.4.4 Den privata marknaden utvecklas mot allt färre vårdgivare men ökar sin omsättning 293
6.4.5 Folktandvården går med underskott i vissa regioner 296

6.4.6 Abonnemangstandvården omsätter en och en halv miljard kronor ... 297

6.5 Personalen i tandvården ... 298
6.5.1 De med tandvårdsutbildning är i stor utsträckning yrkesverksamma inom tandvården ... 300
6.5.2 Tandvården är en kvinnodominerad bransch ... 301
6.5.3 Tandvårdens personal blir allt äldre – och yngre ... 302
6.5.4 Antalet som examineras från tandvårdsutbildningarna varierar från år till år ... 304
6.5.5 Få tandhygienistlegitimationer utfärdades år 2019 ... 305
6.5.6 Antalet privat anställda specialisttandläkare ökar ... 307
6.5.7 Fler behandlare i tandvården men många är nyligen examinerade ... 307
6.5.8 Regionala skillnader i tillgängligheten till behandlare ... 308
6.5.9 Tandvården upplever en brist på personal ... 314

6.6 Patienter inom tandvård till barn och unga vuxna ... 317
6.6.1 Listning sker vanligtvis vid 3 års ålder ... 318
6.6.2 De flesta barn besöker tandvården regelbundet ... 319
6.6.3 Regionala skillnader i hur ofta barn besöker tandvården ... 321
6.6.4 Besök för personer 20–23 år ... 321

6.7 Patienter inom statligt tandvårdsstöd ... 322
6.7.1 Regionala skillnader i besöksfrekvens ... 323
6.7.2 Ekonomi och socioekonomi har betydelse för besöksmönstret ... 326
6.7.3 Generell trend mot lägre besöksfrekvens i tandvården ... 327
6.7.4 En patient besöker tandvården i snitt två gånger per år ... 328
6.7.5 Vilka åtgärder utförs? ... 331
6.7.6 Relationen mellan basundersökning och efterföljande behandling ... 333

6.7.7 Vilka blir undersökta mer än statistiskt förväntat? 338
6.7.8 De som endast besöker tandvården vid akuta besvär 341
6.7.9 Patienternas behandlingspanorama förändras 345
6.7.10 Tandvårdskostnaden skiljer sig stort mellan patienter 353
6.7.11 Vilka tar del av det statliga högkostnadsskyddet? 359
6.7.12 Patienternas kännedom om ATB 364
6.7.13 Patienternas nyttjande av STB 368
6.7.14 Felaktiga utbetalningar i det statliga tandvårdsstödet 372

6.8 Patienter med abonnemangstandvård 373
6.8.1 Abonnemangstandvården ökar i omfattning 374
6.8.2 Unga kvinnor är mest benägna att ingå avtal om abonnemangstandvård 374
6.8.3 Regionerna tillämpar modellen i varierande grad 376
6.8.4 Abonnemangstandvård är mindre vanligt i socioekonomiskt utsatta grupper 377
6.8.5 Låg sjukdomsrisk bland patienter med abonnemang 379

6.9 Patienter inom särskilt tandvårdsstöd 380
6.9.1 Patienter inom oralkirurgiska åtgärder 382
6.9.2 Patienter inom nödvändig tandvård och uppsökande verksamhet 382
6.9.3 Patienter med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning 385
6.9.4 Patienter med tandvård som led i sjukdomsbehandling 389
6.9.5 Personer med särskilt stöd besöker tandvården oftare 390
6.9.6 Tandvård för extremt tandvårdsrädda personer och utbyte av tandfyllningar 392
6.9.7 Behandlingspanoramat för patienter med mer långvarigt särskilt stöd 392
6.9.8 Kostnad per patient inom det särskilda tandvårdsstödet 395

6.10 Patienter som erbjuds sådan tandvård som inte kan anstå ... 397

6.11 De som inte besöker tandvården ... 399
6.11.1 En av tio vuxna har inte besökt tandvården på tio år ... 399
6.11.2 Grupper med sämre tandhälsa är överrepresenterade bland de som inte nyttjar tandvårdsstödet ... 401
6.11.3 Personer som uppger att de inte besöker tandvården trots behov ... 403

6.12 Prisutveckling på tandvårdsmarkanden ... 404
6.12.1 Ersättning till vårdgivare för tandvård till barn och unga vuxna ... 404
6.12.2 Utvecklingen av vårdgivarpriserna i det statliga tandvårdsstödet ... 407
6.12.3 Höjt ATB minskade patienternas kostnadsandel ... 416
6.12.4 Kostnader enligt statistiken och de kostnader som inte syns ... 417

6.13 Svensk tandvård i ett internationellt perspektiv ... 419

7 Förutsättningar för vårdgivare, medarbetare och patienter i tandvården ... 423

7.1 Tandvårdens uppdrag och ansvar ... 424
7.1.1 En god tandhälsa och tandvård på lika villkor för hela befolkningen ... 424
7.1.2 Etiska principer inom tandvård ... 426
7.1.3 Regionala variationer i samverkan mellan offentlig och privat verksamhet ... 430
7.1.4 Utveckla arbetet med förebyggande insatser utanför klinikerna ... 435
7.1.5 Regionens ansvar för invånarnas tillgång till tandvård ... 437
7.1.6 Folktandvårdens särskilda ansvar för barn och unga vuxna ... 439
7.1.7 Folktandvårdens särskilda ansvar för specialisttandvården ... 440
7.1.8 Patientens behov av information ... 442

7.2 Tandvårdsmarknadens villkor 448
7.2.1 Den tudelade tandvårdsmarknaden 448
7.2.2 Olika ersättningsmodeller påverkar intresset och vilken tandvård som erbjuds 453
7.2.3 Regionens beslut påverkar förutsättningarna för all tandvård som utförs i regionen 460
7.2.4 Att jämföra pris och kvalitet 465
7.2.5 Prissättningens betydelse för en jämlik tandvård 472

7.3 Tandvårdens medarbetare 480
7.3.1 Några övergripande iakttagelser 480
7.3.2 Tandvården upplever personalbrist trots att behandlarna är fler 482
7.3.3 Inte påtagligt färre behandlare i de mest glesbefolkade länen – och inte heller större vårdtyngd 484
7.3.4 Kompetensförsörjningsproblemen kräver en förändrad organisation och nya arbetssätt 487
7.3.5 Tandvården bör ges möjlighet att medverka i initiativ på kompetensförsörjningsområdet 493
7.3.6 Ökad digitalisering kan fortsätta att bidra till ökad resurseffektivitet 495
7.3.7 Bristande samverkan mellan tandvård och övrig hälso- och sjukvård trots lagreglerat ansvar och goda juridiska förutsättningar 496
7.3.8 Bristande kvalitetsuppföljning utgör ett hinder för jämlik tandvård 498
7.3.9 Andra förutsättningar för kvalitetsutveckling och kunskapsstyrning i tandvården än i hälso- och sjukvården 501
7.3.10 Bristfälliga kunskaper om tandvårdssystemet och om journalsystemens uppbyggnad 504

7.4 Bedömningar och förslag 507
7.4.1 Inför etiska principer för tandvårdens prioriteringar 507
7.4.2 Inför principer för den offentligt finansierade tandvårdens organisering 516

7.4.3 Privata vårdgivare ska vid anmodan samverka med regionen i planeringen av tandvården 521
7.4.4 Tandvård ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet 524
7.4.5 Tandvårdens utvecklings- och förändringsarbete bör stimuleras 527
7.4.6 Vårdgivarens ansvar för information till patienten tydliggörs..... 530
7.4.7 Behandlarens tillvägagångssätt vid tillämpning av det statliga tandvårdsstödet tydliggörs..... 539
7.4.8 Regionen och inte folktandvården ska ansvara för tandvård för barn och unga vuxna samt specialisttandvård för vuxna 540
7.4.9 Avgifter vid uteblivande samt ersättning för tandvård som inte är regionens ansvar..... 541

8 Barn och unga vuxna..... 545

8.1 Höjd åldersgräns för tandvård till barn och unga vuxna innebär ett större åtagande för regionerna..... 546

8.2 Andra förutsättningar för datainsamling om barns och unga vuxnas tandvård och tandhälsa 547
8.2.1 Bristfälliga nationella data om annan oral ohälsa än karies hos barn och unga vuxna 547
8.2.2 Bristfällig kunskap om vilken tandvård som barn och unga vuxna får..... 548

8.3 Bättre tandhälsa bland barn men alltjämt kvarstår skillnader mellan grupper..... 550
8.3.1 Tandhälsan bland barn har förbättrats under lång tid 550
8.3.2 Indikationer på ökad ojämlikhet i yngre barns tandhälsa..... 551
8.3.3 Familjens socioekonomiska situation har betydelse för tandhälsan bland barn och unga vuxna..... 551

8.4 Unga vuxna mellan 20 och 23 år gör fler besök i tandvården efter den höjda åldersgränsen..... 553

8.5 Barn och unga vuxna som uteblir från tandvården 554

8.6 Regionala skillnader i tandvård till barn och unga vuxna ... 556
8.6.1 Innebörden av tandvård som är nödvändig för att uppnå ett funktionellt och utseendemässigt godtagbart resultat 556
8.6.2 Regionerna tillämpar olika revisionsintervall..... 557
8.6.3 Förebyggande insatser ser olika ut över landet ... 559
8.6.4 Utredningens sammanfattande bedömning..... 560

8.7 Tandvård till barn och unga vuxna som är folkbokförda i en annan region 560
8.7.1 Ungefär 10 procent är inte skrivna på sin studieort 562
8.7.2 Problemen med utomlänstandvård har aktualiserats av den höjda åldersgränsen för avgiftsfri tandvård..... 563

8.8 Avgiftsfri tandvård till unga vuxna – några sammanfattande iakttagelser 563
8.8.1 Positiv utveckling av tandhälsan bland unga vuxna 563
8.8.2 Effekter av höjd åldersgräns för avgiftsfri tandvård..... 564
8.8.3 Fler besök i tandvården efter reformen – men finns det ett behov? 565
8.8.4 Den höjda åldersgränsen har påverkat regionernas organisering av tandvården 566
8.8.5 Systematisk riskgruppering kan bidra till en effektivare fördelning av tandvårdens resurser 566

8.9 Bedömningar och förslag..... 568
8.9.1 Avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna ska erbjudas till och med det år de fyller 19 år..... 568
8.9.2 Riskbedömning av barn och unga vuxna..... 571
8.9.3 Data om barn och unga vuxnas tandhälsa och tandvård till tandhälsoregistret 573
8.9.4 Nationella riktlinjer bör omfatta barn och unga vuxna 577

9 Vuxna utan särskilda behov 579

9.1 Analys 579
9.1.1 Vuxnas tandhälsa förbättras – men skillnaderna mellan grupper kvarstår 580
9.1.2 Både lägre besöksfrekvens och sämre tandhälsa bland personer med svag socioekonomisk position 581
9.1.3 Besöksfrekvens och konsumtionsmönster återspeglar inte fullt ut befolkningens behov 582
9.1.4 Inga betydande könsskillnader i tandhälsa – men kvinnor konsumerar mer tandvård än män 584
9.1.5 Fler besöker endast tandvården akut 585
9.1.6 Äldre konsumerar mer tandvård än yngre – och har sämre tandhälsa 586
9.1.7 Skyddet mot höga kostnader har en omfördelande effekt mellan inkomstgrupper 587
9.1.8 ATB har en begränsad stimulerande effekt för förebyggande och regelbunden tandvård 588
9.1.9 Flera samverkande faktorer bakom beslut att avstå tandvård 589
9.1.10 Abonnemangstandvårdens grundprinciper viktiga att bibehålla och utveckla 591
9.1.11 Tendens till överkonsumtion av basundersökningar 591
9.1.12 Målen i 2008 års tandvårdsreform alltjämt ändamålsenliga för att nå ett mer jämlikt tandvårdssystem 594

9.2 Bedömningar och förslag 595
9.2.1 Enhetlig individuell riskbedömning 595
9.2.2 Tandhälsoplan ska ersätta ATB, STB och undersökningsprotokoll 600
9.2.3 Tandhälsoplan, behandlingsplan och annan information om utförd tandvård ska tillgängliggöras via e-tjänsten Mina sidor 630
9.2.4 Försäkringskassan ska kontrollera att patienten erbjuds tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan 634

9.2.5 Patienter kan stödja Försäkringskassan i arbetet med att stävja fusk och bedrägerier 639
9.2.6 Myndigheters ansvar för utveckling, reglering och implementering av reformerna 639

10 Vuxna med särskilda behov..... 645

10.1 Funktionsnedsättning påverkar såväl upplevd som faktisk tandhälsa negativt 646

10.2 Personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning konsumerar mer tandvård..... 647

10.3 Analys av brister och tillämpningsproblem med dagens särskilda tandvårdsstöd samt särskilt tandvårdsbidrag 648
10.3.1 Patienten saknar kunskap om de särskilda tandvårdsstöden som dessutom är svåra att förstå..... 649
10.3.2 Systemet är komplext och saknar detaljerade regler vilket ger variationer mellan regionerna 651
10.3.3 Det vetenskapliga stödet för vilka grupper som har särskilda behov är bristfälligt..... 652
10.3.4 Bristande kunskap om patientgruppers behov kan medföra felaktig exkludering eller inkludering..... 653
10.3.5 Glappet mellan regionalt och statligt tandvårdsstöd..... 654
10.3.6 Tillämpningssvårigheter inom respektive regionalt särskilt stöd..... 655
10.3.7 Regionernas erfarenheter behöver tillvaratas..... 672

10.4 Principiella utgångspunkter för ett reformerat selektivt stöd 673
10.4.1 Utredningens överväganden 676
10.4.2 Att skapa ett selektivt stöd som når avsedda patienter och som är lättare att tillämpa och följa upp 680
10.4.3 Målgrupp för selektivt stöd..... 682
10.4.4 Sköra äldre med ännu inte identifierat omsorgsbehov..... 685

10.5 Förslag om ett nytt selektivt tandvårdsstöd som en del av det statliga tandvårdsstödet ... 686
10.5.1 Skäl till förslaget om ett nytt selektivt stöd som en del av det statliga tandvårdsstödet ... 688
10.5.2 Bedömning av möjliga nackdelar med förslaget ... 693
10.5.3 Sammanvägd bedömning avseende ett förändrat huvudmannaskap ... 697
10.5.4 Myndigheternas ansvar för utveckling, reglering och administration ... 699
10.5.5 Hur det statliga tandvårdsstödet ska fungera för patienter i behov av selektivt stöd ... 706
10.5.6 Patienter som är 85 år och äldre ska omfattas av samma regler om patientavgift inom selektivt stöd ... 711
10.5.7 Bättre förutsättningar för att ett selektivt tandvårdsstöd ska nå avsedda patienter ... 712
10.5.8 Bättre förutsättningar för ökad kännedom om selektivt tandvårdsstöd ... 716
10.5.9 Bättre förutsättningar för enkel tillämpning och uppföljning med en minskad administrativ börda ... 719
10.5.10 Fortsatt fast åtgärdsersättning till vårdgivaren för patienter med selektivt stöd ... 723

10.6 Ett selektivt stöd för basal tandvård under lång tid ... 726
10.6.1 Målgrupp för ett långvarigt stöd för basal tandvård ... 728
10.6.2 Tillvägagångssätt för att få tillhörighet till långvarigt stöd för basal tandvård ... 730
10.6.3 Regler för tillämpning ... 746
10.6.4 Tandvård som omfattas av basal tandvård för lång tid ... 748

10.7 Uppsökande verksamhet upphör ... 751
10.7.1 Regionens ansvar för munvårdsutbildning till personal inom kommunalt finansierad omsorgsverksamhet ska upphöra ... 753

10.8 Ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid 756
10.8.1 Målgrupp för stöd för viss behandling, under viss tid 759
10.8.2 Tillvägagångssätt för att pröva tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd för viss behandling under viss tid 764
10.8.3 Regler för tillämpning 766
10.8.4 Tandvård som omfattas av selektivt stöd för viss behandling under viss tid 769

10.9 Särskilt tandvårdbidrag upphör 773

10.10 Regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov 775
10.10.1 Målgrupp för regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården 780
10.10.2 Regler för tillämpning 788
10.10.3 Behandlingar som omfattas 791
10.10.4 Nationella data om vad som utförts 796

10.11 Fördelning av patienter med särskilda behov – en jämförelse mellan nuvarande system och utredningens förslag 798

11 Alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd 805

11.1 Utredningens bedömning av förutsättningarna att utföra tilläggsuppdraget 805
11.1.1 Kommittéförordningens finansieringskrav 806
11.1.2 Nuvarande reglering av skyddet mot höga kostnader 807
11.1.3 Utredningens tids- och resursmässiga förutsättningar 809

11.2 Ett högkostnadsskydd mer likt hälso- och sjukvårdens system – vad betyder det? 809
11.2.1 Tandhälsa i det folkhälsopolitiska arbetet 812
11.2.2 Allmänt om nuvarande högkostnadsskydd 813
11.2.3 Om dynamiska effekter 816

11.2.4 Alternativa modeller för ett nytt eller justerat högkostnadsskydd ... 817
11.2.5 Fasta beloppsgränser eller indexering ... 841
11.2.6 Alternativ till ett statligt högkostnadsskydd – kompletterande beräkningar och diskussion ... 843

12 Kostnadsberäkningar, finansieringsförslag och övriga konsekvenser ... 853

12.1 Förutsättningar för beräkningarna ... 854
12.1.1 FASIT som underlag för beräkningar av kostnader i det statliga tandvårdsstödet ... 855
12.1.2 Antaganden för beräkningar av kostnader för det nya selektiva tandvårdsstödet ... 857
12.1.3 Beräkning av framtida tandvårdskostnader givet ett oförändrat regelverk ... 859
12.1.4 Två beräkningsmetoder för uppskattning av kostnader för vissa reformer ... 860
12.1.5 Osäkerhet i kostnadsberäkningarna ... 862

12.2 Kostnadsberäkningar och ekonomiska konsekvenser av utredningens förslag ... 863
12.2.1 Sammanfattning av de ekonomiska konsekvenserna av utredningens förslag ... 865
12.2.2 Totala effekter av införandet av tandhälsoplan ... 866
12.2.3 Totala effekter av nytt statligt selektivt tandvårdsstöd ... 867
12.2.4 Totala effekter av generellt statligt tandvårdsstöd till personer 20 år och äldre ... 870
12.2.5 Ekonomiska konsekvenser för staten ... 872
12.2.6 Ekonomiska konsekvenser för regionerna ... 873
12.2.7 Ekonomiska konsekvenser för patienter med generellt statligt tandvårdsstöd ... 874
12.2.8 Ekonomiska konsekvenser för patienter med selektivt statligt tandvårdsstöd ... 885
12.2.9 Konsekvenser för vårdgivare inom det generella statliga tandvårdsstödet ... 891
12.2.10 Konsekvenser för vårdgivare inom det selektiva statliga tandvårdsstödet ... 896
12.2.11 Konsekvenser i övrigt ... 897

12.3 Om dynamiska effekter ... 898
12.3.1 Hur beräknas en dynamisk effekt ... 898
12.3.2 Utredningens förslag har såväl statiska som dynamiska effekter ... 899
12.3.3 Vad är en önskvärd effekt? ... 899
12.3.4 Erfarenheter från tidigare tandvårdsreformer visar på svårigheten att skatta dynamiska effekter ... 900
12.3.5 Dynamiska effekter och FASIT ... 903
12.3.6 Faktorer som verkar i kostnadsdämpande riktning ... 903
12.3.7 Faktorer som verkar i kostnadsdrivande riktning ... 907
12.3.8 Effekten av fler besökare i det generella statliga tandvårdsstödet ... 908

12.4 Konsekvenser för utvecklings- och driftskostnader ... 910
12.4.1 Konsekvenser för myndigheter och regioner ... 910

12.5 Finansieringsförslag ... 912

12.6 Övriga konsekvensanalyser ... 916
12.6.1 Konsekvenser för den kommunala självstyrelsen ... 916
12.6.2 Konsekvenser för brottsligheten och för det brottsförebyggande arbetet ... 917
12.6.3 Konsekvenser för sysselsättning och service i olika delar av landet ... 918
12.6.4 Konsekvenser för små företag ... 918
12.6.5 Konsekvensen för jämställdheten mellan kvinnor och män ... 919
12.6.6 EU-rättsliga konsekvenser ... 921
12.6.7 Konsekvenser för att nå det integrationspolitiska målet ... 923

13 Ikraftträdande och övergångsbestämmelser ... 925

13.1 Ikraftträdande ... 925

13.2 Övergångsbestämmelser ... 926
13.2.1 Sänkt åldersgräns för barn- och ungdomstandvård ... 928

13.2.2 Allmänt tandvårdsbidrag upphör 928
13.2.3 Särskilt tandvårdsbidrag upphör 929
13.2.4 Övergång från regionalt särskilt tandvårdsstöd till statligt selektivt stöd 930

14 Författningskommentar 935

14.1 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) 935

14.2 Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125) 943

14.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd 950

14.4 Förslaget till lag om ändring i patientsäkerhetslagen (2010:659) 972

14.5 Förslaget till lag om ändring i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 973

Särskilt yttrande 975

Referenser 979

Bilagor

Bilaga 1 Kommittédirektiv 2018:16 993

Bilaga 2 Kommittédirektiv 2020:1 1011

Bilaga 3 Kommittédirektiv 2020:115 1017

Bilaga 4 Selektivt stöd för basal tandvård under lång tid 1019

Bilaga 5 Selektivt stöd för viss behandling under viss tid 1049

Bilaga 6 Regionalt tandvårdsstöd för vuxna i samverkan med hälso- och sjukvården 1089

Bilaga 7 Underlag för beräkning av differentierade subventioner 1119

Kommittédirektiv 2018:16

Ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa

Beslut vid regeringssammanträde den 8 mars 2018

Sammanfattning

En särskild utredare ges i uppdrag att utreda och lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. Föreslagna förändringar ska gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och syfta till att minska skillnaderna i tandhälsa i befolkningen. Utredaren ska analysera skillnader i tandhälsa samt identifiera faktorer och incitament för en mer jämlik tandvård och tandhälsa. Utredaren ska vidare analysera och överväga åtgärder för att tandvårdssystemet ska uppfattas som mer förutsägbart för såväl patienter och vårdgivare som företrädare för professionerna. Utredaren ska också pröva vilken betydelse prissättningen på tandvårdsmarknaden har för en jämlik tandvård och tandhälsa. Utredaren ska lämna de författningsförslag som bedöms nödvändiga.

Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020.

Bakgrund

Framväxten av det statliga tandvårdsstödet

År 1974 infördes i Sverige en allmän tandvårdsförsäkring som omfattade alla typer av behandlingar. Arvodet för respektive åtgärd reglerades genom en statlig tandvårdstaxa. Denna tandvårdsreform innebar också en utbyggnad av folktandvården, där landstingen fick ett

lagstadgat ansvar för barn- och ungdomstandvården och specialisttandvården.

Ett flertal utredningar tillsattes under 1980- och 1990-talen i syfte att föreslå förändringar i tandvårdsstödet. Tre propositioner lämnades till riksdagen men ingen av dessa ledde till några förändringar. I propositionen Förändrat ersättningssystem för vuxentandvård (prop. 1993/94:93) föreslog regeringen riktlinjer för ett sådant förändrat system, vilka godkändes av riksdagen. I en efterföljande proposition (prop. 1993/94:221) presenterades lagförslag i enlighet med de riktlinjer som riksdagen godkänt, men efter kritik från bl.a. Lagrådet beslutade riksdagen att avslå propositionen och upphävde sitt tidigare beslut om riktlinjer. Propositionen Reformerad tandvårdsförsäkring (prop. 1995/96:119) återkallades av regeringen eftersom den inte skulle få tillräckligt stöd i riksdagen.

När tandvårdsstödet så småningom reformerades år 1999 (prop. 1997/98:112) avskaffades den statliga regleringen av arvoden för tandvård som tidigare funnits och det blev upp till respektive vårdgivare att sätta sina priser. Samtidigt upphävdes den statliga etableringskontrollen för tandläkare. 1999 års tandvårdsförsäkring var inriktad på att ge alla vuxna ett visst ekonomiskt stöd för den hälsofrämjande tandvården, s.k. bastandvård. I stället för att patienten skulle ersättas med en procentuell andel av sin totala tandvårdskostnad gavs en fast ersättning per tandvårdsåtgärd. Dessutom infördes ett särskilt skydd mot höga kostnader för mer omfattande och kostnadskrävande protetiska behandlingar och för tandreglering.

År 2002 infördes den så kallade 65-plusreformen (prop. 2001/02:51) som innebar ett utökat skydd mot höga kostnader för protetiska behandlingar. Patienter som omfattades av skyddet, dvs. de som var äldre än 64 år, betalade som mest 7 700 kronor samt materialkostnader för omfattande protetiska behandlingar vilket ledde till en kraftig ökning av efterfrågan på protetisk vård och till att systemet blev kostnadsdrivande. Patienter yngre än 65 år hade viss subvention för så kallad bastandvård men saknade ett reellt skydd mot höga tandvårdskostnader.

Det nuvarande tandvårdssystemet

Det statliga tandvårdsstödet

Det statliga tandvårdsstödet ändrade karaktär i samband med 2008 års tandvårdsreform (prop. 2007/8:49). En viktig förändring var att statens åtagande definierades tydligare och att stödet ska utgå från patientens tillstånd. Tidigare skulle omfattande behandlingar förhandsprövas av Försäkringskassan. Det nya stödet innebär i stället ett stort ansvar för den enskilda vårdgivaren eller behandlaren att bedöma vilken tandvård som, enligt det statliga regelverket, ska berättiga till ersättning. I grunden ligger ett generellt stöd som lämnas till alla som besöker tandvården.

I tandvårdslagen (1985:25) anges att *målet för tandvården* är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. *Målet med det statliga tandvårdsstödet* är att förbättra befolkningens tandhälsa genom att stimulera människor att regelbundet besöka tandvården. För personer med inga eller små tandvårdsbehov ska tandvårdsstödet bidra till att bevara en god tandhälsa genom ett ekonomiskt stöd till tandvård. För personer med stora tandvårdsbehov ska skyddet mot höga kostnader i det statliga tandvårdsstödet göra det möjligt att få tandvård till en rimlig kostnad. Statens ekonomiska åtagande ökade från tre till sex miljarder kronor per år.

Det statliga tandvårdsstödet består av tre olika bidrag: allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag och skydd mot höga kostnader Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) ges till alla som är 23 år eller äldre och som enligt socialförsäkringsbalken anses vara bosatta i Sverige. ATB får användas för betalning av all ersättningsberättigande tandvård. Storleken på ATB beror på patientens ålder. Till och med det år patienten fyller 29 år och från och med det år patienten fyller 65 år är bidraget 300 kronor per år. Från och med det år patienten fyller 30 år och till och med det år patienten fyller 64 år är bidraget 150 kronor per år. Från och med den 15 april 2018 dubbleras bidraget för alla tre åldersgrupperna. ATB blir tillgängligt den 1 juli varje år, och varje bidrag kan användas under en tvåårsperiod. Bidraget får även användas för att betala abonnemangstandvård.

Den 1 januari 2018 blev tandvården avgiftsfri för unga till och med 22 år och från och med den 1 januari 2019 kommer den att bli avgiftsfri för unga till och med 23 års ålder. Samtidigt höjs även den undre gränsen för ATB.

Särskilt tandvårdsbidrag (STB) är ett bidrag som betalas ut till patienter som har en sjukdom eller en funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa. Bidraget får användas för att betala förebyggande åtgärder som ger rätt till ersättning och även för att betala abonnemangstandvård. Bidraget ges två gånger per år med 600 kronor och varje bidrag får användas under en period om högst sex månader.

Skyddet mot höga tandvårdskostnader infördes för att möjliggöra för personer med omfattande tandvårdsbehov att få vård utifrån sina behov till en rimlig kostnad. Den ersättning som betalas ut kallas tandvårdsersättning. För varje tandvårdsåtgärd som enligt föreskrifter från Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) bedöms vara ersättningsberättigande finns ett referenspris som tandvårdsersättningen beräknas utifrån. Om vårdgivarens pris för den aktuella åtgärden är lägre, ska det priset ligga till grund för beräkningen. Om vårdgivarens pris är högre än referenspriset, får patienten själv betala den del som överstiger referenspriset. Tandvårdsersättning lämnas när patientens totala, ersättningsberättigande kostnad överstiger 3 000 kronor. För den del av kostnaderna som överstiger 3 000 kronor men inte 15 000 kronor lämnas tandvårdsersättning med 50 procent och för den del som överstiger 15 000 kronor lämnas ersättning med 85 procent av kostnaderna. Därmed bär patienten alltid en del av kostnaden för varje åtgärd. Nivåerna i högkostnadsskyddet har varit oförändrade sedan 2008 samtidigt som referenspriserna har stigit, vilket innebär att allt fler patienter har fått del av högkostnadsskyddet.

Bedömningen av vilken tandvård som är ersättningsberättigande ska alltid utgå från patientens tillstånd (diagnos). Därför ska tandläkaren eller tandhygienisten alltid fastställa vilket tillstånd som patienten har. När tillståndet har fastställts anger reglerna vilken eller vilka tandvårdsåtgärder som berättigar till ersättning.

Det fanns även andra viktiga ambitioner med 2008 års tandvårdsreform, bl.a. att stärka patienten i förhållande till vårdgivarna och att säkerställa god kostnadskontroll för staten.

Regeringen ansåg att marknaden inte fungerade tillräckligt väl, främst på grund av patientens informationsunderläge gentemot vårdgivaren när det gäller det egna tandvårdsbehovet, möjliga och lämpliga behandlingsåtgärder samt priser för olika behandlingar.

Kontrollen över de statliga utgifterna inom tandvårdsstödet var en annan viktig komponent som byggdes in i systemet. Detta präglades av erfarenheterna av 65-plusreformen. För att staten skulle öka sitt ekonomiska åtagande för att sänka patienternas tandvårdskostnader – och särskilt vid kostsamma behandlingar – underströks behovet av att förbättra kontrollen av utbetald ersättning och utförd vård.

Landstingens tandvårdsstöd

Utöver det statliga tandvårdsstödet finns landstingens tandvårdsstöd som riktar sig till specifika grupper som av olika skäl har särskilda behov av tandvård. Vissa av stöden ges till personer med särskilt definierade sjukdomar eller funktionsnedsättningar medan andra riktar sig till personer med långvarigt och stort vård- och omsorgsbehov.

Tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (F-tandvård) vänder sig till personer som har stora svårigheter att sköta sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling på grund av viss sjukdom eller funktionsnedsättning. Denna typ av tandvård ges till hälso- och sjukvårdsavgift och syftet är att det inte ska uppstå nämnvärda ekonomiska hinder för dessa patienter att få den tandvård de behöver, som ofta är regelbunden och kostsam. Det är landstingen som bedömer och avgör om en patient anses uppfylla kriterierna för stödet.

Uppsökande verksamhet vänder sig till personer som omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade eller som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser. Den uppsökande verksamheten består av en avgiftsfri munhälsobedömning som syftar till att ge individuellt anpassade råd om daglig munvård och bedöma behovet av nödvändig tandvård. I samband med den uppsökande verksamheten bedriver landstingen även utbildning i munhygien för vårdpersonal.

Nödvändig tandvård (N-tandvård) vänder sig till samma personkrets som den uppsökande verksamheten. Den nödvändiga tandvården ges till hälso- och sjukvårdsavgift och ska vara sådan tandvård som i det enskilda fallet påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala. Undersökningar, förebyggande åtgärder, lagning av kariesangrepp, tandlossningsbehandling med mera ingår i den nödvändiga tandvår-

den. Däremot ingår inte behandling med fastsittande protetik bakom kindtänderna i nödvändig tandvård.

I landstingens ansvar ingår även att erbjuda tandvård till dem som har ett behov av särskilda tandvårdsåtgärder som ett led i en sjukdomsbehandling under en begränsad tid (S-tandvård). Patienter som har rätt till stödet omfattas av hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. De tandvårdsåtgärder som patienten har rätt till enligt stödet är sådana som bedöms viktiga för att inte äventyra den medicinska behandlingen. För de behandlingsåtgärder som inte är ett nödvändigt led i en sjukdomsbehandling betalar patienten enligt det statliga tandvårdsstödets ersättningsregler.

Oralkirurgiska behandlingar som kräver sjukhustekniska och medicinska resurser ska också ges enligt hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Det handlar om behandlingar som kräver ett samarbete mellan oralkirurg och olika medicinska specialister.

Tandhälsans fördelning i befolkningen

Fram till 2008 följdes tandhälsan i Sverige främst genom enkätundersökningar och vissa regionala epidemiologiska studier. När 2008 års tandvårdsreform infördes påbörjades också en rapportering av vissa tandhälsovariabler till Socialstyrelsen. Det blev då möjligt att på individnivå följa tandhälsans utveckling. Sedan dess har tandhälsan utvecklats ytterligare i positiv riktning på befolkningsnivå. För alla patienter som tar del av det allmänna tandvårdsbidraget, dvs. i praktiken alla som besöker tandvården, rapporterar vårdgivarna uppgifter om antalet kvarvarande tänder och antalet intakta tänder. Dessa uppgifter registreras i Socialstyrelsens tandhälsoregister. En jämförelse av befolkningens tandhälsa mellan 2009 och 2016 visar på förbättringar. Sedan 2009 har antalet ej intakta tänder minskat med nästan tio procent och intakta tänder har ökat med motsvarande andel. Stigande ålder förefaller inte ha någon negativ inverkan på tandhälsan på befolkningsnivå, dvs. många behåller samma antal kvarvarande och antal intakta tänder även när de blir äldre. Detta gäller särskilt för åldrarna upp till 65 år. Bland dem som är 65 år och äldre är trenden att de behåller fler egna tänder med stigande ålder. En förklaring till detta är att antalet personer med omfattande lagningar, inte minst med amalgam, successivt minskar i antal, vilket

innebär att behovet av att göra om fyllningar minskar. Om utvecklingen fortsätter i samma riktning indikerar det att antalet äldre framöver kommer att ha fler egna tänder, men att dessa fortsatt i hög grad kommer att vara lagade och därmed utgöra en riskfaktor för behov av tandvård. När man blir äldre kan munhälsan generellt sett snabbt förändras, vilket pekar på vikten av att kunna upprätthålla en god tandvård livet ut.

Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper, både bland barn och vuxna. I Folkhälsomyndighetens enkätundersökning *Hälsa på lika villkor* 2016 uppgav 7 procent av kvinnorna och 9 procent av männen att de hade dålig tandhälsa. Dålig tandhälsa är också mer än dubbelt så vanlig bland personer med funktionsnedsättning jämfört med övrig befolkning. Personer som är i ekonomisk kris, saknar kontantmarginal eller har låga inkomster uppger i betydligt större utsträckning än övriga att de avstått från tandvård trots behov.

Trots låg kariesförekomst bland barn och ungdomar finns det ändå en social olikhet när det gäller sjukdomens utbredning. Tandhälsan skiljer sig åt mellan olika landsting och regioner. Andelen kariesfria 6-åringar var 75 procent 2015. Detta är dock en minskning med tre procent sedan 2010. Samtidigt har andelen kariesfria 12-åringar och 19-åringar ökat något under samma period. Eftersom goda tandvårdsvanor grundläggs i förskoleåldern indikerar karies i mjölktänderna en sämre prognos för munhälsa senare i livet. Sociala skillnader i risken för karies kan observeras redan hos mindre barn och bland yngre skolbarn. Det finns ett samband mellan barns och föräldrars tandhälsa. Karies är 1,5–2 gånger vanligare bland barn och unga till föräldrar som själva har dålig tandhälsa. Ju sämre tandhälsa föräldrarna har, desto mer ökar risken för att barnen ska få omfattande kariesangrepp. Föräldrarnas sociala förhållanden har betydelse för barn och unga både när det gäller att komma (eller inte komma) till tandvården och när det gäller att få karies. Till exempel är barn som är placerade i samhällsvård en särskilt utsatt grupp. En studie har visat att det sammantaget är ungefär dubbelt så vanligt med sämre tandhälsa och låg tandvårdskonsumtion bland tidigare placerade, jämfört med övriga.

Allt fler äldre behandlas för parodontit (en fortlöpande nedbrytning av benvävnaden runt tänderna som kan leda till tandlossning

och tandförlust om den lämnas obehandlad). Andelen personer som är 60 år eller äldre och som behandlas för parodontit har ökat från 16 till 20 procent mellan 2010 och 2015. En anledning till ökningen är att allt fler äldre personer har fler egna tänder kvar.

Att avstå från tandvård av ekonomiska skäl

Ekonomiska skäl att avstå från vård är särskilt tydliga inom tandvården. Omfattande tandvårdsbehov kan medföra betydande kostnader för den enskilde. I Sverige står patienterna för cirka 61 procent av finansieringen av tandvården och det offentliga för 39 procent. De för många höga kostnaderna inom tandvården har lett till att fler vuxna avstår från tandvård av ekonomiska skäl än från vård och behandling inom hälso- och sjukvården. Att inte sköta sina tänder kan få allvarliga konsekvenser. Utöver höga tandvårdskostnader kan det leda till följdsjukdomar som medför lidande för den enskilde men även betydande kostnader för det offentliga. Utformningen av tandvårdssystemen är en viktig del i arbetet med att sluta hälsoklyftorna inom en generation.

Uppdraget att analysera skillnader i tandhälsa samt identifiera faktorer och incitament för en mer jämlik tandvård och tandhälsa

Sjukdomsförebyggande tandvård

En god tandhälsa är på lång sikt det bästa skyddet mot höga tandvårdskostnader för såväl patienten som staten. Detta uppnås genom god egenvård och förebyggande insatser i tandvården som minimerar vårdbehovet. Det är därför viktigt att styrningen av tandvården stöder beteenden hos vårdgivare och patienter som på sikt minskar tandvårdsbehoven.

Framgångsrik förebyggande tandvård är avgörande för att bibehålla den goda tandhälsan som finns bland stora grupper av befolkningen. Förebyggande insatser är även viktiga hos de patienter som har tidigare behandlade tänder, eftersom uppkomst av nya sjukdomsangrepp på redan behandlade tänder kan förhindras eller upptäckas på ett tidigt stadium. Tidigare lagade och ej intakta tänder

löper alltid ökad risk för ny behandling. I betänkandet Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter (SOU 2015:76) konstateras också att fler intakta tänder och lägre kariesfrekvens leder till mindre behov av tandreparationer och protetik. Det statliga tandvårdsstödets konstruktion innebär att subventionen företrädesvis används till reparativ vård snarare än till förebyggande insatser. Högkostnadsskyddet, vars andel är cirka 80 procent av den totala subventionen, bygger på att patienten konsumerar ersättningsberättigande tandvård om minst 3 000 kronor per år innan stödet bidrar till tandvårdskostnaderna. Det allmänna tandvårdsbidraget är ett generellt stöd som kan användas för all behandling inom tandvården, inte endast förebyggande insatser.

Den relativt goda tandhälsan i befolkningen är en långsiktig effekt av förebyggande tandvård, bland annat genom en ökning av fluoranvändning, utbyggd avgiftsfri barn- och ungdomstandvård samt satsning på information om munhygien i skola och tandvård sedan slutet av 1950-talet då nära 100 procent av befolkningen hade karies. Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår emellertid skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper, både bland barn och vuxna.

Socioekonomiska skillnader i tandvårdsbesök och tandhälsa

I betänkandet Ett tandvårdsstöd för alla – fler och starkare patienter (SOU 2015:76) identifieras vissa grupper som besöker tandvården i låg utsträckning.

I de grupper där en lägre andel människor uppsöker tandvården trots behov återfinns personer med små ekonomiska marginaler. De grupper som rapporterar att de har dålig tandhälsa avstår också i högre utsträckning från att söka tandvård av ekonomiska skäl. Det kan gälla människor i någon form av socialt utanförskap, med mer begränsad tillgång till information om tandhälsa och om de möjligheter som finns att få tandvård och tandvårdsstöd. Det handlar också om vissa grupper med stora omsorgsbehov och vissa äldre. Det berör också vissa i gruppen nyanlända och andra som inte har haft tillgång till barn- och ungdomstandvård och som upplever språkliga och andra barriärer. Effekten kan bli att tandhälsan, som redan tidigare kan ha varit dålig, försämras ytterligare. Detta påverkar den samman-

tagna hälsan och välbefinnandet för dessa personer och kan också skapa ännu större behov av akuta tandvårdsinsatser längre fram.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) har i två rapporter från 2016 analyserat omfördelningen av resurser inom tandvårdsstödets högkostnadsskydd samt inkomstens betydelse för konsumtionen av tandvård. En viktig observation är att personer med högre inkomst har bättre tandhälsa än personer med lägre inkomst och att sambandet ökar med stigande ålder. Detta medför att även om högre inkomst ökar sannolikheten för att göra tandvårdsbesök så konsumerar personer med högre inkomst mindre tandvård jämfört med personer med lägre inkomster. Resultaten av studierna visar också att högkostnadsskyddets utformning leder till att resurser omfördelas från individer med högre inkomst till individer med lägre inkomst, genom att personer med låga inkomster i högre utsträckning får sina tandvårdskostnader täckta genom högkostnadsskyddet. Omfördelningen sker främst bland yngre och minskar ju äldre patienten är. I åldersgruppen 65–89 är en ökad disponibel inkomst förknippad med en högre sannolikhet att få tandvårdskostnaderna täckta genom högkostnadsskyddet. I denna patientgrupp minskas därmed omfördelningen i socialförsäkringssystemet.

TLV har visat att det inte förekommer några signifikanta skillnader mellan olika inkomstgrupper när det gäller hur mycket som betalas ut i stöd från högkostnadsskyddet. I de flesta åldersgrupper får den genomsnittliga låginkomsttagaren inte mindre statlig subvention än individer med högre inkomst. Låginkomsttagaren tenderar emellertid att besöka tandvården i lägre utsträckning, men får i gengäld mer omfattande tandvård när de väl besöker tandvården, ofta i ett akut skede.

Socioekonomiska faktorer har stor betydelse för tandhälsan. En indikator på tandhälsan inom olika befolkningsgrupper är förekomsten av tandförluster. Antalet tanduttagningar per 100 invånare har under perioden 2009–2016 minskat från 8,7 till 7,4 tänder, vilket är ett resultat av den förbättrade tandhälsan generellt i befolkningen. Det är dock stora skillnader i antalet borttagna tänder mellan personer med olika utbildningsbakgrund. År 2016 fick personer med högst grundskoleutbildning 11,1 tänder borttagna per 100 invånare. Motsvarande siffra för personer med eftergymnasial utbildning var 5,4. Tandhälsa visar också samband med inkomst. De med sämst

tandhälsa återfinns i grupper med låg inkomst och bäst tandhälsa i grupper med hög inkomst.

Socioekonomiska faktorer har också betydelse för om vuxna personer besöker tandvården för undersökning i förebyggande syfte. Utbildning är här en viktig faktor. I åldersgruppen 35–79 år besökte 68,5 procent tandvården 2014–2015 för en undersökning. Bland dem med eftergymnasial utbildning var andelen 79 procent och bland dem med grundskoleutbildning var den 51 procent. Kvinnor besöker tandvården i något högre utsträckning än vad män gör i grupperna med gymnasial och eftergymnasial utbildning, medan andelen kvinnor och män är lika i gruppen med grundskoleutbildning. Det kan indikera att förutsättningarna för hur en person väljer att besöka tandvården varierar mellan grupper med olika utbildningsbakgrund.

Regeringen har identifierat ett behov av insatser och kommer att ge myndigheter i uppdrag att bl.a. förbättra information om tandvårdsstöden, mäta patientbedömd kvalitet på mottagningsnivå, kartlägga tandhälsans bestämningsfaktorer samt föreslå hur samarbetet mellan tandvården och hälso- och sjukvården kan förbättras.

Utredaren ska särskilt

– analysera skillnader i tandhälsa i befolkningen utifrån kön, ålder, bostadsort, socioekonomisk bakgrund, funktionsnedsättning samt andra relevanta faktorer,
– identifiera faktorer och incitament som ytterligare främjar regelbundna tandvårdsbesök i förebyggande syfte, och
– identifiera faktorer och incitament som är avgörande för att uppnå en jämlik tandhälsa.

Uppdraget att lämna förslag till hur tandvårdssystemet ska kunna uppfattas som mer förutsägbart samt bli mer resurseffektivt och jämlikt

Ett tandvårdssystem som består av flera delar

Enligt tandvårdslagen (1985:125) ska varje landsting erbjuda en god tandvård bl.a. åt dem som är bosatta inom landstingen. Tandvård som landstingen själva bedriver benämns folktandvård. Folktandvården ansvarar för regelbunden och fullständig tandvård för barn och ungdomar t.o.m. det år de fyller 22 år, specialisttandvård för vuxna

och övrig tandvård för vuxna i den omfattning som landstingen bedömer lämpligt. Ett landsting får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter folktandvården ansvarar för enligt tandvårdslagen. Det senare är vanligt vad gäller barn- och ungdomstandvård samt i vissa landsting även för uppsökande verksamhet och tandvård till asylsökande.

Det statliga tandvårdsstödet består av tre delar – det allmänna tandvårdsbidraget, det särskilda tandvårdsbidraget och skyddet mot höga kostnader. Utöver det statliga tandvårdsstödet finns landstingens tandvårdsstöd som riktar sig till specifika grupper som av olika skäl har särskilda tandvårdsbehov. Vissa av stöden ges till personer med särskilt definierade sjukdomar eller funktionsnedsättningar medan andra riktar sig till personer med stort vård- och omsorgsbehov. Vissa som har akuta tandvårdsbehov och saknar medel kan få stöd från socialtjänsten.

Kunskapen om de olika stöden är otillfredsställande och särskilt de landstingsfinansierade stöden upplevs ofta som komplexa och svåra att överblicka för såväl patienter som många vårdgivare. Processen för att beviljas stöd är omständlig och kräver samverkan mellan flera aktörer. Tandvården, hälso- och sjukvården och kommunernas socialtjänst är i olika hög grad involverade i genomförandet av landstingsstöden och det stöd till tandvård som ges genom ekonomiskt bistånd från kommunernas socialtjänst. Även kriterierna för rätten till vissa av stöden uppfattas som otydliga, vilket bidrar till variationer i tolkningen över landet. Socialstyrelsen har i uppdrag att genomföra en samlad utvärdering på nationell nivå av samtliga tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen (1998:1338) och det statliga särskilda tandvårdsbidraget samt lämna förslag på eventuella förbättringar. Socialstyrelsen ska slutredovisa uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 december 2018.

Allmän- och specialisttandvård är indelad i en offentlig och en privat vårdverksamhet, där den offentliga vården i huvudsak utförs i landstingen (folktandvården). Den privata tandvården utgörs till stor del av mindre enheter som ofta ägs av tandläkarna själva. Utöver dessa mindre enheter finns också ett producentkooperativ (Praktikertjänst) med omkring 1 200 anställda tandläkare. Även tandhygienister arbetar i privattandvården. Under senare år har det också tillkommit ytterligare aktörer på den privata marknaden, i form av

vårdföretag som har etablerats på flera orter i Sverige. Omkring hälften av Sveriges tandläkare och tandhygienister arbetar i privat regi, men det är stora regionala skillnader i fördelningen mellan offentlig och privat vård. I dag finns cirka 1 250 privata tandvårdsmottagningar och cirka 1 000 folktandvårdsmottagningar i Sverige. Generellt sett utförs merparten av barn- och ungdomstandvården inom den offentliga tandvården, medan något mer än hälften av tandvården för den vuxna befolkningen utförs i privat regi.

Det uppdelade ansvaret och utförandet av tandvård får konsekvenser vad gäller t.ex. e-hälsans utveckling inom tandvårdsområdet. Tandvården har behov av olika it-baserade funktioner och tjänster för att bedriva sin verksamhet på ett effektivt och patientsäkert sätt. Det handlar t.ex. om funktionalitet för informationsutbyte i form av att dela journalhandlingar såsom röntgenbilder, att få tillgång till läkemedelsförteckningen eller att få en samlad bild över patientens vård och hälsa. Det senare kan innebära att förebygga läkemedelsförskrivningar med risk för skadliga interaktioner, där särskild risk förekommer när inte tandvården har tillgång till it-stöd med funktionalitet för att ta del av aktuella journalhandlingar från andra utförare. Landstingen har initierat ett arbete som bland annat innebär att tandvården involveras i nationella projekt som arbetar med utbyte av journalhandlingar, läkemedelsinformation och röntgenbilder. Med anledning av landstingets begränsade ansvar inom tandvårdsområdet ligger fokus i arbetet på att ta fram lösningar och system för den egna verksamheten. Detta kan dock utan nationell samordning ytterligare bidra till svårigheterna med det uppdelade ansvaret och utförandet mellan folktandvården och privata tandvårdsgivare, då det saknas nationella, gemensamma grundförutsättningar och regelverk för e-hälsoutvecklingen i tandvården.

Tandvårdsutgifter

De totala tandvårdsutgifterna uppgick till 27 miljarder kronor 2015, enligt uppgifter från Statistiska centralbyrån (hälsoräkenskaperna) och Försäkringskassan. År 2015 uppgick de statliga kostnaderna för tandvården till 5,3 miljarder kronor, landstingens till 6,1 miljarder kronor, kommunernas till 7 miljoner kronor och hushållens till

15,3 miljarder kronor. Av de totala utgifterna utgjorde hushållens utgifter cirka 61 procent.

Prissättning i tandvårdssystemet

Prissättningen i tandvårdssystemet består av två huvudkomponenter – referenspriser och fri prissättning.

För varje tandvårdsåtgärd som enligt TLV:s föreskrifter anses vara ersättningsberättigande finns ett referenspris som tandvårdsersättningen beräknas från. TLV fastställer referenspriserna utifrån kostnader för att utföra respektive åtgärd. Eftersom kostnaderna skiljer sig åt för olika verksamheter och för olika arbeten vid olika tillfällen bygger modellen för referensprisberäkningen på att alla ingående delar i varje åtgärd beräknas för sig. Beräkningen av referenspriserna ska följa utvecklingen inom tandvården. De ska därmed spegla kostnaderna för den bästa och mest kostnadseffektiva metoden för ett rimligt behandlingsalternativ av god standard enligt de nationella riktlinjerna för vuxentandvården och annat vetenskapligt eller sakkunnigt underlag. En grundprincip är att varje referenspris ska bära sina egna kostnader och inte subventionera andra åtgärder.

Beräkningen av varje referenspris består av många olika komponenter. De innehåller både direkta och indirekta kostnader för både tandvårdsmottagningar och i förekommande fall även tandtekniska laboratorier. Beräkningen baseras på fyra delar: arbetskostnad, direkt material, dentalt material samt ett påslag.

Referenspriserna har efter 2008 justerats årligen. Detta innebär att arbetskostnaden har räknats upp med ett publikt index och kostnaderna för direkt och dentalt material har justerats med specialbeställda index från SCB.

Vårdgivarpriserna, referenspriserna, beloppsgränserna och ersättningsnivåerna avgör hur mycket och hur stor andel av tandvårdskostnaderna patienten slutligen betalar. Differensen i kostnaden mellan referenspriset och vårdgivarpriset står patienten själv för.

Under perioden 1974–1998 var tandvårdspriserna reglerade genom en statlig taxa. Under denna period ökade vårdgivarnas priser mindre än totala konsumentprisindex (KPI). KPI visar vad konsumenterna betalar för en tjänst, dvs. utvecklingen exklusive den del som ersätts genom offentliga subventioner. Efter det att prisregleringen för

tandvård avskaffades 1999 var prisökningarna betydligt högre än i ekonomin i stort. Enligt SKL var den totala prisökningen 71 procent från januari 1998 till januari 2006. Priserna steg med 16 procent under 1999.

Efter 2008 års tandvårdsreform fortsatte vårdgivarpriserna att öka. De ökar nu i snabbare takt än före reformen och har ökat i snabbare takt än referenspriserna. Vårdgivarpriserna har i genomsnitt ökat med drygt 2 procent per år efter 2009 vilket är en något högre ökning än för referenspriserna. I genomsnitt ligger den privata tandvårdens priser något över folktandvårdens priser. Även omsättningen på tandvårdsmarknaden har ökat mer än mängden producerad tandvård sedan reformen trädde i kraft. Det betyder att den omsättningshöjning som inte kan förklaras av ökad produktion förklaras av höjda priser. Det finns även tecken på att rörelsemarginalerna inom tandvårdsbranschen ökat sedan 2008–2009. Riksrevisionen har beskrivit hur priserna på mer omfattande behandlingar utvecklades i snabbare takt efter än före 2008 års reform. Av detta skäl har regeringen gett TLV i uppdrag att etablera en prisjämförelsetjänst på tandvårdsområdet. Vidare har Socialstyrelsen fått i uppdrag att utforma och genomföra en pilotenkät till tandvårdspatienter i syfte att mäta patientbedömd kvalitet på mottagningsnivå.

Det finns indikationer på att tandvårdsmarknaden inte fungerar optimalt. Priskonkurrensen kunde vara större. Patienter har små möjligheter att ifrågasätta behandlare när det gäller t.ex. bedömning av vårdbehov och nödvändig behandling.

Referenspriserna och vårdgivarprisernas prisutveckling

Referenspriserna inom tandvårdsstödet har två syften: dels att underlätta för patienter att jämföra vårdgivarpriser, dels att ge staten möjlighet att ha kontroll över utgifterna.

För patienten ska referenspriserna vara vägledande för bedömning av om en vårdgivare är dyr eller billig. Tanken är att patienterna ska kunna vara prismedvetna konsumenter, vilket i sin tur gynnar konkurrensen och minskar risken för att patienter avstår från nödvändig tandvård. Vårdgivarna har ett långtgående ansvar att informera om vad en behandling förväntas kosta och om tandvårdsstödet.

På patientens kvitto ska referenspriset för varje debiterad åtgärd framgå. I en enkätstudie till behandlare inom tandvården uppgav dock endast 46 procent att de ofta eller alltid informerar patienterna om referenspriset och dess betydelse.

Referenspriset är avsett att vara ett normalpris för respektive åtgärd och spegla vad en åtgärd normalt kostar. Patienten kan därigenom få en bild av vad som är ett rimligt pris för en viss åtgärd eller behandling. För att referenspriserna inte ska urholkas angavs det i förarbetena till 2008 års reform att de bör ses över och vid behov justeras. Prisjusteringen bör ha sin grund i den generella kostnadsutvecklingen inom tandvården med hänsyn tagen till produktivitetsutvecklingen i form av bl.a. utveckling av nya behandlingar och material.

Referenspriserna har ökat med cirka 12 procent sedan systemet infördes. Det finns en tydlig korrelation mellan referenspriserna och vårdgivarpriserna, dvs. vårdgivarpriserna tenderar att anpassa sig till referenspriserna utveckling. I sin granskning av tandvårdsreformen menade Riksrevisionen att referenspriserna blir kostnadsdrivande eftersom vårdgivarna justerar sina priser uppåt när referenspriserna höjs. Det uppstår också en tydlig ökning av vårdgivarpriserna strax efter att TLV justerat referenspriserna.

Vårdgivarpriserna, referenspriserna, beloppsgränserna och ersättningsnivåerna avgör hur mycket och hur stor andel av tandvårdskostnaderna patienten slutligen betalar. De flesta vårdgivare prissätter sina åtgärder på eller nära nivån för referenspriset. År 2013 betalade drygt 60 procent av patienterna mellan 90 och 110 procent av referenspriset för sin tandvård. En fjärdedel av patienterna debiterades ett pris som låg mer än 10 procent över referenspriset och övriga 14 procent av patienterna betalade mindre än 90 procent av referenspriset.

Det har presenterats olika förklaringar till att vårdgivarnas prissättning följer referenspriserna. Riksrevisionen menar att referenspriserna fungerar som ett golv för prissättningen eftersom det saknas tydliga incitament att prissätta tandvårdsåtgärder under referenspriset, vilket riskerar att driva på prisutvecklingen.

Med fri prissättning kan den tandvårdskostnad som patienten slutligen betalar variera stort. Den del av tandvårdsgivarens pris som överstiger referenspriset får patienten stå för själv. Den oförutsägbarhet som detta innebär riskerar att särskilt påverka tandvårdskon-

sumtionen och därmed tandhälsan bland grupper med sämre ekonomiska förutsättningar.

Ytterligare en faktor som kan påverka patientens pris är s.k. abonnemangstandvård vilket erbjuds av Folktandvården och innebär regelbunden tandvård till fast pris för en period om tre år. Utöver den fasta premien, som vanligtvis betalas månadsvis, betalar patienten ingenting för den tandvård som utförs inom ramen för ett abonnemang. Vilken vård som ingår i avtalet och prissättningen skiljer sig delvis åt mellan landstingen. Genom riskgruppering anpassas premien, utöver den vård patienten förväntas konsumera, även till patientens risk att utveckla sjukdom eller andra skador i munnen.

Utredaren ska särskilt

- lämna förslag till hur tandvårdssystemet ska kunna uppfattas som mer förutsägbart för såväl patienter och vårdgivare som företrädare för professionerna,
- pröva vilken betydelse prissättningen på tandvårdsmarknaden har för en jämlik tandvård och tandhälsa, samt pröva om det är motiverat med justeringar eller andra alternativ med beaktande av att systemet även fortsättningsvis ska erbjuda mångfald samt ge tandvårdspatienter goda möjligheter till valfrihet, och
- lämna de författningsförslag som bedöms nödvändiga.

Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska analysera och redovisa förslagens konsekvenser i enlighet med vad som anges i 14–15 a §§ kommittéförordningen (1998:1474) och 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning. Utredaren ska genomföra och redovisa beräkningar av de ekonomiska konsekvenserna för staten, landstingen, kommunerna, vårdgivarna och tandvårdspatienterna av de förslag som lämnas. Vidare ska utredaren analysera och redovisa eventuella inskränkningar i den kommunala självstyrelsen i enlighet med vad som anges i regeringsformen 14 kap. 3 §.

Samråd och redovisning av uppdraget

Arbetet ska präglas av ett utåtriktat och inkluderande arbetssätt. Utredaren ska samråda med aktörer som berörs av arbetet, inklusive statliga myndigheter, företrädare för professionen och kommun och landstingssektorn samt relevanta samhällsaktörer däribland patient- och brukarorganisationer. I sitt arbete ska utredaren beakta andra pågående arbeten som är relevanta för de frågeställningar som angetts i uppdraget, däribland det reformarbete som utreds inom ramen för Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och i utredningen Ordning och reda i vården (S 2018:08). Uppdraget ska redovisas senast den 1 mars 2020.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:1

Tilläggsdirektiv till utredningen om jämlik tandhälsa (S 2018:02)

Beslut vid regeringssammanträde den 9 januari 2020

Utvidgning av och förlängd tid för uppdraget

Regeringen beslutade den 8 mars 2018 kommittédirektiv om ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa (dir. 2018:16). Uppdraget till utredningen utvidgas till att utreda och föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser. Utredningstiden förlängs och hela utredningens arbete ska samlat redovisas senast den 1 mars 2021.

Regionfinansierade selektiva tandvårdsstöd och det statliga särskilda tandvårdsbidraget (STB)

För tandvård finns det för den vuxna befolkningen dels ett statligt finansierat tandvårdsstöd, dels ett regionfinansierat stöd för personer med behov av särskilda tandvårdsinsatser. För tandvård till de med särskilda behov betalar den enskilda patienten endast avgifter som motsvarar de inom öppen hälso- och sjukvård. Viss del av verksamheten är helt avgiftsfri för patienten. Vilken vård som omfattas av detta regleras i tandvårdsförordningen (1998:1338). Vid bedömningen av om en patient har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning som kan ge rätt till regionfinansierad tandvård finns Socialstyrelsens föreskrifter om tandvård vid långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning (SOSFS 2012:17) som komplement till lag och förordning.

Den tandvård som omfattas av tandvårdsförordningen är oralkirurgiska åtgärder, tandvård som led i sjukdomsbehandling, tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning, tandvård för extremt tandvårdsrädda personer, tandvård för utbyte av tandfyllningar samt uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för vissa äldre och personer med funktionsnedsättning som omfattas av LSS eller som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser.

Socialstyrelsens utvärdering

Socialstyrelsen fick i uppdrag av regeringen att genomföra en samlad utvärdering på nationell nivå av samtliga tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det statliga tandvårdsbidraget (STB) samt lämna förslag på förbättringar. Socialstyrelsen presenterade sin rapport för regeringen i december 2018 (”Utvärdering av tandvårdsstöd som regleras genom tandvårdsförordningen och det särskilda tandvårdsbidraget”).

Resultaten av Socialstyrelsens utvärdering visar att det finns stora svårigheter i tillämpningen av dessa selektiva tandvårdsstöd. Utvärderingen visar att informationen om stöden inte når ut till och är undernyttjade av målgrupperna. En förklaring till detta kan vara att hälso- och sjukvården, kommuner och myndigheter inte alltid informerar om stöden. Både tandvården och hälso- och sjukvården har begränsad kunskap om hur STB och de regionfinansierade selektiva tandvårdsstöden fungerar. Såväl regioner som kommuner, myndigheter och patienter beskriver tandvårdssystemet och de selektiva stöden som komplexa och informationsansvaret som otydligt. En svårighet är att ansvaret för att sprida information om tandvårdsstöden är fördelat på flera olika aktörer och upplevs som splittrat av såväl patienter som aktörer. Sammanfattningsvis visar utvärderingen att dessa tandvårdsstöd är svåra att förstå och överblicka på grund av utformningen som består av såväl statlig finansiering som regionfinansiering och olika krav för att bli berättigad.

I sin rapport framför Socialstyrelsen sex huvudsakliga problem. Dessa är att administrationen är komplicerad och upplevs som betungande för vårdgivarna, att förfarandet kring läkarintyg för tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning

beskrivs som krångligt och att uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård inte erbjuds på lika villkor över hela landet. Vidare framförs det som ett problem att regioner och kommuner upplever att regelverken för de selektiva tandvårdsstöden är oklara och leder till tolkningsproblem, att de selektiva stöden inom regiontandvården endast har ett begränsat vetenskapligt stöd samt att det finns problem i samverkan mellan tandvård och hälso- och sjukvård och kommunerna, särskilt när det gäller tandvårdsstöden ”uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård”.

I uppdraget till Socialstyrelsen ingick det att även utvärdera STB. STB är ett statligt bidrag med 600 kronor per halvår som kan användas för förebyggande tandvård om en person har en sjukdom eller funktionsnedsättning som medför risk för försämrad tandhälsa och tillhör någon av de specificerade målgrupperna.

STB regleras i lagen om statligt tandvårdsstöd (2008:145) och i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd. Vid bedömning av om en patient har en sådan sjukdom eller funktionsnedsättning som kan ge rätt till regionfinansierad tandvård finns Socialstyrelsens föreskrifter om STB (SOSFS 2012:16) som komplement till lag och förordning.

Socialstyrelsens utvärdering av STB visar att det är få patienter som tar del av STB sett i relation till det antal som beräknades vid införandet av bidraget 2013. Då uppskattades det att målgruppen skulle uppgå maximalt till cirka 285 000 personer. Användningen av STB har dock ökat årligen under 2013–2018. Under 2018 tog cirka 20 000 män och 43 000 kvinnor del av STB. Det finns en brist på kännedom om STB, både hos patienter och inom tandvården. En förutsättning för att patienter ska få tillgång till STB är att stödet är känt bland patienter, anhöriga och vårdgivare. Vidare finns grupper som har möjlighet att nyttja STB, men där förebyggande tandvårdsåtgärder inte bedöms vara tillräckliga.

Ekonomiskt utökat stöd för tandvård i samband med sjukdom, funktionsnedsättning och stora omsorgsbehov sänker tröskeln att söka tandvård. Det fyller därmed en funktion för den enskilde och kan bidra till en mer jämlik tandvård. Bedömningen är dock att regionerna upplever svårigheter med att tolka och tillämpa tandvårdsförordningen. Detta beror bland annat på att regelverket är otydligt med svårdefinierbara kriterier, vilket försvårar möjligheterna till likvärdiga bedömningar. Socialstyrelsen har tidigare utrett möjligheten

att utfärda kompletterande föreskrifter eller kunskapsstöd med ett förtydligande syfte, men har konstaterat att de behov av klargöranden och gränsdragningar som tandvårdsförordningens formuleringar ger upphov till inte är möjliga att möta med hjälp av normerande eller vägledande kunskapsstöd. Konsekvenserna av att varken de selektiva regionfinansierade tandvårdsstöden eller STB når fram till målgrupperna i önskad utsträckning medför en ökad risk för försämrad tandhälsa och allmänhälsa. I förlängningen kan detta leda till en sämre livskvalitet, stort lidande och höga kostnader för den enskilde samt höga samhällsekonomiska kostnader.

Regeringens bedömning

Regeringens bedömning är att utformningen av de selektiva regionfinansierade tandvårdsstöden och STB behöver genomgå en översyn och omfattande revidering för att de ska nå avsedda patienter samt bli lättare att tillämpa och följa upp mot en mer kunskapsbaserad, jämlik, jämställd och resurseffektiv tandvård.

Utredaren ska därför

– lämna förslag till en reglering för tandvård till personer med särskilda behov. Förslagen ska omfatta såväl organisatoriska som finansiella aspekter som definition av målgruppen, stödens innehåll och omfattning samt hur kännedom om stöden kan öka bland patienter, anhöriga och vårdgivare. Utgångspunkten är att förslagen ska finansieras inom nuvarande ramar och att tandvårdssystemet ska bli mer resurseffektivt.

Konsekvensbeskrivningar

Utöver de konsekvensbeskrivningar som anges i de ursprungliga direktiven ska utredaren lägga särskild vikt vid att analysera och beräkna de dynamiska effekterna och bl.a. analysera hur dessa påverkas av att tandvården bedrivs av ett stort antal aktörer. Vidare ska utredaren särskilt analysera och redovisa konsekvenserna för kostnadskontrollen av utförd vård med syftet att minimera fusk och felaktiga utbetalningar. Konsekvensanalysen avseende jämställdhet ska omfatta hur förslagen förväntas påverka hur män respektive kvinnor tar del av tandvården.

Redovisning av uppdraget

Utredningstiden förlängs. Hela utredningens arbete ska samlat redovisas senast den 1 mars 2021.

(Socialdepartementet)

Kommittédirektiv 2020:115

Tilläggsdirektiv till Utredningen om jämlik tandhälsa (S 2018:02)

Beslut vid regeringssammanträde den 5 november 2020

Utvidgning av uppdraget

Regeringen beslutade den 8 mars 2018 kommittédirektiv om ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa (dir. 2018:16). Genom tilläggsdirektiv utvidgades uppdraget till att bl.a. föreslå en ny reglering för tandvård till personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser och utredningstiden förlängdes till den 1 mars 2021 (dir. 2020:1).

Uppdraget utvidgas. Utredaren ska nu även

– utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd.

Socioekonomi, tandhälsa och tandvårdsbesök

Samtidigt som tandhälsan på befolkningsnivå fortsätter att förbättras kvarstår skillnader i tandhälsa och besöksfrekvens mellan olika socioekonomiska grupper.

Befolkningens självskattade tandhälsa varierar stort mellan olika inkomstgrupper och när det gäller skillnader i sysselsättning och utbildningsnivå. Personer med högre inkomster skattar sin tandhälsa som bättre än personer med lägre inkomster. Personer som är födda i Sverige och Norden upplever sin tandhälsa som bättre än övriga grupper. Sämst tandhälsa upplever personer som är födda utanför Europa.

I jämförelsen mellan grupper med olika utbildningsnivå är det tydligt att de med högre utbildningsnivå upplever sin tandhälsa som bättre jämfört med grupper med lägre utbildningsnivå.

Liknande hälsoskillnader mellan socioekonomiska grupper observeras även för livslängd, sjukfrånvaro och självskattad generell hälsa.

Även besöksfrekvensen skiljer sig stort mellan olika grupper i befolkningen. Personer med hög utbildningsnivå besöker tandvården oftare än personer med lägre utbildningsnivå. Lägsta besöksfrekvensen hade gruppen med förgymnasial utbildning. Andelen som regelbundet besöker tandvården stiger med inkomst. Personer i arbetslöshet och personer med sjukpenning, sjuk- eller aktivitetsersättning eller ekonomiskt bistånd besöker tandvården i lägre grad jämfört med den övriga befolkningen.

Ekonomiska skäl att avstå från vård är tydligare inom tandvården än inom den ordinarie hälso- och sjukvården. Omfattande tandvårdsbehov kan medföra betydande kostnader för den enskilde. De för många människor höga kostnaderna inom tandvården har lett till att fler vuxna avstår från tandvård av ekonomiska skäl än från vård och behandling inom hälso- och sjukvården. Att avstå från tandvård trots behov eller att endast söka tandvård vid akuta besvär kan leda till större akuta besvär, som t.ex. infektioner i tand eller käkben.

Inkomst har betydelse för både tandhälsa och tandvård. Personer med högre inkomst är i genomsnitt mer benägna att betala mer för sin tandvård än personer med lägre inkomst.

Mot bakgrund av det folkhälsopolitiska målet att sluta de påverkbara hälsoklyftorna inom en generation är det viktigt att även inkludera tandhälsa i detta arbete. Insatser behöver genomföras på både kort och lång sikt, och med fokus på såväl främjande, förebyggande som behandlande perspektiv. Ett viktigt sätt att öka tillgängligheten till god tandvård för alla och därmed bidra till förbättrad tandhälsa i befolkningen är att sänka de ekonomiska trösklarna till tandvården.

Utredaren ska därför

– utreda och föreslå alternativa modeller för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd som i sin utformning tar ett första steg för att bli mer likt hälso- och sjukvårdens system i syfte att stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader, gynna en regelbunden och förebyggande tandvård och uppnå en mer jämlik tandhälsa och ett mer resurseffektivt tandvårdssystem.

(Socialdepartementet)

Selektivt stöd för basal tandvård under lång tid

Bilagan beskriver utredningens förtydliganden och överväganden för målgruppen för det långvariga selektiva stödet, hur de ska kunna identifieras och vilken tandvård som föreslås ska ges. Stödet benämns i föreslagen lagstiftning selektivt stöd för basal tandvård under lång tid. I kapitlet nyttjas vanligen begreppet långvarigt stöd för enkelhetens skull. I lag och tillhörande förordning beskrivs på en övergripande nivå vilka som ska få tillgång till stödet och vilken tandvård som översiktligt kan anses omfattas av begreppet basal tandvård. Därtill föreslås att föreskrifter tas fram av TLV vilka behöver innehålla mer detaljerade kriterier för de patientgrupper som ska kunna omfattas samt kring administrativ hantering vid identifiering av den enskilda patienten. Vidare ska föreskrifterna på motsvarande sätt som i det generella statliga tandvårdsstödet reglera vilka åtgärder som är berättigade till ersättning samt slå fast särskilda tillstånd och åtgärder som bara kan användas i det långvariga selektiva stödet. Föreskrifterna ska ange eventuella restriktioner för tillstånd och åtgärder samt fastställa om det finns situationer som ska kräva en särskild förhandsprövning. Föreskrifterna ska dessutom innehålla den fasta ersättning som lämnas till vårdgivaren. Föreskrifterna föreslås grunda sig på kunskapsunderlag som Socialstyrelsen tar fram för vilka patientgrupper som bör omfattas av tandvårdsstödet, för bedömningsfaktorer av nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion vid olika medicinska sjukdomar samt för tandvårdens bedömningsfaktorer. Underlagen förväntas grundas på den bästa tillgängliga kunskap som kan hämtas i exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer, SBU:s kunskapsöversikter eller motsvarande. Vidare bör föreskrifterna kontinuerligt ses över och upp-

dateras för att följa den vetenskapliga utvecklingen inom medicin och odontologi.

Observera att bilagan endast beskriver utredningens förslag, som ett stöd för det fortsatta arbetet på myndighetsnivå, för vad som framtida föreskrifter med detaljerade regler bör innehålla. Den exakta tillämpningen kommer därefter att tydliggöras i dessa föreskrifter. Det innebär att avvikelser från denna bilaga kan komma att göras i detaljerna om myndigheterna finner skäl därtill.

Målgrupp för långvarigt selektivt stöd

Målgruppen är personer som har särskilda behov av tandvårdsinsatser på grund av långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion som beror på allmänsjukdom, alternativt en medfött eller förvärvat tillstånd. Som förvärvat tillstånd kan även avses sådan nedsatt funktion som lett till ett långvarigt omfattande vård- och omsorgsbehov där personen behöver stöd i sin dagliga livsföring. Den nedsatta funktionen kan riskera att väsentligt försämra en persons orala förmåga och munhälsa genom väsentligt försämrade förutsättningar att

– vidmakthålla sin munhälsa genom att inte kunna utföra munhygien eller ha tillräcklig självrengöring av munhålan, alternativt
– genomgå tandvårdsbehandling.

Utredningens mål har varit att skapa ett tandvårdsstöd som riktas till de personer som har störst behov. Därmed har stödet förutsättningar att bli jämlikt. I linje med detta skulle det vara önskvärt att alla personer som uppfyller kraven att ha svårigheter att vidmakthålla sin munhälsa eller genomgå tandvårdsbehandling har tillgång till stödet oavsett diagnos. Ytterst sätter dock den ekonomiska ramen gränsen för hur många som kan bli berättigade till stöd. För alla patienter gäller dock, enligt utredningens förslag, att en riskbedömning ska göras inom tandhälsoplan där allmänmedicinska diagnoser och tillstånd som påverkar munhälsan ska vägas in. Personer som har en allmänmedicinsk diagnos som inte är av tillräcklig svårighetsgrad för att ge tillhörighet till långvarigt selektivt stöd kan få förebyggande insatser via tandhälsoplanen.

Utredningen föreslår att tandvården ska ha en ökad roll i att hitta patienter som bör omfattas av långvarigt selektivt stöd för basal tandvård. Under ett tandvårdsbesök har tandvården goda förutsättningar att kunna bedöma hur patienten klarar att genomföra en behandling. Tandvården kan även få en uppfattning om hur effektivt munhygienen utförs och hur väl självrengöringen av munhålan fungerar. Om tandvården genom revisionstandvård kan följa samma individ under längre tid finns dessutom möjlighet att tidigt upptäcka när en förändring har inträffat hos patienten, exempelvis att personen i tandvårdsstolen inte längre håller samma munhygien eller börjar utebli från besöken och behöver särskild påminnelse. I dag har tandvården ingen sådan funktion samtidigt som tandvården har de bästa möjligheterna att utföra en bedömning av ifall en person har väsentligt försämrade svårigheter att utföra munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling. Detta är inget som hälso- och sjukvården naturligt kan uttala sig om. Utredningens förslag innebär därför att tandvården bör vara en part som initierar en prövning av långvarigt selektivt stöd.

Att enbart låta tandvårdens bedömning av dessa faktorer vara vägen in i stödet har utredningen inte funnit vara ett möjligt alternativ av flera orsaker:

– Tandvårdsstödet ska ges till den person som har störst behov. Förslaget om ett långvarigt selektivt stöd riktar sig till en målgrupp som har behov av särskilda tandvårdsinsatser på grund av sin nedsatta funktion beroende på allmänsjukdom eller en nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion. Det är således inte tillräckligt att en person har stora svårigheter att utföra sin orala egenvård, eller genomgå en tandvårdsbehandling, utan det behöver finnas ett samband med en allmänmedicinsk nedsatt funktion. Denna nedsatta funktion ska bedömas av någon som har kunskap därom.
– Det kan finnas risk för överutnyttjande om enbart tandvården identifierar tillhörighet eftersom tandvården kan gagnas ekonomiskt av stödet eller uppleva en stor förväntan från patient eller närstående att intyga funktionsnedsättning i det direkta mötet. Hälso- och sjukvården och kommunala verksamheter blir en tredje part som kan intyga utan egna ekonomiska intressen.

– Utredningens direktiv har varit att föreslå ett tandvårdssystem som ryms inom de nuvarande systemens ekonomiska ramar. Om enbart tandvårdens bedömning är tillräcklig alternativt om alla ICD-10-diagnoser berättigar till stödet under förutsättning att diagnosen lett till en nedsatt funktion är utredningens bedömning att fler patienter inkluderas än vad som ryms inom ekonomisk ram.

Utredningens förslag är därför att två andra verksamheter ska intyga för att personen med behov ska få tillhörighet till stödet; hälso- och sjukvården alternativt kommunala verksamheter. Antingen kan kommunala verksamheter intyga behovet av selektivt stöd utifrån ett omfattande vård- och omsorgsbehov. Alternativt kan hälso- och sjukvården intyga tillhörighet utifrån diagnos i enlighet med ICD-10 i kombination med nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion och för dessa patienter krävs även intyg från tandvården om funktionsnedsättningen påverkar patientens förmåga att klara sin munhygien eller att genomgå tandvårdsbehandling. Utredningen gör bedömningen att om kommunala verksamheter ser att en person har omfattande behov av vård och omsorg så behövs ingen ytterligare bedömning av tandvården. En klar majoritet av personkretsen har väsentligt försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling och det vore därför inte kostnadseffektivt att även kräva att tandvården gör en bedömning därav. Patientgruppen bedöms vara ungefär 80 procent av patienterna inom stödet för basal tandvård och detta besparar såväl Försäkringskassan som tandvården avsevärd administration. Däremot behöver tandvården ha möjlighet att initiera en prövning i det fall inget intyg inkommer ifrån den kommunala verksamheten. Det är även av vikt att tandvården får träffa patienten som fått tillhörighet till stödet för att i tid hjälpa till att bevara munhälsan. Personer som vårdas av anhörig kan likväl vända sig mot hälso- och sjukvården för att få ett intygande om tillhörighet till stödet enligt förfarandet nedan.

Nedsatt fysisk psykisk eller kognitiv funktion på grund av allmänsjukdom eller tillstånd

ICD-10 diagnosgrupp

I dagens särskilda tandvårdsstöd finns ett stöd vid långvarig sjukdom och funktionsnedsättning. Stödet riktar sig till elva specifika sjukdomsdiagnoser eller tillstånd. En läkare ska intyga att patienten har diagnosen/tillståndet samt att funktionsnedsättningen är svår till fullständig inom vissa områden, exempelvis kognitiva funktioner eller rörelseförmåga. Utöver detta ska läkaren bedöma förmågan att utföra munhygien och genomgå tandvårdsbehandling.

I Socialstyrelsen utvärdering år 2018 påtalas att det vetenskapliga stödet för samband mellan allmän hälsa och oral hälsa för de diagnoser som ingår i dagens regionala stöd är svagt. Utredningen anser att trots det svaga vetenskapliga underlaget är nuvarande diagnoser fortsatt relevanta men alltför begränsade. Personer med näraliggande diagnoser kan ha lika svåra funktionsnedsättningar men ändå inte ha möjlighet att få regionens tandvårdsstöd i dag. I stället för dagens system med enskilda diagnoser föreslår utredningen diagnosgrupper utifrån WHO:s Internationella Sjukdomsklassifikation ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). För att få tillhörighet ska personen ha en diagnos som ingår i en i stödet upptagen diagnosgrupp och dessutom ha en funktionsnedsättning av tillräcklig svårighetsgrad och varaktighet. Om kraven för långvarigt selektivt stöd uppfylls ska patienten få stöd oavsett det finns ett aktuellt tandvårdsbehov eller inte. Det innebär att patienten inte behöver vänta tills munsjukdomar uppkommit innan han eller hon kan få del av stödet.

Utredningens förslag utgår från de diagnoser som inkluderas i nuvarande stödet men utvidgar på så sätt att hela den undergrupp som diagnosen tillhör föreslås inkluderas i stödet. Exempelvis innebär det att i stället för att i stödet ange diagnosen Parkinson inkluderas gruppen basalganglionsjukdomar och rörelserubbningar (G20-G26). Många av dagens gränsdragningsproblem mellan liknande sjukdomar bedöms därmed minska betydligt. Det kan dock inte uteslutas att det finns andra ICD-10 diagnoser som utifrån patientens funktionspåverkan skulle vara relevanta att inkludera i stödet. Den utvidgning som föreslås bedöms vara möjlig att genomföra inom given ekonomisk ram. En översikt av ICD-10-diagnosgrupperna

visas i tabellen nedan. Att slutgiltigt och i detalj ta fram vilka diagnosgrupper som kan ligga till grund för långvarigt stöd blir ett uppdrag till ansvariga myndigheter, där Socialstyrelsen tar fram kunskapsunderlag som TLV bearbetar och infogar i föreskrifter om stödet.

Tabell 1 Genomgång av vissa ICD-10 grupper

ICD-10	Huvudgrupp Undergrupp	Sjukdom, funktionsnedsättning
C, D	Tumörer *Vissa diagnoser föreslås ingå*	33 diagnoser klassas som sällsynta hälsotillstånd Tumörer i ansikte och munhåla kan leda till orofacial funktionsnedsättning
E	Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar *Vissa diagnoser föreslås ingå*	70 diagnoser klassas som sällsynta hälsotillstånd
F	Psykiska sjukdomar/syndrom och beteendestörning *Alla undergrupper föreslås ingå*	Ex. psykossjukdomar, demens En diagnos klassas som sällsynt hälsotillstånd
G	Sjukdomar i nervsystemet *Vissa undergrupper föreslås ingå såsom* *– Systematiska atrofier* *– Basalgangliesjukdomar och rörelserubbningar* *– Andra degenerativa sjukdomar i centrala nervsystemet* *– Myelinförstörande sjukdomar* *– Cerebral pares och andra förlamningssyndrom*	59 diagnoser klassas som sällsynt hälsotillstånd Ex. ALS Ex. Parkinsons sjukdom Ex. Alzheimer Ex. Multipel skleros
H	Sjukdomar i ögat och närliggande organ *Vissa diagnoser föreslås ingå*	6 diagnoser klassas som sällsynta hälsotillstånd
I	Cirkulationsorganens sjukdomar *Vissa undergrupper föreslås ingå* *I61-63, I69 Sjukdomar i hjärnans kärl*	4 diagnoser klassas som sällsynt hälsotillstånd Resttillstånd efter stroke
J	Andningsorganens sjukdomar *Vissa diagnoser föreslås ingå*	2 diagnoser klassa som sällsynta hälsotillstånd
L	Huden och underhudens sjukdomar *Vissa diagnoser föreslås ingå*	3 diagnoser klassas som sällsynta hälsotillstånd

ICD-10	Huvudgrupp Undergrupp	Sjukdom, funktionsnedsättning
M	Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven *Vissa undergrupper föreslås ingå* *– M05-09 Inflammatorsiska polyartriter* *– M20-21 Deformiteter* *– M30-36 Inflammatoriska system-sjukdomar*	11 diagnoser klassas som sällsynta hälsotillstånd Ex. reumatoid artrit Ex. SLE, sklerodermi, Siccasyndromet
N	Sjukdomar i urin- och könsorganen *Viss diagnos föreslås ingå*	En diagnos klassas som sällsynt hälsotillstånd
P	Vissa perinatala tillstånd *Viss diagnos föreslås ingå*	En diagnos klassas som sällsynt hälsotillstånd
Q	Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser *Vissa diagnoser föreslås ingå*	127 diagnoser klassas som sällsynt hälsotillstånd Kan ge orofacial funktionsnedsättning
T	Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre skador *Viss diagnos föreslås ingå*	En diagnos klassas som sällsynt hälsotillstånd

I ovanstående grupper, samt även inom andra ICD-10-grupper, kan det finnas ytterligare exempel på orofacial funktionsnedsättning, eller sällsynta hälsotillstånd, som utredningen inte omnämnt.

C, D Tumörer

Tumörer i ICD-10 klassificeringen omfattar grupperna C och D. Grupp C delar in maligna tumörer efter lokalisation. Grupp D klassificerar godartade tumörer samt sjukdomar i blodbildande organ. Maligna sjukdomar, även i munhålan, behandlas inom sjukvården. Om odontologisk behandling krävs i akut eller subakut fas av sjukdomen kan regionalt tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården alternativt viss behandling under viss tid vara aktuell för patienten. Utredningen föreslår att långvarigt selektivt stöd kan ges om tumörsjukdomen orsakat varaktig orofacial funktionsnedsättning, F9 i nuvarande stöd. I gruppen finns även 33 diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd (nuvarande F 11) se vidare nedan.

E Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar

Inom gruppen klassificeras endokrina sjukdomar, nutritionsrubbningar och ämnesomsättningssjukdomar. Här finns 70 diagnoser som klassas som sällsynta hälsotillstånd (nuvarande F11). Förutom dessa tillstånd bedömer utredningen att det inte torde finnas diagnoser som bör berättiga till långvarigt selektivt stöd.

F Psykiska sjukdomar och syndrom och beteendestörning

Utredningen föreslår att alla diagnoser inom huvudgruppen psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendesjukdomar kan komma i fråga för långvarigt selektivt stöd vid svår psykisk funktionsnedsättning. Till gruppen hör demens, psykisk sjukdom, ätstörningar, psykisk utvecklingsstörning, autism och aktivitets-/uppmärksamhetsstörningar. Till gruppen hör även det sällsynta hälsotillståndet Retts syndrom. Exempel på psykiska sjukdomar kan vara psykoser, bipolär sjukdom, ångestsjukdomar och paranoida sjukdomstillstånd. Psykisk sjukdom medför oftast en kognitiv funktionsnedsättning som kan innebära koncentrationsproblem, svårigheter att sköta dagliga rutiner, att komma ihåg överenskomna tider och kan leda till initiativlöshet. En följd av detta blir ofta att det blir svårt att upprätthålla dagliga munvårdsrutiner och kontakter med tandvården. Patienter med svåra långvariga psykiska funktionsnedsättningar kan därför vara i behov av selektivt långvarigt stöd. Personer där tandvårdsfobi är den huvudsakliga orsaken till funktionsnedsättningen hänvisas till regionernas tandvårdsstöd för att få behandling för sin tandvårdsfobi för att därefter kunna genomgå tandvårdsbehandling.

Flera av dessa diagnoser kan även innebära att patienten uppfyller kraven för att ingå i det långvariga stödet genom att ha omfattande vård- och omsorgsbehov som intygas av kommunen. För vissa av dessa patienter kan möjligheten att erhålla tillhörighet via olika vägar vara viktig för att inte falla utanför det selektiva tandvårdsstödet:

1. F 00–03 omfattar demens av olika slag. De flesta patienter med demens har stora omsorgsbehov och identifieras av kommunala verksamheter. Men för en patient som fått en diagnos men som inte har tillräcklig omvårdnad från kommunen för att uppfylla kriterierna för omfattande vård- och omsorgsbehov kan patienten i stället prövas in till det selektiva stödet via intyg från sjukvården om funktionsnedsättningen är tillräckligt stor och tandvårdens bedömning bekräftar svårighet att sköta munhygienen eller klara tandvårdsbehandling. Detta kan vara en möjlighet att få selektivt tandvårdsstöd i tidigare skede av sjukdomen och därigenom kunna förhindra utveckling av munsjukdomar.
2. F 70–99 omfattar psykisk utvecklingsstörning, autism, aktivitets- och uppmärksamhetsstörningar (dvs. neuropsykiatriska diagnoser) med flera. Dessa personer har hittills fått nödvändig tandvård inom regionens tandvårdsstöd genom att de omfattas av LSS-lagstiftningen. Enligt utredningens förslag ska dock inte personer med små vård- och omsorgsbehov inom LSS få tillhörighet till stödet per automatik men de har i stället möjligheten att prövas för selektivt stöd via ICD-10-diagnos och ett intyg från sjukvården om de har en funktionsnedsättning av viss omfattning. Förutom sjukvårdens intyg behövs tandvårdens bedömning om svårigheter att klara munhygienen eller tandvårdsbehandling.
3. Personer med ätstörningsproblematik (F50) kan få tandvård inom stödet viss behandling under viss tid, men om tillståndet är allvarligt och långvarigt samt funktionsnedsättningen omfattande skulle patienten i stället kunna få långvarigt selektivt stöd. Även här krävs i dessa fall en bedömning utav tandvården om förmågan att sköta munhygienen eller klara tandvårdsbehandling.

G Sjukdomar i nervsystemet

Flera sjukdomar i nervsystemet ingår redan i dagens särskilda tandvårdsstöd. Det gäller Parkinsons sjukdom (nuvarande F2), multipel skleros (nuvarande F3), cerebral pares (nuvarande F4) och ALS (nuvarande F8). Parkinsons sjukdom innebär motoriska störningar i form av stelhet och skakningar. Multipel skleros (MS) innebär skakningar och muskeldysfunktioner på grund av skador som fortskrider i hjärna och ryggmärg. ALS är en grupp sjukdomar som leder

till att muskler förtvinar eftersom de inte får impulser från skadade nerver. Alla tre sjukdomarna är progredierande och utvecklas ofta till svåra funktionsnedsättningar. Cerebral pares är ett samlingsnamn för följdtillstånd efter skador i hjärnan under fostertiden eller nyföddhetsperioden. Sjukdomen innebär förhöjd muskeltonus, spasticitet, nedsatt balans och svårigheter att koordinera musklerna. Alla tillstånden innebär att munmotoriken påverkas med svårigheter att tugga, svälja och sköta munvården. Muskeldysfunktioner och påverkad gapförmåga försvårar möjligheten att genomföra tandvårdsbesök.

Utredningen har uppfattningen att ovan beskrivna diagnoser ska fortsatt tillhöra det selektiva långvariga stödet men i stället för att exempelvis enbart diagnosen Parkinsons sjukdom ska berättiga till selektivt stöd föreslår utredningen att hela gruppen basalgangliesjukdomar och rörelserubbningar (G20–26) ska berättiga till stödet. Diagnoser med en liknande sjukdomsbild och funktionsnedsättning som Parkinsons sjukdom kan därmed få tillgång till stödet, under förutsättning att de även uppfyller de odontologiska kriterierna om försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling. En liknande hantering föreslås för de övriga diagnoserna inom huvudgruppen G Sjukdomar i nervsystemet. Gruppen G10–14, Systemiska atrofier med diagnosen ALS omfattar även exempelvis Huntingtons sjukdom och spinal muskelatrofi. Gruppen G 35–37 Myelinförstörande sjukdomar omfattar förutom MS även andra myelinförstörande tillstånd. Gruppen G 80–83 Cerebral pares och andra förlamningssyndrom omfattar förutom CP ett antal andra parestillstånd. Förutom de diagnosgrupper som nämns ovan innehåller huvudgruppen 59 diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd. Genom att inkludera sjukdomar som ger liknande symtom och funktionsnedsättningar bedömer utredningen att gränsdragningsproblematik mellan sjukdomsdiagnoser kan minska och tandvårdsstödet bli mer jämlikt.

H Sjukdomar i ögat och närliggande organ

I gruppen återfinns sex diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd. Förutom dessa tillstånd bedömer utredningen att det inte torde finnas diagnoser som bör berättiga till långvarigt selektivt stöd i denna grupp.

I Cirkulationsorganens sjukdomar

I gruppen Cirkulationsorganens sjukdomar finns diagnoser, I 61–63 och 69, som används då patienten drabbas av stroke. Sjukdomen beror i cirka 85 procent av fallen på hjärninfarkt och i 15 procent på hjärnblödning. Symtom som uppkommer kan vara förlamning eller känselbortfall i del av kroppen, talsvårigheter och svårt att förstå tal och instruktioner. Exempel på kvarstående symtom som påverkar munnens funktioner kan vara nedsatt oralmotorik, sväljningssvårigheter, känselbortfall och ansiktsförlamning. I dag kan patienter få regionalt tandvårdsstöd om svåra resttillstånd efter stroke finns kvar sex månader efter insjuknandet. Detta för att man vill avvakta tills rehabilitering har förbättrat patientens tillstånd så att den funktionsnedsättning som kvarstår kan förväntas vara bestående. Företrädare för det nationella kvalitetsregistret Riksstroke har vid förfrågan från utredningen uppgett att tre månader är en mer lämplig tidpunkt för att kunna göra en rimligt säker bedömning av behovet av tandvårdsstöd eftersom den förbättring som rehabilitering kan åstadkomma oftast inträffar inom den tidsperioden.[1] Utredningen föreslår därför att en prövning av selektivt stöd bör kunna ske tre månader efter insjuknandet. Genom att vänta längre än nödvändigt riskeras en försämrad tandhälsa. I gruppen finns även fyra diagnoser som kan hänföras till sällsynta hälsotillstånd.

J Andningsorganens sjukdomar

I gruppen finns två diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd. För övrigt gör utredningen bedömningen att det inte finns diagnoser i grupp J som bör komma i fråga för långvarigt selektivt stöd.

L Hudens och underhudens sjukdomar

I gruppen återfinns tre diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd. Förutom dessa tillstånd bedömer utredningen att det inte torde finnas diagnoser som bör berättiga till långvarigt selektivt stöd i gruppen.

[1] Konversation med företrädare för Riksstroke, epost 2020-07-14.

M Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven

Vissa sjukdomar som tillhör gruppen sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven ingår redan i dag i det regionala särskilda tandvårdsstödet. Det gäller reumatoid artrit (nuvarande F5) som är en inflammatorisk ledsjukdom som ger smärta, stelhet och felställningar. Svårigheter att greppa föremål ger problem med att sköta munhygienen. En annan diagnos är systemisk lupus erythematosus, SLE (nuvarande F6), som är en kronisk inflammatorisk reumatisk sjukdom som leder till led- och muskelvärk men som även kan ge psykiska symtom. Även diagnosen sklerodermi (nuvarande F7) ger rätt till regionalt tandvårdsstöd i dag. Det är en ovanlig reumatisk bindvävssjukdom med försämrat immunförsvar och ökad bindvävsproduktion i hud och inre organ. Alla beskrivna sjukdomar kan ge reducerad rörlighet i händerna och sväljningsproblem.

Utredningen menar att de sjukdomar i gruppen som i dag har regionalt tandvårdsstöd även ska ges möjlighet till selektivt stöd fortsättningsvis. För att minska gränsdragningseffekter som kan uppstå när sjukdomar med liknande symtom och svårighetsgrad inte blir berättigade till stödet föreslår utredningen att en diagnosgrupp i stället för enskild diagnos utgör grund för det selektiva stödet. Exempelvis bör gruppen Inflammatoriska polyartriter M 05–09 ge möjlighet att få selektivt stöd och då ingår seropositiv reumatisk artrit precis som i dag men även ledsjukdomar vid psoriasis. På liknande sätt bör diagnosgruppen Inflammatoriska systemsjukdomar M 30–36 inkluderas där SLE och sklerodermi ingår men även Siccasyndromet (Sjögrens syndrom). De patienter som har en omfattande funktionsnedsättning enligt sjukvårdens intyg och om tandvården bedömer svårighet att utföra munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling ges möjlighet att få selektivt långvarigt tandvårdsstöd. Utöver de beskrivna diagnosgrupperna ovan finns 11 diagnoser som hör till sällsynta hälsotillstånd.

Q Medfödda missbildningar, deformiteter och kromosomavvikelser

I denna grupp återfinns 127 diagnoser som kan hänföras till sällsynta hälsotillstånd. För vissa diagnoser i gruppen bedömer utredningen att långvarigt selektivt stöd kan ges om tillståndet orsakat en varaktig orofacial funktionsnedsättning.

N Sjukdomar i urin- och könsorganen, P Vissa perinatala tillstånd, T Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker

I vardera av dessa tre grupper finns en diagnos som hör till sällsynta hälsotillstånd. För övrigt bedömer utredningen att det inte finns diagnoser i grupperna som bör komma i fråga för långvarigt selektivt stöd.

Bedömning av sällsynta hälsotillstånd

Sällsynta hälsotillstånd innebär att färre än 100 personer per en miljon invånare har tillståndet. Det är alltså ytterst få som har den enskilda diagnosen men eftersom det finns mer än 300 sällsynta diagnoser utgör patienterna cirka 1–2 procent av befolkningen. Alla sällsynta diagnoser har en ICD-10-kod vilket gör det möjligt att identifiera aktuella koder och därefter göra urvalet av personer som kan vara berättigade till stödet. Socialstyrelsens har en databas för Sällsynta hälsotillstånd där 322 diagnoser finns listade, alla identifierade med en ICD-10-diagnos. I nuvarande regelverk har personer med sällsynta diagnoser möjlighet att få ta del av det särskilda tandvårdsstödet (F11) under förutsättningen att personen har stora svårigheter att sköta sin munhygien, stora svårigheter att genomgå tandvårdsbehandling eller har orofacial funktionsnedsättning. Många av personerna med sällsynta diagnoser har dessutom stöd från kommunen genom socialtjänstlagen eller LSS och kan därför även vara berättigade till stödet i dag genom att omfattande omsorgsbehov.

Utredningen anser att personer med sällsynta hälsotillstånd ska ha tillgång till förslaget om ett selektivt långvarigt stöd. Sjukvården ska intyga en ICD-diagnos och funktionsnedsättningens svårighetsgrad medan tandvården intygar svårigheten att sköta munhygienen eller att genomgå tandvårdsbehandling.

Bedömning av orofacial funktionsnedsättning

Orofacial funktionsnedsättning kan bero på medfödda defekter, deformiteter och kraniala missbildningar. Även förvärvade ansikts- och käkdefekter, exempelvis efter tumörer och trauma, facialispareser som påverkar oral motorik oavsett orsak, strikturer och ärr-

vävnad som försvårar gapning och tandvårdsbehandling hör till gruppen. Tillståndet berättigar till särskilt tandvårdsstöd i nuvarande regionala tandvårdsstöd (F9).

Tillståndet orofacial funktionsnedsättning har sin grund i en allmänmedicinsk sjukdom eller medfött eller förvärvat tillstånd. Precis som för övriga ovan beskrivna grupper ska ett intyg från sjukvården ange en specifik diagnos och svårighetsgraden av funktionsnedsättningen. Utredningen anser således att det inte är tillräckligt att en person har stora svårigheter att utföra munvård, ha nedsatt gapförmåga eller förmåga att tugga och svälja eller genomgå tandvårdsbehandling utan det ska finnas ett samband med en sjukdom eller medfött eller förvärvat tillstånd. Dock kan ingen specifik ICD-10-diagnos kopplas till tillståndet orofacial funktionsnedsättning utan alla diagnoser som kan utgöra grundorsak till tillståndet bör kunna berättiga till det långvariga selektiva stödet. Utredningen föreslår att en orofacial funktionsnedsättning som ger tillräcklig nedsättning av funktionen bedömd av sjukvården såsom ett medfött eller förvärvat tillstånd och av tandvården bedömd medföra svårigheter att vidmakthålla munhälsan eller genomgå tandvårdsbehandling bör berättiga till selektivt stöd om funktionsnedsättningen är tillräckligt omfattande. Detta är i linje med hur tillståndet hanteras i dagens stöd.

Omfattande vård- och omsorgsbehov

Nuvarande regelverk

I dagens särskilda tandvårdsstöd inom regionerna finns nödvändig tandvård som beskrivs i 8 a § tandvårdslagen. Uppsökande verksamhet och erbjudande om nödvändig tandvård ska erbjudas de som antingen omfattas av lagen (1993:387) om stöd och service för vissa funktionshindrade, eller som har ett varaktigt behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser och som omfattas av kommunens ansvar för hälso- och sjukvård enligt 12 kap. 1 § i HSL, får hälso- och sjukvård i hemmet, eller är bosatta i egen bostad och har motsvarande behov av vård eller omsorg.

Förhållanden för personer inom LSS beskrivs i eget avsnitt nedan.

Hur stort omsorgsbehovet ska vara för att berättiga till särskilt tandvårdsstöd har alltsedan reformen infördes 1999 varit förenat med en osäkerhet. Dock erhölls viss klarhet genom ett numera arkiverat meddelandeblad från Socialstyrelsen 2004 som beskrev att tillsyn skulle krävas minst tre gånger per dygn samt nattillsyn. Trots att meddelandebladet återkallats används det enligt Socialstyrelsens utredning 2018 fortfarande av alla regioner utom två, för att definiera begreppet omfattande vård- och omsorgsbehov.

Diskussion om utredningens överväganden

En person som har omfattande vård- och omsorgsbehov har vanligen en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion. En person med omfattande vård- och omsorgsbehov har även vanligen svårigheter att hantera sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling.

Betydande tandvårdssubventioner utgår från begreppet omfattande vård- och omsorgsbehov och därför bör det finnas en fastställd definition. Utredningens förslag, som skiljer sig marginellt ifrån Socialstyrelsens tidigare arkiverade version, är en definition som innebär att patienten ska ges personlig omvårdnad under minst fyra gånger per dygn, oavsett om detta sker dag- eller nattetid och oavsett vem som genomför omvårdnaden. Utredningen anser att en definition som är tydlig, relevant och användbar i den praktiska bedömningssituationen är viktig för att personer med behov ska få tillgång till tandvårdsstödet. Nuvarande nivå vad gäller krav på omsorgsnivå anser utredningen vara rimlig. Definitionerna ska förstås utformas så att rätt personer identifieras men eftersom de allra flesta personer som kan komma att tillhöra det långvariga stödet har progredierande tillstånd bedömer utredningen att man hellre får acceptera att någon får tillhörighet för tidigt på grund av oklart omsorgsbehov än att personer med behov för sent identifieras som berättigade med risk för raserad munhälsa som följd.

Utredningen anser att personer med omfattande vård- och omsorgsbehov även fortsättningsvis ska kunna identifieras för selektivt tandvårdsstöd utan att ha en verifierad ICD-10-diagnos med efterföljande bedömning av funktionsnedsättning.

Omsorg kan ges med stöd av SoL eller HSL men även ges av närstående. Dock kan den person som har omsorgsstöd från kommunen som inte är av tillräcklig omfattning men som har en definierad ICD-10-diagnos, exempelvis Alzheimers sjukdom, få möjlighet att prövas för det långvariga selektiva stödet via ett intyg från hälso- och sjukvården om övriga krav för berättigande är uppfyllda, dvs. tillräcklig svårighetsgrad på funktionsnedsättningen och tandvårdens intyg om oförmåga till att upprätthålla munhygien eller genomföra tandvårdsbehandling. Personer med boendebeslut, exempelvis särskilt boende eller boendestöd inom LSS, ska anses ha tillräckligt omfattande omsorgsbehov för att komma i fråga för det selektiva stödet så till vida personen inte enbart är medboende och således inte har ett eget biståndsbeslut.

Omsorgsbehov som omhändertas via närstående

Utredningen gör bedömningen att det finns personer som uppfyller de behov som anges för att få tillhörighet för långvarigt selektivt stöd för basal tandvård men som riskerar att inte identifieras via de kanaler som beskrivs ovan. Främst gäller det äldre personer som får sitt omsorgsbehov via närstående men kan även gälla yngre personer med omfattande funktionsnedsättning som vårdas i hemmet av närstående i stället för att omfattas av LSS. Kommunen föreslås ha en definierad kontaktväg för dessa personer och deras närstående så att deras omsorgsbehov kan bedömas och intygas till Försäkringskassan.

Omfattas av LSS

Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) är en rättighetslag som ska ge personer med omfattande och varaktiga funktionsnedsättningar stöd genom olika insatser. De personkretsar som lagen omfattar är personer med:

1. Utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd,
2. Med betydande och bestående begåvningsmässigt funktionshinder efter hjärnskada i vuxen ålder föranledd av yttre våld eller kroppslig sjukdom, eller

3. Med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionshinder som uppenbart inte beror på normalt åldrande, om de är stora och förorsakar betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och därmed ett omfattande behov av stöd och service.

De två första personkretsarna bygger på medicinska tillstånd och den tredje på svårigheter i livsföringen. Utifrån behov kan individen beviljas en eller flera av nio insatser efter beslut av kommunen:

– Personlig assistans
– Ledsagarservice
– Kontaktperson
– Avlösarservice
– Korttidsvistelse
– Korttidstillsyn
– Boende barn
– Boende vuxna
– Daglig verksamhet.

Kommunen är huvudman för insatserna som beskrivs ovan, men när det gäller personlig assistans är ansvaret delat mellan kommunerna och staten. Det finns ytterligare en insats, ”Rådgivning och annat personligt stöd” och där är det regionen som genom habiliteringsverksamheten är ansvarig. Insatsen ges sällan utifrån LSS utan den enskilde får sin habilitering utifrån HSL. Totalt fick 58 278 personer 20 år och äldre minst en LSS-insats år 2019. Antalet som får insatser ökar varje år, men ökningen kan till viss del förklaras av befolkningsökningen.[2]

I dagens regionala särskilda tandvårdsstöd har personer som omfattas av LSS rätt till nödvändig tandvård. Tandvårdsförordningen ställer inga krav på att funktionsnedsättningen eller LSS-insatserna ska ha en viss omfattning för att personen ska ha rätt till nödvändig tandvård. Nationellt finns i dag tre olika bedömningar i de regionala anvisningarna av hur kriteriet ’omfattas av LSS’ ska tolkas. I vissa regioner ställs kravet att personen ska ha haft en beviljad insats och i

[2] Socialstyrelsen, Kunskapsguiden.

vissa regioner krävs dessutom att insatsen ska vara pågående. Man har då gjort bedömningen att man ska ha ett varaktigt behov av omsorgsbehovet för att vara berättigad till regionalt särskilt tandvårdsstöd. Troligen har de flesta med LSS-insats stora behov av hjälp för att klara den dagliga livsföringen som inkluderar svårigheter att sköta munhygienen eller klara tandvårdsbehandling. Däremot, när det gäller personer med mindre LSS-insatser har utredningen fått signaler från flertalet regioner att personer med insatser såsom kontaktperson och ledsagare inte alltid har tillräckliga behov för att vara berättigade till särskilt tandvårdsstöd utifrån kriteriet stort omsorgsbehov.

Utredningens förslag innebär därför att personer med enbart de mindre LSS-insatserna ledsagare och kontaktperson inte med automatik ska anses uppfylla kraven för det långvariga selektiva stödet för basal tandvård. Detta gäller även om personen enbart har regionens insats rådgivning och annat personligt stöd. I stället får deras behov av stödet prövas genom intyg från hälso- och sjukvården utifrån den medicinska diagnosen med efterföljande bedömning av svårighetsgrad samt tandvårdens intyg om svårigheter att vidmakthålla sin munhälsa eller genomgå tandvårdsbehandling. Om personen inte bedöms uppfylla kravet för selektivt stöd genom sjukvårdens eller tandvårdens bedömning kan personen få undersökning och förebyggande besök inom tandhälsoplan.

År 2019 fanns det 14 722 personer som enbart hade LSS-insatserna ledsagare och/eller kontaktperson. Hur många av dessa som tagit del av nödvändig tandvård har utredningen inte kunskap om men av det totala antalet vuxna med LSS-tillhörighet hade 59 procent fått nödvändig tandvård år 2019. I sina beräkningar har utredningen antagit att 2/3 av de personer med mindre LSS-insatser skulle ha efterfrågat nödvändig tandvård och av de som fått nödvändig tandvård skulle 80 procent besökt tandvården varje år. Av dessa antas hälften (3 945 personer) få tillhörighet till långvarigt selektivt stöd för basal tandvård via intyg från sjukvården och den andra halvan hänvisas till tandhälsoplan.

Intygens innehåll, utformande och hantering

Utredningen föreslår att såväl hälso- och sjukvården, kommunala verksamheter och tandvården ska ha till uppgift att identifiera personer som kan vara berättigade till det selektiva tandvårdsstödet för

basal tandvård. Berörda parter intygar det som de är bäst på att bedöma. Intygen ska vara enkla att fylla i och hanteras administrativt via IT-system. Försäkringskassan ges uppdraget att grundat på Socialstyrelsens kunskapsunderlag ta fram intygsblanketter och integrera dem i sina IT-system.

Försäkringskassan är även den mest lämpade parten att sammanhålla ansökningsprocessen genom att myndigheten även föreslås vara beslutande instans för selektivt stöd. När ett intyg inkommer till Försäkringskassan är detta en signal för myndigheten att öppna ett ärende om att en ansökan om selektivt tandvårdsstöd påbörjats. Slutligen får patienten ett beslut från Försäkringskassan med vad som omfattas av det selektiva tandvårdsstödet, alternativt en förklaring till varför tillhörighet inte medges. Beslutet om tillhörighet till selektivt tandvårdsstöd gäller omedelbart. Om intyg enbart inkommer från en part skickar Försäkringskassan en påminnelse till patienten, därefter stängs ärendet efter en viss tid om behövlig dokumentation inte inkommer. Skulle intyget inkomma senare kan Försäkringskassan åter öppna ärendet och fatta beslut om tillhörighet. Utredningen föreslår att tidsrymden för att ett ärende åter ska kunna öppnas, och det ursprungliga intyget fortfarande är giltigt, bör kunna vara upp till två år. Detta eftersom personerna som är aktuella för det långvariga selektiva stödet ofta har omfattande, progredierande funktionsnedsättningar och svåra sjukdomar vilket gör att fördröjning av besöken i hälso- och sjukvården och tandvården kan vara vanliga.

Kommunala verksamheters intyg

De kommunala verksamheterna identifierar de personer som har ett omfattande vård- och omsorgsbehov. Omsorg kan ges med stöd av SoL, HSL eller LSS men även utföras av närstående. Personerna kan befinna sig på ett särskilt boende, ha boendestöd inom LSS eller bo i eget boende med stöd från hemtjänst, hemsjukvård eller närstående. Utredningen föreslår en definition av omfattande omsorgsbehov som innebär att patienten ska ges personlig omvårdnad under minst fyra gånger per dygn. De kommunala verksamheterna behöver inte enligt utredningens förslag skilja på om omsorgen ges enligt SoL, HSL eller LSS, vilket görs i dag, utan bedömningen gäller enbart om omfattningen av omsorgsbehovet uppfyller definitionen ovan.

Utredningen har uppfattningen att de personer som har insatser i enlighet med LSS, med undantag för de som enbart har rådgivning, ledsagare eller kontaktperson, uppfyller kravet för omfattande vård- och omsorgsbehov. Den största gruppen inom LSS är den som har boendestöd (cirka 27 000 personer). De flesta av dessa har tillsyn dygnet runt och uppfyller väl definitionen på omfattande vård- och omsorg. Detta gäller även insatserna korttidsvistelse, korttidstillsyn och avlösarservice. Även om inte kommunen ger personlig omvårdnad fyra gånger per dag så finns det andra, vanligen närstående, som ansvarar för den dagliga vård- och omsorgen. För andra ges omsorgen via personliga assistenter eller daglig verksamhet.

Kommunala verksamheter anmäler på elektronisk väg till Försäkringskassan att patienten uppfyller krav på omfattande omsorgsbehov för att kunna prövas för långvarigt selektivt stöd för basal tandvård. För dessa patienter är detta intyg tillräckligt för att prövning ska kunna ske. Kommunernas intygande om att personen är berättigad till det långvariga selektiva stödet liknar i stort det som görs redan i dag för berättigande till nödvändig tandvård med den skillnaden att anmälan ska göras till Försäkringskassan i stället för till respektive region.

Hälso- och sjukvårdens intyg

Utredningen föreslår att legitimerad vårdpersonal inom hälso- och sjukvård ska intyga att en patient har en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion samt diagnosticerat tillstånd. I föreskrifter ska anvisningar finnas för vilken ytterligare information om patientens tillstånd som ska framgå av intyget.

Det föreslagna hälso- och sjukvårdens intyg bedöms inte medföra någon ökad belastning jämfört med dagens intyg utan snarare en förenkling. Utredningen föreslår att förutom läkare kan flera andra legitimerade yrkeskategorier intyga svårighetsgraden för den nedsatta fysiska, psykiska eller kognitiva funktionen, under förutsättning att det ligger inom deras medicinska profession att bedöma detta och att de har kännedom om den enskilda patienten. Tänkbara personer är personal inom primärvård, habilitering eller psykiatri. Den exakta tillämpningen kommer vid behov att tydliggöras i föreskrifter. Även om vårdpersonalen inte har möjlighet att ställa ICD-

10-diagnos kan denna hämtas från patientjournalen. Utredningen anser att förslaget om att det är tandvården som bedömer patientens förmåga till munvård och genomgå tandvårdsbehandling ytterligare underlättar hälso- och sjukvårdens intygande och bedömning jämfört med i dag.

Vad ska hälso- och sjukvården intyga?

Sjukvårdens intyg ska ange patientens diagnos med ICD-10 kod samt en bedömning av grad av nedsättning vad avser psykisk, fysisk eller kognitiv funktionsförmåga. Personen ska ha en i stödet upptagen diagnos och dessutom en nedsatt förmåga/oförmåga av en viss svårighetsgrad och varaktighet. Graden ska verifieras med hjälp av ett intyg där de väsentliga nedsättningarna är identifierade och möjliga att kryssa för. Det hade varit att föredra om ett intyg som redan används i hälso- och sjukvården kunde användas men utredningen har inte bedömt detta vara möjligt. Hälso- och sjukvården behöver troligen ledning av förtryckta intygsblanketter med definierade funktionsnedsättningar för att kunna intyga relevant oförmåga. Till skillnad från dagens intyg för tandvård för personer med långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning föreslås att samma frågor ska besvaras oavsett diagnos/tillstånd inom den nedsatta funktion som är relevant för patienten samt att hälso- och sjukvården inte ska uttala sig om patientens förmåga att sköta munhygienen eller genomgå tandvårdsbehandling.

Kriterier för hälso- och sjukvårdens intygande av svårighetsgrad av nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion

Patientens diagnos/tillstånd enligt ICD-10 ska vara fastställd och framgå av intyget om fysisk/psykiskt eller kognitiv funktionsnedsättning såväl som dess varaktighet. Omfattningen av funktionsnedsättningen ska alltid bedömas utifrån den funktion som kvarstår efter relevant behandling av tillståndet. Hälso- och sjukvården förväntas inte initiera undersökningar och tester enbart för att kunna bedöma frågeställningar i intyget. Områden som, utifrån relevans, kan vara aktuella att bedömas av hälso- och sjukvården anges i tabellen nedan:

Tabell 2 Förslag till bedömningskriterier för hälso- och sjukvården

Påverkat område	Delområde
Perceptuella och kognitiva funktioner	Klara daglig rutin Hantera psykologiska krav Att söka professionell hjälp Följa hälsoråd
Rörelsefunktioner	Rörlighet i leder som kan påverka munhygien Finmotorik i hand och handled Rörlighet som kan påverka förmågan att sitta i en behandlingsstol Kontroll och koordination av viljemässiga rörelser Ofrivilliga rörelser Nedsatt muskelkraft
Defekter	Medfödda eller förvärvade defekter/deformiteter kraniofacialt Pareser i ansiktet Fibrotiserad orofacial vävnad
Sväljfunktion	Sväljreflex Svalgmuskulatur

Tandvårdens intyg

Tandläkare/tandhygienist kan identifiera patienter som kan komma i fråga för selektivt stöd. För en patient som har ett omfattande vård- och omsorgsbehov alternativt sjukdom eller tillstånd som ger funktionsnedsättning med svårigheter att klara sin munhygien eller genomgå tandvårdsbehandling kan tandvården initiera ett ärende hos Försäkringskassan som meddelar patienten att kontakta kommunala verksamheter för intyg om omsorgsbehovet eller hälso- och sjukvården för intyg om ICD-10 diagnos och bedömning av funktionsnedsättning.

För patienter som har en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion samt diagnosticerat tillstånd föreslås tandvården intyga deras behov av särskilda tandvårdsinsatser. Patientens sjukdom/tillstånd ska väsentligt riskera att försämra oral förmåga och munhälsa genom svårigheter att

– vidmakthålla munhälsa genom att utföra munhygien och att ha en fungerande självrengöring av munhålan (oral clearance), alternativt
– genomgå tandvårdsbehandling.

Det är behandlaren inom tandvården som bäst kan bedöma patientens särskilda behov av tandvårdsinsatser. Att tandvårdens behandlare utför denna bedömning är även en förutsättning för att behovs-,

solidaritetsprincipen ska kunna tillämpas och för att få stödet att bli mer jämlikt och komma personer med särskilda behov av tandvårdsinsatser tillgodo. Att även tandvården kan initiera en prövning ökar också förutsättningarna för att fler personer med särskilda behov ska nås av långvarigt selektivt stöd.

En närmare beskrivning av de områden som utredningen föreslår att tandvården ska bedöma följer i kommande avsnitt.

Att påverka munhälsan

Utföra munhygien

Det finns flera orsaker till att en patient inte kan utföra munhygien på ett effektivt sätt. En kognitiv nedsättning eller psykisk funktionsnedsättning kan medföra problem med att tillämpa kunskap, komma ihåg tandborstning samt självständigt följa en rutin. För andra patienter är det motoriska problem som nedsatt rörlighet i händer och handleder, muskel-dysfunktioner och felställningar som försvårar munhygienen. Även orala motoriken kan vara påverkad så att mat och bakteriebeläggningar blir liggande i munhålan. Vidare kan gapförmågan vara nedsatt, till exempel genom käkledsdefekt, fibrotiserad oral vävnad eller smärta.

Funktion för självrengöring av munhålan (oral clearance)

En viktig funktion för att bibehålla en frisk mun är att den kontinuerliga självrengöringen av munhålan fungerar. Funktionen är beroende av flera faktorer som oralmotorik, sväljfunktion, medvetenhet om att det finns beläggningar/matrester kvar i munnen och salivmängden. En försämrad självrengöring kan avsevärt förlänga tiden då det finns en sur miljö i munhålan, s.k. oral clearance, från cirka 15 min hos den friska individen till flera timmar hos personer med påverkade funktioner. Förlängd oral clearance medför en kraftigt ökad risk för karies, men även erosioner och slemhinneförändringar. Andra faktorer som kan påverka förekomsten av munsjukdomarna är ensidiga, ogynnsamma kostvanor och reflux.

Genomgå tandvårdsbehandling

Kognitiv nedsättning och beteendeproblematik kan påverka individens möjlighet att genomgå tandvårdsbehandling. Personen kan ha svårt att komma på bokade tider eller inte klara av att samarbeta under behandlingen. Annat som kan påverka är gapförmågan eller förmågan att sitta i behandlingsstolen. Skakningar, muskeldysfunktioner och förlamningar kan göra att behandlingar kan vara svåra att genomföra på ett patientsäkert sätt. Vid nedsatt sväljfunktion kan patienten ha svårt att lutas bakåt och det finns risk att vatten hamnar i andningsvägarna under behandlingen.

En person kan på grund av tandvårdsrädsla ha svårigheter att genomföra en tandvårdsbehandling. Precis som för hälso- och sjukvården gäller det att tandvården ska bedöma omfattningen av funktionsnedsättningen utifrån den funktion som kvarstår efter relevant behandling av tillståndet. Det innebär att tandvårdsfobi hos en person som inte har perceptuella eller kognitiva begränsningar hänvisas till regionens tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för att få fobibehandling för tandvårdsrädslan.

Närmare om tandvårdens bedömningskriterier

Vid tandvårdens värdering av individens behov av långvarigt selektivt stöd ska ett antal kriterier bedömas. Där det är möjligt föreslås att bedömningen ska dokumenteras, till exempel med mätresultat, foto eller information från hälso- och sjukvårdens journal. I nedanstående tabell listas ett förslag på kriterier som tandvården kan bedöma och bifoga prövningen av tillhörighet till Försäkringskassan. Både förekomsten av funktionsbristen och svårighetsgraden bedöms. För att selektivt stöd ska beviljas föreslås att ett antal av kriterierna vara bedömda ha en avsevärd svårighetsgrad.

Utredningen föreslår att ett formulär för tandvårdens bedömning ska finnas integrerat i journalsystemen och kommuniceras med Försäkringskassan via befintligt IT-system. Utredningens uppfattning är att framtagandet och administrationen av bedömningsintyget vid patientbesöket tidsmässigt kan ingå i undersökning för tandhälsoplan.

Tabell 3 Förslag till bedömningskriterier för tandvården

Område	Moment	Svårighetsgrad av den nedsatta funktionens påverkan	Möjlig orsak
Munhygien	Kunna utföra munhygien effektivt (få rent i munnen)	Viss påverkan Stor påverkan Klarar inte alls	Kognitivt Rörelseinskränkning händer Rörelseinskränkning gapning
	Accepterar/Behöver hjälp från vårdpersonal eller närstående	I stort sett Med svårighet Accepterar inte alls	Kognitivt Beteendeproblematik
	Kan följa en rutin	I stort sett Med svårighet Klarar inte alls	Kognitivt
Självrengöring i munhålan	Nedsatt oral motorik	Viss påverkan Stor påverkan	Kognitivt Sjukdom
	Nedsatt salivsekretion	Viss påverkan Stor påverkan	Sjukdom/läkemedel
	Sväljningssvårighet	Viss påverkan Stor påverkan	Sjukdom
	Nedsatt medvetenhet	Viss påverkan Stor påverkan	Kognitivt
Genomföra tandvårdsbehandling	Samarbetsproblem	Viss påverkan Stor påverkan Klarar inte alls	Kognitivt Beteendeproblematik
	Kommer inte på bokade tider	Viss påverkan Stor påverkan Kommer inte alls	Kognitivt Beteendeproblematik
	Fysiska hinder	Viss påverkan Stor påverkan Klarar inte alls	Gapförmåga Rörelsestörningar (ex. skakningar, spasticitet) Förlamningar, deformiteter
	Nedsatt sväljreflex	Viss påverkan Stor påverkan Klarar inte alls	Sjukdom

Vad som föreslås ingå i det långvariga selektiva stödet för basal tandvård

Utredningen föreslår att det långvariga selektiva stödet för basal tandvård fokuserar på åtgärder för

- undersökning och bastandvård för smärt- och infektionsfrihet, vilket inkluderar att åtgärda kariesangrepp,
- vissa avtagbara proteser, samt
- reparation av befintliga konstruktioner.

Undersökning och förebyggande behandling efter en riskbedömning samt sådan tandvårdsbehandling som påtagligt förbättrar förmågan att äta eller tala bör inkluderas. Om det finns ekonomiskt utrymme kan fler ingående åtgärder övervägas. Ett uppdrag lämnas till TLV att närmare i detalj avgöra vilken tandvård som ska ingå i stödet. För att kunna utföra beräkningar avseende stödets kostnader har utredningen gjort antaganden att stödet fokuserar på ovanstående åtgärder.

Vid särskilda behov och efter prövning bör, om ekonomiskt utrymme finns, ytterligare tandvård kunna omfattas av långvarigt stöd, exempelvis fastsittande konstruktioner om patienten av medicinska skäl inte kan använda en avtagbar protetisk konstruktion. Ytterst bestäms gränsen för vad som kan ingå i det långvariga selektiva genom att föreskrifter utfärdas men även av det anslag som stödet tilldelas. Nytt i utredningens förslag är att patientavgifter räknas in i det statliga tandvårdsstödets skydd mot höga kostnader. Personer inom det långvariga selektiva stödet har möjlighet att få tillgång till alla behandlingar som det statliga tandvårdsstödet kan subventionera. Detta gäller oavsett de begränsningar i det långvariga selektiva stödet som beslutas. Begränsningarna i det selektiva stödet gäller således vilka tillstånd och åtgärder som kan utföras med subventionen som följer med stödet.

Utredningen föreslår att fastsittande protetiska konstruktioner inte ska ingå i det långvariga selektiva stödet utan särskild prövning. Flertalet avtagbara protetiska instruktioner bör ingå eftersom tandlöshet får anses som ett avsevärt vårdbehov då stödet ska förbättra förmågan att äta eller tala. I vissa situationer kan det vara omöjligt för en patient av medicinska skäl att använda en avtagbar protetisk

konstruktion. Detta kan gälla patienter som på grund av sin sjukdom saknar salivsekretion som vid vissa reumatiska sjukdomar. Det kan även gälla patienter med cerebral pares som på grund av ofrivilliga muskelrörelser inte kan hantera en konstruktion som inte sitter fast eller personer med grav intellektuell funktionsnedsättning som inte förstår hur konstruktionen ska användas. I föreskrifter ska möjligheten till dessa undantag tydliggöras så att Försäkringskassan kan fatta beslut vid förhandsprövning.

Det kan även finnas andra begränsningar som kan anses nödvändiga. Det kan gälla restriktioner för vissa åtgärdskombinationer vid samma besök, begränsning av antalet stödbehandlingar som kan utföras inom stödet under en ersättningsperiod eller att rotfyllning inte ersätts i bakre delen av munnen. Det kan även finnas särskilda tillstånd och åtgärder som anpassas till patientgruppen inom långvariga selektiva stöd och enbart kan användas för denna grupp. Exempel kan vara åtgärd för professionell tandrengöring eller oralmotoriska behandlingar. Föreskrifterna bör även innehålla regler om möjlighet till förhandsprövning för att kunna utföra fler åtgärder än vad begränsningarna i regelverket medger exempelvis för en patient där riskbedömningen visat stora behov av stödbehandlingar under en period. Utredningen ser dessutom att det bör övervägas om det långvariga stödet även ska omfatta åtgärder för undersökning och tandvårdsbehandlingar som utförs i patientens boende i stället för vid en tandvårdsmottagning. Detta eftersom tandvård i boendet kan underlätta för vissa personer och öka möjligheten att de kan ta del av tandvårdsstödet. I föreskrifterna ska begränsningar såväl som de utökade behandlingsmöjligheterna i det selektiva stödet beskrivas.

En person som får tillhörighet till det långvariga selektiva stödet har dessutom möjlighet att använda övriga tandvårdsstöd, statliga såväl som i den region där personen är bosatt. Ovan har beskrivits tillfällen då det generella statliga stödet kan användas. Men även det statliga selektiva stödet för viss behandling under viss tid kan användas i vissa situationer. Till exempel kan en patient med den sällsynta diagnosen epidermolysis bullosa, som ofta medför svåra mineraliseringsstörningar, i grunden ha tillhörighet till det långvariga selektiva stödet men tillfälligt även nyttja stödet för viss behandling under viss tid. Mineraliseringsstörningen kan vara så omfattande att den kräver fast protetik, något som inte ingår i det långvariga stödet, men åtgärden ingår i viss behandling under viss tid. Patienten kan

för just denna behandling ges subvention inom det selektiva stödet viss behandling under viss tid. Likaså kan en patient med långvarigt stöd som för att kunna genomföra tandvård är i behov av narkos få detta som en sjukvårdstjänst inom det regionala tandvårdsstödet i samverkan med sjukvården.

Munvårdskort

Personer inom det långvariga stödet föreslås få ett munvårdskort med individuella munhälsoråd i samband med sin undersökning och fastställande av tandhälsoplan. Detta ska dels ersätta det munvårdskort som upprättas i dagens stöd i samband med munhälsobedömningen inom den uppsökande verksamheten som utredningen nu föreslår ska upphöra, dels vara en variant av den tandhälsoplan som patienter inom det generella statliga tandvårdsstödet får. Utredningen föreslår i stället att munvårdskortet blir en del av den förebyggande tandvården inom det selektiva stödet för basal tandvård. Praktisk instruktion om hur egenvården ska utföras ingår i den förebyggande tandvården och för personer inom det långvariga selektiva stödet bör även en skriftlig information i form av ett munvårdskort som kan finnas tillgängligt där tandborstningen utförs ingå. Informationen föreslås innehålla beskrivning av hur tänder och munhåla ska vårdas, vilka protetiska konstruktioner som finns som kräver särskilt handhavande samt vilka munvårdsprodukter och hjälpmedel som är lämpliga. Munhälsoråden riktas till den enskilde personen eller till den som omhändertar den dagliga egenvården. Det är av vikt att munvårdskorten anpassas till målgruppen, till exempel genom att använda lätt svenska och använda bildstöd för ökad förståelse.

Vårdambitionsnivåer

För alla patienter är målsättningen att den behandling som utförs ska vara till nytta och öka livskvaliteten. I de allra flesta fall innebär det att tandvården strävar efter att förbättra patientens tandhälsa. För patienter med svår sjukdom eller funktionsnedsättning är dock inte denna målsättning självklar. I stället kan målet, efter dialog med patient eller närstående, vara att bevara rådande tandhälsoläge eller fördröja sjukdomsaktivitet. Om allmäntillståndet hos patienten inte

medger ordinär tandvårdsbehandling ska denna i stället inriktas på att motverka smärta, obehag och infektioner. I det enskilda fallet bör den tandvård som ges vara individuellt anpassad efter vårdambitionsnivå beroende på patientens allmänhälsa. Behandlingen kan således ibland ha som mål att förbättra munhälsan, ibland endast bevara munhälsan eller fördröja sjukdomsförekomst, men alltid att lindra.

Varaktighet för att omfattas av stödet

Begreppen långvarigt och varaktigt behov används i de nuvarande regionala särskilda tandvårdsstöden utan att något av begreppen definieras i tandvårdslagen eller tandvårdsförordningen. Det finns således ett visst tolkningsutrymme för begreppen. I Socialstyrelsens arkiverade meddelandeblad från 2004 angavs att varaktighet innebar att behovet väntas kvarstå minst ett år.

Utredningen föreslår att långvarigt selektivt stöd ges då allmänsjukdomen eller tillståndet inte är av övergående natur. Utöver diagnos och svårighetsgrad ska intygsutfärdaren ta ställning till varaktigheten av tillståndet genom att intyg enbart ska skrivas om den nedsatta funktionen hänförd till sjukdomen eller tillståndet väntas kvarstå minst ett år. Varaktighet ska alltid bedömas utifrån den funktion som kvarstår efter relevant behandling av tillståndet.

Inom det långvariga stödet förslås huvudprincipen vara att man prövar in för två år, fem år eller tills vidare. Tills vidare gäller om sjukdomen/tillståndet är progredierande och utan stor sannolikhet till förbättring. För personer som beviljats långvarigt selektivt stöd utifrån omfattande vård-och omsorgsbehov föreslås huvudregeln vara att intyget utfärdas tills vidare. Detta eftersom en person som fått beslut om omfattande långvariga omsorgsinsatser mycket sällan kan återgå till ett självständigt liv. Flertalet av övriga berättigade föreslås få beslut om fem år medan varaktigheten två år främst används när osäkerhet om sjukdomsutvecklingen föreligger. Om behovet väntas kvarstå ett år men det råder osäkerhet om behovet kommer att kvarstå i två år ska ändå personen få ett beslut som gäller två år framåt. Detta eftersom det är svårt att redan efter ett år kunna göra en korrekt bedömning av behovet. Om det finns behov men bedömningen är att behovet inte kommer att kvarstå ett år kan personen få stöd genom tandhälsoplanens undersökning och före-

byggande besök. Kvarstår behovet efter ett år kan en ny bedömning om långvarigt selektivt stöd vara aktuell. Om stödet utfärdas för en tidsbegränsad period kan det vid behov förlängas.

Utredningen föreslår att TLV får i uppdrag att föreskriva om kriterier för stödets varaktighet utifrån kunskapsunderlag från Socialstyrelsen.

Påminnelsefunktion när engagemang kring tandvårdsbesök viker – ett framtida scenario?

Genom att Försäkringskassan i sitt IT-system har information såväl om vilken tandvård som utförs, som vilka patienter som har tillhörighet till särskilt stöd, skulle denna kunskap kunna kombineras genom ett särskilt uppdrag till Försäkringskassan. Detta skulle möjliggöra att personer, där kommunala verksamheter anmält att personen uppfyller kraven för långvarigt selektivt tandvårdsstöd och personen efter att ha beviljats tillhörighet ändå inte besöker tandvården under en längre period, identifieras av Försäkringskassan. Personen skulle då brevledes kunna få en påminnelse om vikten av att ta hand om munhälsan och en information om tandvårdsstödets förmåner. Detta i syfte att få fler personer med nedsatt funktion att upprätta kontakter med tandvården. Utredningen har diskuterat huruvida ett sådant myndighetsförfarande skulle kunna uppfattas som integritetskränkande, samtidigt som liknande insatser redan förekommer i samhället i dag till exempel i samband med kallelser för mammografi och gynekologiska cellprovskontroller. Utredningen väljer att inte lämna ett förslag om detta, utan låter idén utvecklas vidare av berörda myndigheter om det finns skäl därtill.

Selektivt stöd för viss behandling under viss tid

I denna bilaga beskrivs utredningens förtydliganden och överväganden ur odontologisk synpunkt för de fem huvudgrupperna i det selektiva stödet under viss tid för viss behandling. Utredningen diskuterade under framtagande av förslagen de olika grupperna på detaljnivå för att konkret kunna se hur ett nytt stöd skulle kunna fungera: vilka som bör omfattas, vad som ska ersättas, hur prövning ska gå till, men även för att kunna göra beräkningar av volym och kostnader. Utredningen lämnar för de fem grupperna förtydliganden och vissa förslag för vad som framtida föreskrifter för dessa grupper bör innehålla. Ansvariga myndigheter kan framöver i sitt arbete med att ta fram regelverket välja att göra avsteg från utredningens förslag i dessa delar. Det kan exempelvis finnas ytterligare tillstånd som bör omfattas av stödet eller behandlingar som utredningen inte haft kännedom om. Det är dock väsentligt att föreskrifterna innehåller tydliga avgränsningar för vilka tillstånd som kan omfattas i respektive grupp. Dessa kriterier är de som avgör gränserna för om en person tillhör det selektiva stöd för viss behandling under viss tid eller inte. Vidare ska föreskrifterna på motsvarande sätt som i det generella statliga tandvårdsstödet reglera vilka åtgärder som är ersättningsberättigande för respektive tillstånd, ange eventuella restriktioner eller särskilda villkor för tillstånd eller åtgärder samt fastställa när förhandsprövning ska ske inför protetiska eller andra omfattande behandlingar. Föreskrifterna, vilka utredningen föreslår tas fram av TLV, ska dessutom innehålla den fasta ersättning som lämnas till vårdgivaren. Föreskrifterna bör grunda sig på bästa tillgängliga kunskap för vilka tillstånd som bör omfattas och vilka behandlingar som bör ersättas, exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer, SBU:s kunskapsöversikter eller motsvarande kunskapssammanställningar.

Vidare bör föreskrifterna kontinuerligt ses över och uppdateras för att följa med den vetenskapliga och odontologiska utvecklingen.

Selektivt stöd för viss behandling under viss tid omfattar enligt utredningens förslag följande 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.

Patienter med ett tillstånd som omfattas av något av ovanstående grupper prövas hos Försäkringskassan för tillhörighet till stödet innan stödet kan tillämpas för behandling. För vissa av dessa tillstånd anser utredningen att denna prövning är tillräcklig och behandlaren kan därefter behandla patienten och rapportera in patientens tillstånd och utförda åtgärder inom det selektiva stödet för viss behandling under viss tid.

För vissa andra tillstånd anser utredningen däremot att även en prövning av detaljerat behandlingsförslag bör krävas. Det gäller främst vid protetiska behandlingar, se vidare under villkor för respektive tillståndsgrupp i den detaljerade beskrivningen nedan. Utredningen ser flera fördelar med det föreslagna förfarandet:

– Endast där det finns skäl ska särskild prövning av behandling utföras vilket ger en minskad administration för tandvården och Försäkringskassan.
– Kontroll och bekräftelse innan en protetisk behandling påbörjas om vad som omfattas, vilket säkerställer kostnaden både för staten och vårdgivaren.
– Efterhandskontroller behövs inte av den förhandsprövade och ofta kostsamma behandlingen eftersom endast de prövade proteiska åtgärderna kan inrapporteras.

Det selektiva stödet för viss behandling under viss tid kan tillämpas såväl för patienter som får sin övriga tandvård inom det generella statliga tandvårdsstödet som för patienter som har selektivt stöd för basal tandvård under lång tid när kriterierna för aktuellt tillstånd inom det selektiva stödet för viss behandling är uppfyllda.

Nedan följer beskrivning av utredningens förslag om vilka tillstånd som bör omfattas av var och en av de fem huvudgrupperna samt vilka behandlingar som bör ingå och vilka övriga villkor som bör gälla. Beskrivningen av förslagen har följande struktur:

- Avgränsning.
- Regelverk.
- Behandling som bör omfattas.
- Förslag till övriga villkor.

Observera att bilagan endast beskriver utredningens förslag, som ett stöd för det fortsatta arbetet på myndighetsnivå, för vad som framtida föreskrifter med detaljerade regler bör innehålla. Den exakta tillämpningen kommer därefter att tydliggöras i dessa föreskrifter. Det innebär att avvikelser från denna bilaga kan komma att göras i detaljerna om myndigheterna finner skäl därtill.

1. Medfödd missbildning i käkområdet som inte är ringa

Mål: Uppnå en oral förmåga att tugga och tala utan större hinder med ett utseendemässigt godtagbart resultat.

I de föreskrifter som ska tas fram bör tydliga villkor för varje delgrupp ange avgränsningen för när en missbildning inte är ringa.

Följande tillstånd föreslås omfattas:

– Läpp-käk-gomdefekt.
– Multipla agenesier som medför tandlucka.
– Tandanomalier av större omfattning.
– Omfattande mineraliseringsstörningar.
– Käkanomalier av större omfattning, med stor funktionell påverkan.

– Annan medfödd missbildning i käkområde eller ansikte med handikappande avvikelse av ej ringa omfattning.

Nämnda tillstånd motsvarar i stort de som i dag får regionalt stöd för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling inom grupp 1 Medfödd missbildning i käkområdet eller ansiktet, om inte missbildningen endast är av ringa omfattning. Utredningen har inte funnit belägg för att överpröva de målgrupper som tidigare utredningar pekat ut och föreslå att dessa inte längre ska omfattas. I dag finns dock skillnader mellan regionerna hur man tolkar vad som är ringa omfattning, exempelvis hur många anlag som ska saknas vid agenesier för att få stöd, men även vilken behandling som ersätts. Utredningen menar att villkoren i föreskrifter ska vara helt tydliga om vilka tillstånd som ska omfattas och vilken behandling som ersätts.

Avgränsning

Läpp-käk-gomdefekt

Personer med läpp-käk-gomdefekt bör omfattas. Det torde vara få personer som vuxit upp i Sverige som i vuxen ålder har en obehandlad LKG-defekt. Dock kan viss behandling till följd av LKG-defekten inte utföras förrän ansiktsskelettet vuxit klart. Det innebär i vissa fall att patienten är 20 år eller äldre när behandlingen ska utföras. En underutvecklad överkäke kan behöva korrigeras kirurgiskt genom ortognat kirurgi så att käkarna får en normal relation till varandra. Den kirurgiska behandlingen kräver ofta ortodontisk behandling före och efter kirurgin. Dessutom kan personer inflyttade till landet ha ytterligare kvarstående brister av LKG-defekten som kan behöva behandlas för att personen ska kunna tugga och tala utan större hinder eller få ett godtagbart utseende. Som framgår i avsnittet om käkanomalier nedan har utredningen diskuterat om ortognat kirurgi ska tillhöra det selektiva stödet för viss behandling eller vara en del av regionernas tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården. Utredningen anser att fördelarna med en sammanhållen bedömning av patientens behov och tillhörighet till stödet är avgörande och därmed bör även åtgärder för såväl ortognat kirurgi som eventuella andra åtgärder för kirurgi som kan vara aktuella vid LKG-defekt finnas i det selektiva stödet för viss behandling. Den kirurgiska

behandlingen kommer sannolikt att utföras vid käkkirurgisk klinik men ersättas inom det statliga selektiva tandvårdsstödet för viss behandling under viss tid.

Multipla agenesier som medför tandlucka

Med multipla agenesier bör avses att minst 3 tänder saknas i en kvadrant eller minst 4 tänder saknas i en käke. (agenesi av visdomständer inkluderas inte). Vidare bör enstaka tandlucka inom position 3–3 omfattas till och med det år patienten fyller 24 år. Retinerad tand som ortodontiskt bedöms olämplig att dra fram, bör likställas med agenesi.

Skälen till att enstaka tandluckor inom tandposition 3–3 bör omfattas till och med det år patienten fyller 24 år är att det finns odontologiska skäl för att definitiv protetik i frontområdet inte bör utföras förrän individen är helt färdigväxt. I och med att gränsen för att ingå i tandvårdsstödet föreslås ändras till 20 år finns en risk att exempelvis en implantatbehandling för ett saknat anlag i överkäksfronten tidigareläggs och påskyndas för att behandlingen ska hinna utföras inom den avgiftsfria tandvården för barn och unga vuxna. Ett implantat som installeras för tidigt i frontområdet kan medföra ett på sikt dåligt resultat. Det är särskilt allvarligt eftersom implantatinstallation är en irreversibel behandling. Utredningen menar att det vore olyckligt om ersättningssystemets utformning skulle styra mot en behandling som har en osäker prognos utifrån motivet att ge patienten en avgiftsfri behandling. För behandling av enstaka tandluckor i sidopartierna finns däremot normalt inga odontologiska kontraindikationer för att behandla dessa innan patienten är 20 år.

Tandanomalier av större omfattning

Tillståndet bör omfatta flera tänder i en käke som ger funktionella problem eller är klart utseendemässigt störande, exempelvis som vid dysostosis cleidocranialis, för att patienten ska omfattas av stödet. Anomalier begränsade till felställda tänder eller anomalier på enskilda tänder, exempelvis enstaka tapptänder, bör inte omfattas.

Omfattande mineraliseringsstörningar

Diagnoserna amelogenesis imperfecta, dentinogenesis imperfecta och odontogenesis imperfecta bör omfattas liksom fluoros eller tetracyklinmissfärgning i överkäksfronten med klart missprydande missfärgning eller ytpåverkan.

Omfattande mineraliseringsstörningar kan förekomma exempelvis vid epidermolysis bullosa eller heriditär hypofosfatemi och bör omfattas. De båda sistnämnda diagnoserna är även sällsynta hälsotillstånd enligt Socialstyrelsens databas och vissa av dessa patienter kan därmed ingå i det långvariga selektiva stödet för basal tandvård. Om en sådan patient har omfattande mineraliseringsstörningar och därmed även uppfyller villkoren för selektivt stöd för viss behandling under viss tid ska patienten även kunna få tillhörighet till detta stöd för behandling av mineraliseringsstörningarna.

Däremot bör inte emaljhypoplasier på enskilda tänder omfattas av det selektiva stödet. Reglerna bör tydligt ange gränsdragningar, exempelvis vid mineraliseringsstörning hur grav störningen ska vara och hur många tänder som ska omfattas, för att patienten ska få behandling inom det selektiva stödet.

Käkanomalier av större omfattning, med stor funktionell påverkan

Käkanomalier av större omfattning bör omfattas, vilket avser maxillär eller mandibulär prognati/retrognati eller grava basala käkanomalier. Gränsdragningen för vad som avses med större omfattning bör motsvara när ortognat kirurgi behövs för att åtgärda anomalin. Detta bör tydliggöras i föreskrifterna med villkor som exempelvis anger millimetermått, vinklar eller andra variabler utifrån en kefalometrisk eller annan analys. Om villkoren för tillståndet är uppfyllda, men en person av medicinska skäl inte kan genomgå kirurgi, bör ersättning undantagsvis även kunna lämnas för korrigering med ortodonti och eventuell protetik.

Utredningen har diskuterat och övervägt om den ortognata kirurgin ska tillhöra det selektiva stödet för viss behandling eller vara en del av regionernas tandvård i samverkan med hälso- och sjukvården. Den ortognata kirurgin utförs vanligen av specialisttandläkare inom käkkirurgi vid mottagning som finns på ett sjukhus, men planering av patientens hela behandling av käkanomalin sker vanligtvis

mellan specialisttandläkare inom käkkirurgi, ortodonti och protetik. Utredningen anser att fördelarna med en sammanhållen bedömning av patientens behov och tillhörighet till stödet är avgörande och därmed bör även åtgärder för ortognat kirurgi finnas i det selektiva stödet för viss behandling.

Annan medfödd missbildning i käkområde eller ansikte med handikappande avvikelse av ej ringa omfattning

Detta kan exempelvis vara hemifacial atrofi eller unilateral hyperplasi av condylen i käkleden. Föreskriften bör ange villkor och avgränsningar för hur omfattande en annan medfödd missbildning ska vara för att tillståndet ska omfattas av stödet.

Regelverk

Utredningen anser att separata tillstånd bör finnas för de olika missbildningarna. Villkoren för att omfattas av ett av dessa tillstånd ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. För respektive tillstånd anges anpassade åtgärder och eventuella särskilda villkor för att åtgärderna ska vara ersättningsberättigande.

Behandling som bör omfattas

- Undersökning, diagnostik och terapiplanering som har direkt samband med den medfödda missbildningen.
- Ortodontisk, kirurgisk, reparativ och protetisk behandling.
- Tillkommande behandlingar såsom endodonti och protetik orsakade av behandlingskomplikationer.
- En kontroll ett år efter avslutad behandling.

Förslag till övriga villkor

- Diagnoser bör ställas och behandlingen terapiplaneras av specialisttandläkare, men behandlingen kan utföras av annan tandläkare.
- Ortognat kirurgi eller kirurgi vid LKG-defekt ska utföras av specialisttandläkare eftersom denna typ av kirurgi inte ingår i grundutbildningen för tandläkare.
- Tillhörighet till stödet förhandsprövas. Vid behandling med enbart kirurgi eller i kombination med ortodonti anser utredningen att det inte behövs någon ytterligare prövning av behandlingsförslag. Föreskrifternas tillstånd med tillhörande villkor och åtgärder kan tillämpas direkt när tillhörigheten är prövad.
- För behandling med protetik och/eller ortodonti anser utredningen att förhandsprövning av behandlingsförslag med angivna åtgärder bör krävas. Såväl implantatstödd som tandstödd protetik bör ersättas. Möjligen bör man även överväga om villkor bör finnas för när protetisk behandling i kombination med ortodonti ska ersättas.
- Vid komplikationer och eventuell tillkommande behandling efter förhandsprövning bör endast tillkommande protetisk behandling behöva ingå i en kompletterande förhandsprövning. Det innebär att exempelvis åtgärder för endodonti ska kunna ersättas utan prövning.
- Stödet för denna grupp bör gälla fyra år efter tillstyrkt förhandsprövning så att alla patienter hinner får sin prövade behandling slutförd. Vissa behandlingar, exempelvis av käkanomalier behöver lång behandlingstid och det vore olyckligt om ny prövning skulle krävas för att slutföra en och samma behandling.
- För diagnoserna amelogenesis, odontogenesis eller dentinogenesis imperfecta bör prövning av tillhörighet till stödet för viss behandling endast behövas en gång och stödet bör därefter kunna gälla tills vidare för behandlingar som inte avser protetik. Dessa patienter kan vid upprepade tillfällen på grund av sin defekta tandsubstans behöva få fyllningar utförda. Utredningen anser att en ny prövning för varje tillfälle är en orimligt stor administrativ insats för både behandlare och Försäkringskassan. Om patienten

däremot behöver en protetisk åtgärd måste förhandsprövning av behandlingsförslag göras.

2. Defekt i käken som orsakats av sjukdom, medicinsk behandling eller trauma

Mål: Uppnå en oral förmåga att tugga och tala utan större hinder med ett utseendemässigt godtagbart resultat.

Personer som fått en defekt i käken eller ansiktet, bör få behandling inom det selektiva tandvårdsstödet för viss behandling. Följande tillstånd föreslås omfatta defekt i käken som orsakats av

- Osteoradionekros.
- Läkemedelsinducerad eller annan osteonekros.
- Osteomyelit.
- Akromegali.
- Tumörer eller tumörliknande förändringar.
- Trauma.

Nämnda tillstånd motsvarar en del av de tillstånd som i dag får regionalt stöd för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling inom grupp 2 (Defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet). Från denna dagens grupp 2 har dock tillstånd som avser defekt eller sjukdom i käkleden flyttas till den nya föreslagna grupp 4 Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma för att samla tillstånd som involverar käkleden i en och samma grupp. Utöver de defekter som omfattas i dag föreslår utredningen att ytterligare ett tillstånd bör omfattas: defekt i käken som orsakats av trauma.

Stödet bör omfatta såväl behandling av själva defekten (exempelvis kirurgiskt avlägsnande av ett ameloblastom) som behandling som utförs på grund av defekten (exempelvis en protetisk rehabilitering med obturaturkonstruktion efter en tumör). Om den kirurgiska behandlingen är så pass komplicerad att den av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser omfattas den i stället av käkkirurgi inom regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården, se vidare nedan samt bilaga 6.

Avgränsning för vilka som bör omfattas

Defekt som orsakats av osteoradionekros

Patienter med diagnosen osteoradionekros bör omfattas av det selektiva stödet för viss behandling under viss tid. Det bör även omfatta patienter som fått strålning mot käkbenet och som behöver få en tand extraherad eller annat kirurgiskt ingrepp i käkarna, eftersom kirurgiskt ingrepp i strålat ben ökar risken att utveckla osteoradionekros.

Patienter som fått strålning mot huvud/halsregionen kan som biverkan få ett strålskadat käkben som kan utvecklas till osteoradionekros. Osteoradionekros är ett allvarligt tillstånd som kan uppstå flera år efter avslutad strålning och kan i värsta fall leda till spontanfraktur av käken och förlust av delar av käken. Tillståndet kan även ge smärta, tuggsvårigheter, trismus, fistlar från mun till hud och sår som inte läker. Strålbehandling innebär en minskad kärlförsörjning i käkarna vilket kan medföra försämrad sårläkning. Enligt rekommendationer bör extraktioner i bestrålat käkben ske vid specialistklinik i käkkirurgi eller orofacial medicin för att minimera risken för allvarlig osteoradionekros. Vid svåra fall krävs omfattande kirurgisk behandling och i dag sker även forskning för att finna nya behandlingsmetoder. Vissa patienter med omfattande osteoradionekros kommer därför att få kirurgisk behandling inom regionernas tandvårdsstöd för käkkirurgi som kräver ett sjukhus tekniska och medicinska resurser och andra kommer att omhändertas av sjukvården med avancerade behandlingsmetoder exempelvis med hjälp av tryckkammare. Några patienter med osteoradionekros kommer att omfattas av det selektiva stödet för basal tandvård under lång tid eftersom strålbehandlingen exempelvis även kan leda till funktionsnedsättning på grund av inskränkt gapförmåga, fibrotiserad vävnad, förlust av delar av mandibeln eller maxillan.

Defekt i käken som orsakats av läkemedelsinducerad eller annan osteonekros

Patienter med osteonekros i käkbenet bör omfattas av det selektiva stödet för behandling som beror på tillståndet. Även patienter som behandlats med antiresorptiva läkemedel i högdos bör omfattas av det selektiva stödet för kirurgiska ingrepp, inklusive extraktioner, i

käken. Osteonekros i käkbenet är ovanligt men risken ökar vid behandling med skelettstärkande eller antiresorptiva läkemedel. På motsvarande sätt som för patient som fått strålbehandling mot käken kan osteonekros utvecklas hos en patient som stått på hög dos av antiresorptiva läkemedel när kirurgiskt ingrepp utförs i käken och extraktioner bör därför utföras atraumatiskt och med slemhinnetäckning av alveolen. Osteonekros i käkbenet kan även uppkomma spontant, vid långvarig systemisk kortisonbehandling, nedsatt immunförsvar, antiangiogenetisk behandling, infektioner eller trauma. Osteonekros kan ge smärtor i munnen, slemhinneskador med exponerat käkben. I tidiga stadier kan behandlingen vara konservativ med aktiv uppföljning och behandling av smärta. Infektioner ska alltid behandlas. I senare stadier kan kirurgisk behandling av nekrosen behöva göras. Flera andra experimentella behandlingsmöjligheter prövas i pågående studier. Motsvarande som vid osteradionekros kommer några patienter att behandlas inom regionernas tandvårdsstöd eller inom sjukvården och några omfattas av det selektiva stödet för basal tandvård under lång tid.

Defekt i käken som orsakats av osteomyelit

Patienter med osteomyelit i käken bör omfattas av det selektiva stödet för behandling som kan kopplas till tillståndet. Osteomyelit är inflammation i ben och benmärg. Den kan antingen vara utlöst av en infektion eller av okänd orsak. Teorier som finns är en kombination av autoimmun sjukdom och predisponerande faktorer såsom nedsatt blodförsörjning till mandibeln. Osteomyelit kan ge upphov bland annat till smärta, pus eller abscessbildning, fistulering, bensekvestrering eller parestesi. Osteomyelit kan medföra att friska tänder behöver tas bort och rehabilitering av dessa tandluckor bör omfattas av det selektiva stödet.

Defekt i käken som orsakats av akromegali

Akromegali orsakas vanligtvis av en godartad (ej malign) tumör som växer i hypofysen. Det är en sällsynt sjukdom och den kan medföra att underkäken kan få en kraftig storleksökning. Dessa patienter bör omfattas av det selektiva stödet för tandvårdsbehandling för tillstånd som orsakats av sjukdomen.

Defekt i käken som orsakats av tumörer eller tumörliknande förändringar

Defekt i käken som orsakats av benigna tumörer eller tumörliknande förändringar bör omfattas av det selektiva stödet. Observera att behandling av maligna tillstånd alltid ska utföras av sjukvården. Det finns ett stort antal benigna tumörer eller cystor som kan drabba käkarna. Dessa tumörer och cystor kan orsaka skada genom att påverka andra strukturer via tryck, eller att vävnaden runt om tumören eller cystan resorberas för att ge plats åt processen. De benigna tumörerna och vissa cystor kan också, genom sitt växtsätt, ge upphov till successivt tilltagande asymmetrier av käkarna. Rekonstruktiv kirurgi efter större tumör i käkarna ingår i regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården, se vidare om rekonstruktiv kirurgi nedan. Om tänder eller del av en käke måste avlägsnas på grund av tumör eller tumörliknande förändring bör rehabilitering omfattas av stödet. För konstruktioner för att även rehabilitera delar av käkbenet finns inga åtgärder i det generella tandvårdsstödet.

Defekt i käken som orsakats av trauma

Defekt i käken som orsakats av trauma bör, för att omfattas av det selektiva stödet, vara av en omfattning där delar av alveolarutskottet involveras så att enbart konventionell tandstödd, implantatstödd eller avtagbar protetik inte kan rehabilitera defekten inklusive förlorade tänder. För sådan konstruktion saknas åtgärder i det generella statliga tandvårdsstödet. Defekt som enbart omfattar tänder eller mindre marginala alveolarutskottsförluster omfattas inte, utan hanteras i det generella statliga stödet.

Regelverk

Utredningen anser att separata tillstånd bör finnas för de olika defekterna. Villkoren för att omfattas av ett av dessa tillstånd ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. För respektive tillstånd anges anpassade åtgärder och eventuella särskilda villkor för att åtgärderna ska vara ersättningsberättigande.

Tydliga regler för ersättning vid rehabilitering behövs. Till exempel bör borttagning av tand i ben med osteoradionekros eller osteonekros ingå i stödet, men inte rehabilitering av den uppkomna tandluckan. Det beror på att orsaken till att en tand tas bort inte beror på käkdefekten. Om däremot en osteomyelit breder ut sig och skadar andra tänder än den som orsakade osteomyelit, så dessa måste tas bort, bör ersättning lämnas för rehabilitering av tandluckan. Utredningen har resonerat om gränsdragningar i det utförliga och detaljerade regelverket som kommer att behövas. Vid en defekt i käken kan exempelvis bredvidliggande tänder behöva omfattas för att behandlingen ska ha en god prognos. Det bör gå att formulera dokumentationskrav om motivering varför tillkommande behandling är nödvändig för behandlingsresultatet.

Tidsdebitering

Utredningen har även diskuterat att det i regelverket kan behövas tidsdebitering vid mycket ovanliga behandlingar eller konstruktioner som inte återfinns i en åtgärdslista. Det kan exempelvis gälla udda konstruktioner vid käkdefekter där behandling och konstruktion är helt unik för det enskilda fallet och därmed så ovanlig att det inte är möjligt att ha åtgärder för denna inom stödet.

Rekonstruktiv kirurgi vid behandling av defekter i käken

Den rekonstruktiva kirurgin vid defekter kommer att planeras och utföras av regionerna inom det regionala tandvårdsstödet i samverkan med hälso- och sjukvården. Utredningen menar att det ändå bör fungera att den protetiska delen förhandsprövas hos Försäkringskassan. Planering av dessa patienter sker multiprofessionellt mellan sjukvård och tandvård. Patienten kommer efter rekonstruktiv kirurgi att ha det resttillstånd som sjukvården bedömer kan åstadkommas. Därifrån tas det protetiska behandlingsförslaget fram för förhandsprövning för att rehabilitera resttillståndet.

Kirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser

När kirurgisk behandling behövs för de tillstånd i käken som omfattas av grupp 2 kan denna i många fall omhändertas vid mottagning som inte är lokaliserad vid sjukhus. Men i vissa fall krävs av patientsäkerhetsskäl ett sjukhus medicinska och tekniska resurser. I dessa fall anser utredningen att den kirurgiska behandlingen av käkdefekten bör omfattas av regionernas tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för käkkirurgisk behandling. Med kravet att det av patientsäkerhetsskäl krävs sjukhusets medicinska och tekniska resurser menas att det på grund av patientens odontologiska tillstånd i det individuella fallet kan finnas behov av

- käkkirurgisk specialistkompetens,
- samverkan mellan hälso- och sjukvårdens medicinska specialiteter och käkkirurgisk specialitet,
- narkos eller avancerad sedering,
- medicinsk övervakning, medicinsk beredskap,
- möjlighet till inläggning i slutenvård.

Behandling som bör omfattas

- Undersökning, diagnostik, sjukdomsbehandling och kirurgisk behandling som har direkt samband med defekten.
- Vid käkdefekt som ska rehabiliteras: protetik och i förekommande fall ortodonti, implantatkirurgi, tillkommande behandlingar såsom endodonti och protetik orsakade av behandlingskomplikationer. Rehabiliteringen bör omfatta defekten inklusive överkonstruktion med tandersättningar.
- För patient som stått på hög dos av antiresorptiva läkemedel eller fått strålning mot huvudet: Extraktioner och annan dentoalveolär kirurgi.
- En kontroll ett år efter avslutad behandling.

Förslag till övriga villkor

- Diagnoser ska ställas och behandlingen ska terapiplaneras av specialisttandläkare, men behandlingen kan utföras av annan tandläkare.
- Tillhörighet till stödet förhandsprövas. Vid annan behandling än protetik eller ortodonti behövs ingen ytterligare prövning.
- För protetik/ortodonti bör förhandsprövning av behandlingsförslag krävas.
- Vid komplikationer och eventuell tilläggsbehandling bör endast tillkommande protetisk behandling behöva ingå i en kompletterande förhandsprövning.
- Läkarintyg, remiss från sjukvården eller annan medicinsk dokumentation som visar att patienten behandlats med antiresorptiva läkemedel i hög dos eller strålbehandling bör krävas för patient som ska få extraktion eller annat kirurgiskt ingrepp inom det selektiva stödet.
- Stödet bör gälla fyra år efter tillstyrkt förhandsprövning.

3. Tandskada orsakad av allmänmedicinsk sjukdom eller dess behandling

Mål: Uppnå en oral förmåga att tugga och tala utan större hinder med ett utseendemässigt godtagbart resultat.

Utredningen föreslår att grupp 3 omfattar tre olika delgrupper beroende på vilken sjukdom eller vilken behandling som orsakat tandskadan och föreslår följande:

1. Tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall.
2. Tandskada som orsakats av ätstörningssjukdom eller gastroesofageal refluxsjukdom.
3. Tandskador hos patienter med avsaknad av salivsekretion.

Förslaget innebär att för var och en av grupperna finns särskilda villkor för att en patient ska få tillhörighet till det selektiva stödet för viss behandling under viss tid. Beroende på orsaken till tandskadorna bör det vara olika tillstånd som kan tillämpas för de olika delgrupperna. Se vidare under beskrivning av förslaget för varje delgrupp.

3.1 Tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall

Tillståndet motsvarar det som i dag får regionalt stöd inom grupp 3 (tandskada som uppkommit vid epileptiskt anfall) för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Socialstyrelsens utvärdering och synpunkter från beställarenheterna menar att detta stöd fungerar bra i dag. Utredningen finner därför inga skäl för att föreslå ändringar för när selektivt stöd kan lämnas och för vilka behandlingar. Däremot bör prövning vid återkommande epileptiska anfall förenklas jämfört med i dag.

Avgränsning

Patienter som fått tandskada vid ett epileptiskt anfall. Det bör göras troligt att skadan uppkommit vid ett epileptiskt anfall. Patienten bör därför söka hjälp hos tandläkare inom närtid för att ett sannolikt orsakssamband ska kunna fastställas. Tydliga regler i föreskrifterna bör ange när stödet inte kan tillämpas.

Regelverk

Villkoren för att omfattas stödet ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. De kommande föreskrifterna kan antingen ange tillstånd för olika typer av tandfraktur, fyllningsfraktur, sjukdomar i tandpulpan, tandluckor och lossnade, frakturerade eller skadade protetiska konstruktioner eller ett tillstånd för tandskada orsakad av epileptiskt anfall, i båda fallen med tillhörande åtgärder och eventuella särskilda villkor för att behandling ska ingå.

Behandling som bör omfattas

- Undersökning, diagnostik och terapiplanering som har direkt samband med tandskadan som uppkommit vid epileptiskt anfall.
- Reparation med villkor motsvarande kronregeln inklusive nödvändig endodonti. Kronregeln bör ange gränsen för när en tandstödd krona är ersättningsberättigande för att reparera en skadad tand. För mindre skador ersätts endast fyllning. I förekommande fall bör extraktion och protetisk behandling av uppkommen tandlucka omfattas.
- Tillkommande behandlingar såsom endodonti och protetik orsakade av behandlingskomplikationer.

Förslag till övriga villkor

- Läkarintyg eller annan medicinsk dokumentation som styrker att patienten har epilepsi ska bifogas förhandsprövning hos Försäkringskassan av patientens tillhörighet till stödet. Läkarintyget behöver endast sändas till Försäkringskassan vid första prövningstillfället.
- Tidsrymden mellan uppkommen skada och ansökan om förhandsprövning hos Försäkringskassan bör framgå av föreskrifterna. I dagens regionala stöd skiljer sig denna tidsrymd mellan regionerna från en vecka till att krav om längsta tidsintervall mellan skada och prövning saknas. Utredningen har diskuterat om prövning inom två månader efter skadan kan vara en lämplig gräns. Många regioner har som villkor att för fastställande av orsakssamband efter längre tid än två månader krävs journalkopior med medicinsk eller odontologisk bedömning som kopplar falltrauma eller hopbitning till tandskadan.
- Vid behandling med annan terapi än fastsittande protetik anser utredningen att det inte behövs någon ytterligare prövning av detaljerat behandlingsförslag.
- För behandling med fast protetik anser utredningen att förhandsprövning av behandlingsförslag med angivna åtgärder bör krävas.

– Prövning av tillhörighet till stödet för viss behandling bör endast behövas en gång och stödet bör kunna gälla tills vidare för behandling av tandskada efter epileptiskt anfall som inte avser protetik. Ett nytt epileptiskt anfall kan innebära att en ny fyllning kan behöva utföras. Utredningen anser att en ny prövning för varje tillfälle där endast en mindre behandling behöver utföras är en orimligt stor administrativ insats för både behandlare och Försäkringskassan. Dessa behandlingar bör såsom annan tandvård inom det statliga tandvårdsstödet kontrolleras med efterhandskontroller. Om patienten däremot behöver en protetisk åtgärd bör krav ställas att en förhandsprövning av behandlingsförslaget ska utföras.
– Stödet bör gälla ett år efter tillstyrkt förhandsprövning vid fast protetik.

3.2 Tandskada som orsakats av ätstörningssjukdom eller gastroesofageal refluxsjukdom

I dag får patienter som fått omfattande frätskador på tänderna som orsakats av anorexia nervosa, bulimia nervosa eller gastroesfageal refluxsjukdom och som är medicinsk rehabiliterade regionalt stöd för bettrehabilitering enligt grupp 10 inom tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Utredningen menar att detta bör gälla fortsättningsvis men föreslår även ett ökat fokus på att behandla patienter med ätstörningssjukdom under deras sjukdomstid genom uppbyggnad med fyllnadsmaterial om tänderna fått betydande skador, exempelvis blivit korta, i stället för att avvakta slutförd sjukdomsbehandling och tillfrisknande. Därmed kan ytterligare tandsubstansförluster och påföljande omfattande protetisk behandling undvikas och personen fungera bättre socialt under sjukdomsperioden vilket positivt kan påverka tillfrisknande.

Avgränsning

Utredningen föreslår att patienter under behandling för ätstörningssjukdom kan omfattas av stödet under pågående sjukdom för viss skyddande behandling.

Hos patient som är medicinskt rehabiliterad och sjukdomen framgångsrikt behandlad bör även tandskador i form av frätskador (erosioner) som orsakats av ätstörningssjukdom eller gastroesofageal refluxsjukdom omfattas för rehabiliterande behandling. Ett villkor bör vara att minst 4 tänder har omfattande skador enligt kronregelns definition i nuvarande statliga tandvårdsstödet för att patienten ska omfattas av det selektiva stödet för bettrehabilitering.

Regelverk

Villkoren för att omfattas stödet ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. Särskilda tillstånd, villkor och åtgärder bör finnas för tandskador hos patienter under pågående ätstörningssjukdom respektive för tandskador hos medicinskt färdigbehandlade patienter som ska rehabiliteras. Tillstånd för tandslitage på grund av erosion, sjukdomar i tandpulpan och tandluckor med tillhörande åtgärder för behandling bör omfattas.

Behandling som bör omfattas

- Undersökning, diagnostik och terapiplanering som har direkt samband med tandskadorna som orsakats av ätstörnings- eller refluxsjukdomen.
- Vid behandling under pågående ätstörningssjukdom: Reparation och uppbyggnad med fyllningar. Eventuellt bör även förebyggande åtgärder kopplat till erosionen kunna ingå i den mån de inte omhändertas inom patientens tandhälsoplan.
- Vid rehabilitering efter genomgången sjukdom för medicinskt rehabiliterad patient: Rehabilitering av bettet enligt motsvarande villkor för tillstånd och åtgärder som om behandlingen utförts inom det generella tandvårdsstödet inklusive nödvändig endodonti. Exempelvis anger kronregeln gränsen för när en tandstödd krona är ersättningsberättigande för att reparera en skadad tand. För mindre skador bör endast fyllning ersättas. I förekommande fall bör extraktion och protetisk behandling av uppkommen tandlucka omfattas. Endast rehabilitering som har ett direkt samband

med patientens diagnos omfattas. Rehabilitering på grund av parodontit omfattas inte.

– Tillkommande behandlingar såsom endodonti och protetik orsakade av behandlingskomplikationer.

Förslag till övriga villkor för patienter som behandlas under pågående ätstörningssjukdom

– Läkarintyg som styrker att patienten behandlas för pågående ätstörningssjukdom bör bifogas prövningen till Försäkringskassan.
– Stödet bör gälla två år efter tillstyrkt förhandsprövning.

Förslag till övriga villkor för patienter som ska rehabiliteras efter behandlad ätstörnings- eller gastroesofageal refluxsjukdom

– Läkarintyg som styrker att patienten är medicinskt rehabiliterad och sjukdomen framgångsrikt behandlad bör bifogas förhandsprövning hos Försäkringskassan av patientens tillhörighet till stödet. Vid ätstörningssjukdom bör det av läkarintyget framgå att patienten bedöms vara medicinskt färdigbehandlad. Vid gastroesofageal refluxsjukdom bör det av läkarintyget framgå vilken behandling som patienten fått och om patienten fortfarande medicinerar.
– Prövning om tillhörighet för rehabilitering bör ske inom fem år efter att patienten bedömts vara medicinskt färdigbehandlad från sin ätstörningssjukdom. Orsaken till gränsen är att det ska kunna göras sannolikt att det är ätstörningen som har orsakat frätskadorna. Frätskadorna ska därför inte ha uppkommit längre tillbaka än fem år. Prövningen bör innehålla detaljerat behandlingsförslag.
– Behandlingen bör terapiplaneras tillsammans med specialisttandläkare, men kan utföras av annan tandläkare.
– Stödet bör gälla två år efter tillstyrkt förhandsprövning.
– En rehabilitering ersätts inklusive eventuella komplikationer under behandlingen, det vill säga patienten kan inte åter prövas för stödet för ytterligare rehabilitering. Komplikationer efter den reha-

biliterande behandlingen, till exempel endodontiska, hanteras på samma sätt som i det generella stödet, vilket innebär att patienten eller ev. patientförsäkring får stå för kostnaden. Om patienten får recidiv av sin ätstörningssjukdom och därefter åter blir medicinskt färdigbehandlad, bör således inte någon ny bettrehabilitering omfattas av det selektiva stödet.

3.3 Tandskador hos patienter med avsaknad av salivsekretion

Inom regionernas särskilda tandvårdsstöd för tandvård som led i en sjukdomsbehandling ingick under perioden 1999–2013 patienter med Sjögrens syndrom och de som hade strålbehandlats mot huvud-halsregionen och därmed förlorat sin salivsekretion. Från år 2013 har dessa patienter i stället kunnat få särskilt tandvårdsbidrag för förebyggande tandvård, men för övrig behandling har det generella statliga tandvårdsstödet tillämpats. I Socialstyrelsens utvärdering år 2018 av de regionala tandvårdsstöden framkommer från flertalet av de olika intervjuade instanserna att strålbehandlade patienter som förlorar sin salivsekretion och som får en allvarlig kariesutveckling bör omfattas av ett selektivt tandvårdsstöd.

Utredningen föreslår att till det selektiva stödet för viss behandling under viss tid tillföra patienter som fått strålning mot huvud-hals med strålriktning mot spottkörtlarna eftersom strålbehandling kan leda till svåra tandskador om salivsekretionen slås ut. Förslaget innebär att dessa patienter ska följas med regelbundna kontroller under två år efter avslutad strålning för att i tid kunna hitta de patienter som drabbas svårt av kariessjukdom. Av de som strålas mot huvud-halsregionen får en mindre grupp patienter allvarlig kariesutveckling och utredningen föreslår att dessa patienter bör omfattas av stödet för att få behövlig kariesbehandling. Detsamma bör gälla för patienter som av andra skäl förlorat sin salivsekretion och får allvarlig kariesutveckling. Det kan vara patienter med Sjögrens syndrom med svår påverkan på spottkörtlarna eller patienter som saknar spottkörtelfunktion.

Avgränsning

Utredningen föreslår att två olika undergrupper ska omfattas:

a) Patienter som genomgått strålning mot huvud/halsregionen där spottkörtlarna utsatts för en hög stråldos.

b) Tandskador vid avsaknad av salivsekretion som medför allvarlig kariesutveckling med minst tre nya dentinkariesangrepp/år. Orsaken till avsaknad av salivsekretion kan vara strålbehandling, allmänsjukdom eller att spottkörtlarna avlägsnats.

Regelverk

Villkoren för att omfattas av stödet ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. Särskilda tillstånd, villkor och åtgärder bör finnas för kontroller avseende kariesutveckling och kariesbehandling hos patienter efter genomgången strålbehandling respektive för tandskador vid avsaknad av salivsekretion som medför allvarlig kariesutveckling. Tillstånd för undersökning inklusive röntgen, risk för karies, initialkaries, primär- och sekundärkaries med tillhörande åtgärder bör omfattas.

Behandling som bör omfattas

– Undergrupp a: Undersökning för kontroll av kariesutveckling, högst tre gånger per år, under två år efter avslutad strålbehandling, inklusive reparation av uppkomna kariesangrepp och kariesförebyggande behandling. Kronregeln bör tillämpas för gränsdragning mellan fyllning eller tandstödd krona. Övrig tandvård får patienten inom det generella statliga tandvårdsstödet.

Utredningen har även diskuterat om tandstödd krona inte skulle omfattas av det selektiva stödet under dessa två år som alla patienter efter strålbehandling mot huvud-halsregionen får selektivt stöd för karieskontroll. Å ena sidan kan redan restaurerade tänder som drabbas av nya kariesangrepp behöva kronförses för att kunna behandlas med god tandvård vilket även kan vara mer kostnadseffektivt. Å andra sidan kan det i vissa fall vara lämpligt att avvakta med pro-

tetiska åtgärder tills man har kunskap om hur kariesaktiviteten kommer att utvecklas hos den enskilda patienten. Dessutom bör hänsyn tas till kostnadsramen för det selektiva stödet.

– Undergrupp b: Kariesbehandling (förebyggande och reparation inklusive endodonti och extraktion). Rehabilitering av tandluckor ingår inte. Syftet med behandlingen är att patienten inte ska förlora några tänder på grund av karies. Kronregeln bör tillämpas för gränsdragning mellan fyllning eller tandstödd krona. Övrig tandvård får patienten inom det generella statliga tandvårdsstödet.

Utredningen har diskuterat om en gräns på minst tre manifesta kariesangrepp för att omfattas av det selektiva stödet kan innebära att initiala kariesangrepp, det vill säga som enbart sträcker sig inom emaljen, och som hade kunnat behandlats icke-operativt kan komma att registreras som manifesta angrepp så att patienten kan omfattas av stödet. Ett förslag som diskuterats har varit att två av patientens minst tre kariesangrepp under den aktuella ersättningsperioden inte omfattas av det selektiva stödet, utan för dessa får det generella tandvårdsstödet tillämpas. Övriga kariesangrepp utöver dessa två omfattas av reparativ behandling inom det selektiva stödet. Detta alternativ innebär dock mer komplicerade regler.

Förslag till övriga villkor för undergrupp a

– Läkarintyg eller annan medicinsk dokumentation som styrker att patienten genomgått strålbehandling mot huvud-halsregionen med hög stråldos mot spottkörtlarna bör bifogas prövning hos Försäkringskassan av patientens tillhörighet till stödet för de patienter som omfattas av kontroller under två år.
– För behandling med fast protetik anser utredningen att förhandsprövning av behandlingsförslag med angivna åtgärder bör krävas.
– Stödet bör gälla två år efter tillstyrkt förhandsprövning.

Förslag till övriga villkor för undergrupp b

- Vid förhandsprövning av tillhörighet till stödet för kariesbehandling på grund av allvarlig kariesutveckling bör läkarintyg eller annan medicinsk dokumentation som styrker att patienten genomgått strålbehandling mot huvud-halsregionen med strålriktning mot spottkörtlarna eller har eller haft sjukdom som påverkat spottkörtlarnas salivproduktion, bifogas prövningen.
- Ett gränsvärde för salivsekretion bör vara ett kriterium för att omfattas av det selektiva stödet. Detta gränsvärde bör troligen vara stramare än det som i dag finns för särskilt tandvårdsbidrag (STB). Detta eftersom patienter med mer måttligt nedsatt salivsekretion, som av detta skäl behöver fler förebyggande åtgärder och mer frekventa undersökningsbesök hos tandvården, får detta inom sin tandhälsoplan som bygger på riskbedömning av patienten. Det selektiva stödet bör vara avsett för patienter som i stort sett saknar salivsekretion och som får en allvarlig kariesutveckling. Utredningen har även diskuterat om ett mått på salivsekretionsmätning kan vara ett kriterium för tillhörighet till stödet då det finns svårigheter med att få pålitliga salivsekretionsmätningar eftersom individen har en naturlig dygnsvariation och att det dessutom går att subjektivt påverka resultaten. Utredningen menar dock att salivsekretionsmätning bör vara ett delkrav men inte ensamt kriterium för att avgöra tillhörighet.
- För behandling med fast protetik anser utredningen att förhandsprövning av behandlingsförslag med angivna åtgärder bör krävas.
- Stödet bör gälla två år efter tillstyrkt förhandsprövning. Stödet bör kunna prövas för samma patient flera gånger.

Förslag till gemensamma villkor för de tre delgrupperna inom grupp 3

- Vid komplikationer och eventuell tillkommande behandling efter förhandsprövning bör endast tillkommande protetisk behandling behöva ingå i en kompletterande förhandsprövning. Det innebär att exempelvis åtgärder för endodonti ska kunna ersättas utan prövning.

4. Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma

Mål: Uppnå frihet eller reduktion ifrån smärta och en förbättrad oral förmåga.

Följande tillstånd föreslås omfattas:

- Långvariga smärttillstånd i käkområdet, det vill säga tillstånd som varar mer än 3 månader.
- Käkleder som affekterats av reumatisk eller annan sjukdom och som ger svår smärta eller ger sekundära förändringar i bettet.
- Andra sjukdomar eller defekter i käkleden.
- Akuta svåra smärttillstånd.

Nämnda tillstånd motsvarar i stort de som i dag får regionalt stöd antingen inom 3 § vid tandvård som ett led i sjukdomsbehandling enligt grupp 2 (defekt som orsakats av sjukdom i käkområdet eller ansiktet) eller grupp 8 (långvariga eller svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen (orofaciala smärtsyndrom)) eller enligt 2 § för oralkirurgiska åtgärder (käkledskirurgi samt utredningar och behandlingar av smärttillstånd). I dag finns dock stora skillnader mellan regionerna hur man tillämpar tandvårdsförordningen, dels avseende vilka patienter som kan prövas för stödet och som därmed ingår och dels avseende vilken tandvård som ersätts för dessa patienter. I Socialstyrelsens utvärdering av de regionala tandvårdsstöden från 2018 framgår att de största variationerna i tolkningen av 2 § tandvårdsförordningen finns vid utredning och behandling av oralmedicinska tillstånd och smärttillstånd. Bedömningstandläkare anger att de upplever det särskilt komplicerat att bedöma vårdbehovet hos patienter med långvariga och svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen för att avgöra om de ska ingå i det särskilda tandvårdsstödet eller inte. I dag finns i många regioner krav på varifrån remissen ska komma för att patienten ska kunna prövas och ingå i stödet. I flera regioner ersätts endast utredning av smärtan, men ingen behandling. Både bedömningstandläkare och kliniker anser enligt Socialstyrelsens utvärdering att regelverket är otydligt och ojämlikt för patienter med smärttillstånd.

Utredningen bedömer därför att för denna patientgrupp måste ett större omtag göras jämfört med dagens regelverk, även om det i

grunden är samma patienter och samma tillstånd som föreslås omfattas. I stället för att som i dag ha remiss från särskilda läkare som kriterium för tillhörighet bör regelverket för stödet i stället definiera vilka tillstånd som bör omfattas.

Vidare anser utredningen att patienter som drabbas av dysfunktionell ocklusion efter käkledskirurgi eller orsakad av sjukdom i käkleden bör omfattas för behandling för att återställa en fungerande ocklusion.

Avgränsning

För att identifiera de patienter som bör omfattas i grupp 4 inom det selektiva stödet för viss behandling bör en inledande undersökning hos specialist i bettfysiologi eller käkkirurgi ingå i stödet innan prövning av tillhörighet sker hos Försäkringskassan. Detta för att patienter som inte tillhör målgruppen ska hänvisas till allmäntandvården alternativt till specialisttandläkare i endodonti eller orofacial medicin och det generella tandvårdsstödet eller till hälso- och sjukvården beroende på orsak till smärtan. Därmed undviks en prövning för selektivt stöd för patienter som inte uppfyller kriterierna för att tillhöra stödet. Genom detta förfarande sker en kvalificerad identifiering av patienter som kan komma i fråga för selektivt stöd och prövningen innehåller ett adekvat underlag. Ytterligare fördelar är att det minskar risken att patienter med smärttillstånd ska avstå undersökning hos specialisten av ekonomiska skäl, samt att akut, svår smärta kan omhändertas snabbt. Remiss för dessa patienter kan komma såväl från tandvården som från sjukvården.

Långvariga smärttillstånd i käkområdet – mer än tre månader

Tillståndet bör avse långvariga, svåra smärtor i ansikts- eller käkregionen, som inte är att hänföra till enstaka tand eller tandgrupp, allmän stress, spänning, tandpressning eller tandgnissling och som varat mer än tre månader. Smärtan kan finnas i käkar, ansikte, huvud eller nacken och den kan vara muskuloskeletal eller nervsmärta.

Utredningen har med bettfysiologer diskuterat vilka objektiva kriterier som finns för att identifiera patienter med smärta samt även för lokal artrit som inte beror på reumatisk sjukdom. Under senare

år har internationell konsensus tagit fram riktlinjer för dessa patienter. För långvarig smärta finns ett internationellt framtaget klassifikationssystem, DC/TMD (Diagnostic Criteria for TMD) som används både i Sverige och internationellt. Det finns även bra instrument (GCP-scale) för att kunna mäta smärta, men en nackdel är att patienten kan påverka resultatet genom att inte svara uppriktigt. Smärta är subjektiv och svår att på andra sätt jämföra mellan patienter. Under år 2020 publicerades International Classification of Orofacial Pain (ICOP) och här ingår DC/TMD och kriterier för käkledsartrit. ICOP initierades av WHO och International Association for the Study of Pain som en del av ICD-11 som framöver kommer att ersätta ICD-10 och kan vara ett stöd för framtagandet av regelverket för patienter med orofacial smärta och olika käkledsproblem.

Käkleder som affekterats av reumatisk eller annan sjukdom och som ger svår smärta eller ger sekundära förändringar i bettet

Utredningen anser att patienter som diagnosticerats med en reumatisk sjukdom och som uppvisat kliniska tecken på artrit i käkleden bör omfattas av stödet. Patienten ska inte behöva vänta på radiologiska förändringar i käkleden eller förändringar i bettet utan det går att se andra kliniska tecken på artrit. Det är då viktigt att minska inflammationen och förbättra bett- och käkledsfunktionen. I dessa fall kan kirurgi eller protetik alternativt ortodonti behövas. Det är mycket få av dessa patienter som behöver käkledskirurgi. Patienter kan även ha lokal artrit i käkleden utan att ha reumatisk sjukdom. Här är det svårare att avgränsa vilka patienter som bör omfattas av stödet. Det finns dock numera internationella kriterier även för dessa artriter i ICOP International Classification of Orofacial Pain, se vidare ovan.

På grund av sjukdom i käkleden eller efter käkledskirurgi kan bettet förändras så mycket att fungerande ocklusion saknas. Detta tillstånd av dysfunktionell ocklusion måste behandlas för att patienten ska kunna bita ihop och tugga. Behandlingen kan innefatta protetik, ortodonti, ocklusal påbyggnad eller bettslipning, eller en kombination av dessa. Utredningen anser att detta tillstånd bör omfattas för behandling inom det selektiva stödet för viss tandvård.

Andra sjukdomar eller defekter i käkleden.

Det kan exempelvis avse käkledsankylos eller benigna tumörer (osteokondrom eller osteom) i käkleden eller defekter som orsakats av trauma. Även defekter eller lokala sjukdomar i käkleden som orsakar nedsatt funktion bör omfattas av det selektiva stödet. Såväl artrit som artros kan bryta ner käkleden utan att patienten har någon svår smärta medan det i andra fall kan ge patienten svår smärta. Artriter kan vara lokala i käkleden eller vara orsakad av reumatisk sjukdom hos patienten. Mindre käkledsproblem som knäppning eller ömhet över käkleden bör inte omfattas av det selektiva stödet.

Akuta svåra smärttillstånd

Utredningen anser att andra akuta svåra smärttillstånd som inte är odontogena eller som inte har en känd orsak bör omfattas av stödet. Det kan exempelvis vara nervskada efter ansiktstrauma eller tandbehandling, trigeminusneuralgi eller annan svår smärta i käkarna av okänd orsak.

Regelverk

Utredningen anser att separata tillstånd bör finnas för de olika smärttillstånden, sjukdomarna och defekterna. Villkoren för att omfattas av ett av dessa tillstånd ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. För respektive tillstånd anges anpassade åtgärder och eventuella särskilda villkor för att åtgärderna ska vara ersättningsberättigande.

Behandling som bör omfattas

– En första översiktlig undersökning av specialist i bettfysiologi eller käkkirurgi för att avgöra om patienten ska prövas i det selektiva stödet, remitteras vidare till sjukvården alternativt annan odontologisk specialitet eller hänvisas åter till allmäntandvården. Utredningens förslag är att denna undersökning ingår i det selektiva stödet även för de patienter som efter undersökningen inte prövas för det selektiva stödet för viss behandling utan hänvisas vidare till annan vårdgivare inom tandvården eller hälso- och sjukvården.

– Fortsatt undersökning, diagnostik inklusive olika typer av röntgenundersökningar, sjukdomsbehandling, ocklusionsjusterande åtgärder såsom bettslipning, motorisk aktivering, ledinjektioner, läkemedelsbehandling, akupunktur, bettskena, ocklusal stabilisering eller uppbyggnad såväl med fyllningsmaterial som med protetik, beteendemedicinsk behandling samt kirurgisk behandling av käkleden. Förutom käkledskirurgi avses artroscentes eller artroskopi. För flertalet patienter används vanligtvis endast ett fåtal och mindre omfattande åtgärder. Till exempel vid långvarig smärta är behandlingen vanligen uppdelad i en utredningsfas och en behandlingsfas med information, beteendeterapi och motorisk aktivering (rörelseträning) vilken oftast är relativt kortvarig. Vid käkledsartrit inleds med att behandla inflammation (ledinjektioner och läkemedelsbehandling), därefter motorisk aktivering och beteendemedicinsk behandling. Kirurgisk behandling av käkleden bedöms endast behövas för ett fåtal patienter. Motsvarande bedömning är att det även är få patienter som behöver få bettfunktionen återställd med protetik. Vid akuta svåra smärttillstånd är utredning av smärtans orsak centralt. En del av dessa patienter kommer troligen efter den första undersökningen att hänvisas vidare som nämnts ovan. Andra bör få behandling inom stödet, troligen mestadels i form av läkemedelsbehandling.
– Utredningen ser att särskilda villkor behövs för när kirurgisk behandling av käkleden eller när protetisk behandling vid dysfunktionell ocklusion ska omfattas. För behandling av dysfunktionell ocklusion bör även ortodonti kunna omfattas.

Förslag till övriga villkor

– Diagnoser bör ställas och behandlingen terapiplaneras av specialisttandläkare i bettfysiologi alternativt käkkirurgi, men behandlingen kan utföras av annan tandläkare.
– Utredningen anser att prövning till Försäkringskassan om tillhörighet till stödet ska göras av specialisttandläkare i bettfysiologi alternativt käkkirurgi, det vill säga i de flesta fall av den tandläkare som gjort den inledande undersökningen innan prövningen.

– Vid behandling med andra åtgärder än kirurgi, fast protetik eller ortodonti anser utredningen att det inte behövs någon prövning av detaljerat behandlingsförslag.
– För behandling med kirurgi, fast protetik eller ortodonti anser utredningen att förhandsprövning av behandlingsförslag med angivna åtgärder bör krävas.
– För patienter med långvariga eller svåra smärttillstånd bör stödet gälla ett år efter tillstyrkt förhandsprövning.
– För patienter med reumatiska eller andra sjukdomar i käkleden bör stödet gälla för en period om två år.
– Samma patient ska kunna prövas flera gånger för samma tillstånd om villkoren för tillhörighet är uppfyllda. Det bör även vara möjligt för en enklare prövning vid akutisering av fastställt tillstånd, exempelvis en artrit som återkommer akut. Patienten behöver vanligen skyndsamt få antiinflammatorisk behandling (ledinjektion och läkemedelsbehandling).

5. Oralmedicinska tillstånd i munslemhinnan

Mål: Uppnå en frihet/reduktion ifrån smärta och infektion samt om möjligt från sjukdom och en förbättrad oral förmåga.

Följande tillstånd föreslås omfattas:

– Infektioner.
– Benigna vävnadsnybildningar.
– Tillstånd med viss risk för malignisering.
– Inflammatoriska tillstånd.
– Vesico-bullösa tillstånd.
– Pigmenterade förändringar.
– Munsveda.
– Avvikande reaktion mot dentala material.
– Andra patologiska förändringar.

Nämnda tillstånd motsvarar i stort de som i dag får regionalt stöd antingen enligt tandvårdsförordningens 3 § för tandvård som ett led i sjukdomsbehandling inom grupp 5 (patienter som på grund av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar fått förändringar i munslemhinnan), enligt 2 § för oralkirurgiska åtgärder (utredningar och behandlingar av oralmedicinska tillstånd) eller 6 § (personer som får tandfyllningar utbytta på grund av avvikande reaktioner mot dentala material). I Socialstyrelsens utvärdering av de regionala tandvårdsstöden från 2018 framgår att de största variationerna i tolkningen av 2 § tandvårdsförordningen finns vid utredning och behandling av oralmedicinska tillstånd och smärttillstånd.

Avgränsning

Även för de patienter som bör omfattas i grupp 5 inom det selektiva stödet för viss behandling föreslår utredningen att en inledande undersökning hos specialist i orofacial medicin, parodontologi eller käkkirurgi bör ingå i stödet innan prövning av tillhörighet sker hos Försäkringskassan. Detta för att patienter som inte tillhör målgruppen ska hänvisas till allmäntandvården och det generella tandvårdsstödet eller till hälso- och sjukvården. Därmed undviks en prövning för selektivt stöd för patienter som inte uppfyller kriterierna för stödet och därmed inte ska behandlas inom detta. Genom detta förfarande sker en kvalificerad identifiering av patienter som kan komma i fråga för selektivt stöd och prövningen innehåller ett adekvat underlag. Ytterligare fördelar är att det minskar risken att patienter med oralmedicinska tillstånd i slemhinnan avstår undersökning hos specialist av ekonomiska skäl. Detta är inte minst viktigt då det kan vara allvarliga tillstånd. Påpekas bör att maligna tillstånd, även de som är belägna i munhålan, alltid ska behandlas av hälso- och sjukvården.

Utredningen anser således att utredning av alla patologiska förändringar i munslemhinna och läppar bör ingå i det selektiva stödet så att patienten kan få en diagnos. Däremot kan själva behandlingen i flera fall utföras inom allmäntandvården och endast i vissa fall omfattas av det selektiva stödet. Nedan följer en kort beskrivning av ovan nämnda tillstånd med avgränsning för när behandling bör omfattas inom det selektiva stödet.

Infektioner

Infektioner i munslemhinnan kan vara orsakade av bakterier, svamp eller virus. Majoriteten av infektionerna i munslemhinnan behandlas vanligtvis inom allmäntandvården. Utredningen menar att när sedvanlig behandling av en infektion i munslemhinnan inom allmäntandvårdens inte gett resultat, kan behandling av en sådan infektion omfattas av det selektiva stödet.

Benigna vävnadsnybildningar

Godartade vävnadsnybildningar består av normala celler, är lokalt belägna och sprider sig inte i omkringliggande vävnader. Tumörerna kan ändå orsaka skada genom att påverka omkringliggande vävnader. Många av dessa lokala vävnadsnybildningar hanteras inom allmäntandvården. Det finns dock benigna vävnadsnybildningar som behöver tas bort kirurgiskt med marginal för att förhindra recidiv. Behandling med kirurgiskt avlägsnande av denna typ av vävnadsnybildningar bör omfattas av selektiva stödet. Exempel på dessa är pyogent granulom och perifert jättecellsgranulom.

Tillstånd med viss risk för malignisering

Utredningen anser att kontroll och behandling av alla tillstånd med risk för malignisering bör ingå i det selektiva stödet för viss behandling. Ett exempel är oral leukoplaki som har maligniseringsrisk på 3–11 procent där biopsi tas för att utesluta celldysplasi eller cancer. Leukoplakin kan inte botas utan behandlingsalternativen är att kirurgiskt avlägsna den eller bevaka att den inte förändras. I vissa fall är leukoplakin alltför omfattande eller har en sådan placering att det inte går att avlägsna den i sin helhet. Dessutom återkommer cirka 30 procent av de leukoplakier som tagits bort. Förändringen bör kontrolleras var 6:e månad de första fem åren efter upptäckt och därefter årligen. Andra exempel är röda slemhinnefläckar, erythroplakier, som har viss risk för malignisering och ska regelbundet kontrolleras. Vid oral lichen planus finns viss risk för malignisering. Cirka 0,5 procent av de som drabbas av tillståndet utvecklar skivepitelcancer under sin livstid.

Inflammatoriska tillstånd

Utredningen föreslår att inflammatoriska tillstånd i munslemhinnan som har samband med en systemsjukdom bör omfattas för behandling inom det selektiva stödet. Det kan exempelvis vara lichenoida vävnadsreaktioner eller lingua geografica. Gruppen lichenoida vävnadsreaktioner omfattar oral lichen planus (OLP), lichenoid kontaktreaktion, lichenoid läkemedelsreaktion och graft-versus-host-disease. OLP är en kronisk autoimmun sjukdom med okänd orsak som påverkar munslemhinnan. Diagnosen ställs genom klinisk undersökning och den histopatologiska bilden som dock inte går att skilja från den lichenoida kontaktreaktionen. Det finns en risk, om än liten, för malign omvandling vid OLP. Vid symtomfrihet kan uppföljning göras årligen. Vid symtom bör behandling ske med läkemedel och uppföljning var 6:e månad.

Vesico-bullösa tillstånd

Pemfigoid och pemfigus är kroniska, autoimmuna sjukdomar som ger symtom i form av blåsor/ulcerationer på hud och slemhinnor. Patienter med dessa manifestationer i munhålans slemhinnor bör omfattas för behandling inom det selektiva stödet. Pemfigoid kan ge symtom även på hud, ögon och genitalia och medför ofta en lång behandling med flera biverkningar. Pemfigus är en grupp av blåsbildande sjukdomar som kan engagera hud och slemhinnor inklusive munhålans slemhinnor. Blåsorna ligger ytligt, brister lätt och ger då upphov till sår som kan vara vätskande och lättblödande med fördröjd sårläkning. Vissa av tillstånden tillhör sällsynta hälsotillstånd vilket innebär att patienten kan vara berättigad till selektivt stöd för basal tandvård under lång tid.

Pigmenterade förändringar

Efter att patienten undersökts och diagnos ställts bör flertalet av dessa patienter få sina kontroller utförda inom allmäntandvården och därmed inte omfattas av det selektiva stödet för annat än utredningen. Risken för att pigmentfläckar övergår i malignitet är mycket låg.

Munsveda

Tillståndet kallas ofta Burning mouth syndrom (BMS) och är ett kroniskt smärttillstånd från munslemhinnan som inte kan förklaras av annan diagnos. Orsakerna tros vara neuropatiska, hormonella eller psykogena. För att ställa diagnos utesluts differentialdiagnoser, exempelvis vitaminbristsjukdomar. Behandlingen består främst av symtomlindring. Flertalet av patienter med munsveda bör primärt behandlas inom allmäntandvården. I de fall denna behandling inte ger någon lindring av symtomen bör behandling kunna omfattas av det selektiva stödet.

Avvikande reaktioner mot dentala material

Patienter som uppvisar avvikande reaktion i munslemhinnan mot dentala material bör omfattas för behandling. Det ska finnas ett samband mellan reaktionen i slemhinnan och materialet. Avvikande reaktioner kan vara en lichenoid kontaktreaktion eller en befarad allergi mot materialet. En lichenoid kontaktreaktion i munslemhinnan orsakas oftast av amalgam och som ligger i direkt kontakt med fyllningsmaterialet. Behandlingen består av utbyte av de amalgamfyllningar som ligger i nära kontakt med förändringen vilket medför att 9 av 10 förändringar läker ut. För att behandling ska omfattas vid befarad allergi bör dokumenterad allergi för materialet (hudtest) gjord av läkare med specialistbehörighet i dermatologi eller allergologi finnas. För att en fyllning ska kunna bytas inom stödet på grund av lichenoid kontaktreaktion ska tillståndet vara verifierat med PAD.

Andra patologiska förändringar

Andra patologiska förändringar i munslemhinnan, akuta eller kroniska, kan vara orsakade av sjukdom, medicinering eller allmänt nedsatt immunförsvar, till exempel allvarliga blodsjukdomar, immunologiska sjukdomar, symtomgivande hiv-infektion och behandling med cytostatika. Utredningen menar att behandling av dessa munslemhinneförändringar bör omfattas av det selektiva stödet. Dessa

behandlingar ligger vanligen inte inom allmäntandvårdens kompetensområde.

Exempel på patologiska förändringar orsakade av sjukdom är orofacial granulomatos, ett ospecifikt tillstånd som kan ses vid Crohns sjukdom, sarkoidos och vissa infektioner. Symtombilden är läppsvullnad, rodnad, veck på munslemhinnan och smärta.

Ett annat exempel på andra patologiska förändringar är recidiverande aftös stomatit, en smärtsam förändring som drabbar cirka 2 procent av befolkningen. Om dessa patienter har svåra besvär bör behandlingen omfattas av det selektiva stödet. Behandlingen består i att utesluta bland annat allergier och bristtillstånd, eliminera traumatisk belastning intraoralt och behandling med läkemedel.

Regelverk

Villkoren för att omfattas stödet ska bygga på de avgränsningar som beskrivits ovan. Särskilda tillstånd bör finnas för utredningar av oralmedicinska tillstånd. Därtill bör tillstånd finnas för de olika oralmedicinska tillstånden som omfattas av behandling. För respektive tillstånd anges anpassade åtgärder och eventuella särskilda villkor för att åtgärderna ska vara ersättningsberättigande.

Behandling som bör omfattas

– En första undersökning av specialist i orofacial medicin/käkkirurgi/parodontologi bör ingå i stödet innan prövning om tillhörighet sker till Försäkringskassan. Detta gäller även för de patienter som hänvisas till allmäntandvården eller sjukvården, det vill säga till annat ersättningssystem.

– Utredning bör ingå för samtliga oralmedicinska tillstånd.

– Fortsatt undersökning, diagnostik inklusive biopsi med PAD eller mikrobiologisk analys, sjukdomsbehandling, läkemedelsbehandling, kirurgisk behandling, fyllningar, protetiska åtgärder, samt kontroller.

– Vid avvikande reaktion mot fyllningsmaterial bör endast byte av felfria fyllningar eller kronor ingå. Fyllning byts mot fyllning, såvida inte fyllningen har omfattning motsvarande kronregeln. Om

patienten reagerar mot materialet i en avtagbar protes byts denna mot en protes utan det aktuella materialet. Vid fast protetik bör utbyte mot befintlig konstruktion ingå. Eventuellt tillkommande behandling bör ersättas inom det generella tandvårdsstödet.

– Behandling av enklare oralmedicinska tillstånd ingår i allmäntandvårdens vårduppdrag och bör inte omfattas. Förutom vad som nämnts ovan är exempel på sådana enklare tillstånd kronisk irritation eller inflammation på grund av plack, påbitning, fyllningsöverskott eller dåligt passande proteser. Andra exempel är snuslesioner samt obehandlad stomatit och candidos. Dessa behandlingar utförs inom det generella statliga stödet.

Förslag till övriga villkor

– Diagnoser bör ställas och behandlingen terapiplaneras av specialisttandläkare i orofacial medicin, käkkirurgi eller parodontologi, men behandlingen kan utföras av annan tandläkare.

– Utredningen anser att prövning till Försäkringskassan om tillhörighet till stödet ska göras av specialisttandläkare inom orofacial medicin, käkkirurgi eller parodontologi.

– När patienten fått tillhörighet till det selektiva stödet kan behandlaren tillämpa de åtgärder som är ersättningsberättigande enligt föreskrifterna för de tillstånd som ska behandlas. Det vill säga någon prövning av behandlingsförslag behövs inte utom vid fastsittande protetik.

– Allergiutredning ska göras av specialistläkare med behörighet i dermatologi eller allergologi.

– Stödet bör gälla ett år efter tillstyrkt prövning.

– Samma patient kan prövas flera gånger. Det bör även vara möjligt för en enklare prövning vid akutisering av fastställt tillstånd.

Förhandsprövning, omgörning och specialistundersökning före prövning av tillhörighet

Förhandsprövning

Utredningen föreslår att förhandsprövning av ett detaljerat behandlingsförslag med tillstånd och åtgärder endast ska behövas vid omfattande, mer kostsamma behandlingar som vid fast protetik, vid viss ortodonti samt vid käkledskirurgi. För övrig behandling kan behandlaren tillämpa de åtgärder som är ersättningsberättigande för det aktuella tillståndet. Under behandlingen kan komplikationer uppkomma som medför att det ursprungliga behandlingsförslaget inte kan utföras utan att fler åtgärder behövs. Tilläggsprövning bör då endast behövas för tillkommande åtgärder och endast för de ortodontiska, protetiska eller kirurgiska åtgärder som har kravet om förhandsprövning.

Tydliga villkor i föreskrifter bör ange när en patient kan tillhöra det selektiva stödet för viss behandling under viss tid. Idealt är om villkoren kan styrkas med objektiv dokumentation. Utredningen har diskuterat vilken dokumentation som bör krävas. Krav på dokumentation vid förhandsprövning kan exempelvis vara:

- Befintliga röntgenbilder som tagits för diagnostik och terapiplanering, exempelvis helstatus, profilröntgen eller panoramaröntgen vid flertalet tillstånd.
- Studiemodeller vid käkanomalier, prognati, retrognati, tandanomalier, agenesier, ätstörningssjukdom, dysfunktionell ocklusion, tandskada vid epilepsi eller ätstörningssjukdom.
- Kefalometrisk analys vid käkanomalier.
- Kliniska foton vid oralmedicinska tillstånd, tandskada vid epilepsi eller ätstörningssjukdom.
- Skriftlig motivering exempelvis varför behandling med både protetik och ortodonti behövs.
- Läkarintyg eller annan medicinsk dokumentation vid defekt i käken, tandskada vid epilepsi, ätstörningssjukdom eller strålbehandling.

Omgörning

Tydliga regler bör gälla för de fall en behandling eller konstruktion som utförts inom det selektiva stödet behöver göras om. Utredningens förslag är att motsvarande omgörningsregler som finns i det generella statliga tandvårdsstödet bör gälla vid omgörning de första åren efter behandling, det vill säga att ny ersättning inte lämnas inom tre år vid fast protetik och inom ett år vid avtagbar protetik. Detta såvida inte något av de reglerade undantagen gäller. Sådan omgörning bör vara kostnadsfri för patienten men det avgörs i dag av vårdgivarens garantier. Som framgår av kapitel 2 avsnitt 2.4.5 föreslår utredningen att garantier inom tandvården bör utredas vilket är en viktig fråga inte minst för de patienter som omfattas av det selektiva stödet. Reglerna för omgörning inklusive omgörningstidens längd kan eventuellt behöva modifieras för vissa behandlingar eller vissa av tillstånden inom stödet. I det fall omgörning behövs under omgörningstiden och den nya behandlingen utförs av annan vårdgivare än den som utförde den första behandlingen föreslås motsvarande regler gälla som inom det generella tandvårdsstödet.

För det selektiva stödet för viss behandling uppkommer även frågan vad som bör gälla längre fram i livet för en protetisk konstruktion som exempelvis utförts för en medfödd missbildning på grund av på avsaknad av ett antal tandanlag. Protetiska konstruktioner varar vanligen inte hel livstid utan behöver någon eller några gånger ersättas med en ny konstruktion. Skälet för omgörning bör dock vara avgörande för om ny konstruktion bör omfattas av det selektiva stödet, exempelvis kan sekundärkaries vara ett skäl som innebär att omgörning inom det selektiva stödet inte bör ersätts. Inom dagens regionala särskilda tandvårdsstöd är man vanligen restriktiv med att patienter ska kunna få särskilt stöd igen. Flera regioner anger att särskilda skäl ska föreligga för att patienten ska få en ny konstruktion inom detta stöd. När behandling för patienter med särskilda behov reglerades av staten i 9 § i tidigare tandvårdsstöd[1] ersattes ny konstruktion om orsaken till att konstruktionen utförts exempelvis var en medfödd missbildning. Utredningen menar att det blir en fråga för myndigheterna att överväga skälen för och emot om det ursprungliga tillståndet ska kunna behandlas igen inom det selektiva stödet och även se om det ryms inom anslagna medel. Detta gäller

[1] 9 § tredje stycket tandvårdstaxa (1973:638).

främst grupp 1 och grupp 3:1. För grupp 3:2 ingår endast en rehabilitering och därmed omfattas de inte heller av omgörning. För grupp 2 Defekt i käken som orsakats av sjukdom, medicinsk sjukdomsbehandling eller trauma anser dock utredningen att omgörning eller justering av en konstruktion efter omgörningstiden behöver kunna ersättas inom det selektiva stödet eftersom varken tillstånd eller åtgärder för sådan behandling finns inom det generella stödet. Dessutom, som nämnts under villkoren för de olika grupperna anser utredningen, att patienter med sjukdom bör kunna prövas igen för samma tillstånd, det vill säga grupperna 3:3, 4 och 5.

Specialistundersökning före prövning av tillhörighet

För grupp 4 Långvarig eller svår smärta i käkområdet alternativt defekt i käkleden orsakad av sjukdom eller trauma och grupp 5 Oralmedicinska tillstånd i munslemhinnan föreslår utredningen att en undersökning av specialisttandläkare ska ingå i det selektiva stödet redan innan patienten prövats för tillhörighet av Försäkringskassan. Detta för att rätt patienter ska prövas, prövningen ska ha ett bra underlag och för att patienter av ekonomiska skäl inte ska avstå en specialistundersökning av ekonomiska skäl. De nackdelar eller risker som har diskuterats är om dessa specialisttandläkare kommer att bli överhopade och om det finns tillgång till specialister i alla regioner. Vid diskussion med specialister inom bettfysiologi, som är den till numerären minsta specialiteten, tror man inte att antalet remisser kommer att öka markant eftersom det redan i dag remitteras patienter som bör omhändertas i allmäntandvården. Med det föreslagna systemet med distinkta villkor kan det snarare bli tydligare att dessa patienter hänvisas tillbaka till allmäntandvården. För oral medicin sker redan i dag en sortering då många remisser innehåller foto. Vad gäller antalet specialister gör utredningen bedömningen att samtliga regioner har tillgång till specialisttandläkare i bettfysiologi eller käkkirurgi för undersökning av patienter inom grupp 4 och till specialisttandläkare i orofacial medicin, parodontologi eller käkkirurgi för undersökning av patienter inom grupp 5.

Regionalt tandvårdsstöd för vuxna i samverkan med hälso- och sjukvården

I denna bilaga beskrivs utredningens förtydliganden och överväganden ur odontologisk synpunkt angående regionens tandvårdsstöd för vuxna i samverkan med hälso- och sjukvården. Utredningen har uppgiften att lämna förslag till en reglering för tandvård till personer med särskilda behov. Med särskilda behov avses i detta avsnitt den tandvård som utförs på grund av ett medicinskt beslut av hälso- och sjukvården eller som på andra sätt kräver hälso- och sjukvårdens medverkan för en patientsäker hantering med hänsyn till patientens allmänsjukdom eller tillstånd. Utredningen menar att denna tandvård ska ges till samma avgifter som inom hälso- och sjukvården för att säkerställa att vården inte behöver skjutas upp på grund av ekonomiska skäl utan kan ges vid en tidpunkt som är optimal. I bilagan ges en övergripande beskrivning av de patientgrupper där samarbete mellan medicinsk och odontologisk vårdpersonal är nödvändig för att patienten ska få optimal vård. Då förslagen har tagits fram har utredningen diskuterat vilka patientgrupper som bör omfattas och vad som ska ersättas. Diskussioner har även ägt rum översiktligt om hur prövning ska gå till och hur vården ska rapporteras för att möjliggöra uppföljning på nationell nivå. Frågorna om patientgrupper samt hur prövning och uppföljning av stödet ska gå till föreslås regleras i särskild förordning. Förordningen blir översiktlig. Därefter blir det respektive region som beslutar om närmare anvisningar om detaljer såsom andra tillstånd eller behandlingar som bör omfattas av stödet som utredningen inte haft kännedom om. Det finns även möjlighet för en region att erbjuda sina invånare mer än vad som förordningen ställer som krav.

Utifrån regelverket föreslås varje region organisera tandvårdens samverkan med hälso- och sjukvården på lämpligt sätt. Regionernas anvisningar bör grunda sig på bästa tillgängliga kunskap för vilka tillstånd som bör omfattas och vilka behandlingar som bör ersättas, exempelvis Socialstyrelsens nationella riktlinjer, SBU:s kunskapsöversikter eller motsvarande. Vidare bör anvisningar, och även förordningen, kontinuerligt ses över och uppdateras för att följa med den vetenskapliga, medicinska och odontologiska utvecklingen.

Observera att bilagan endast beskriver utredningens förslag, som ett stöd för regionernas fortsatta arbete för tillämpning av stödet.

Målgrupper för regionernas tandvårdsstöd

Utredningen föreslår att det regionala tandvårdsstödet delas upp i tre grupper:

- Medicinsk sjukvårdsinsats för att patienten ska kunna genomgå en tandvårdsbehandling, där regionalt stöd ges för själva sjukvårdsinsatsen, men inte för tandvårdsbehandlingen. Själva tandvårdsbehandlingen ges inom statligt tandvårdsstöd, antingen det generella eller selektiva, alternativt som tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling
- Tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling.
- Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser.

De tre ovan nämnda grupperna omfattar följande patientgrupper i behov av ett regionalt tandvårdsstöd för vissa behandlingar i samverkan med sjukvården.

Tabell 1 Sammanfattning av de målgrupper som omfattas av regionernas tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården

	Patienter i behov av
Medicinsk sjukvårdsinsats för att genomgå tandvård	– Behandling för tandvårdsfobi. – Intravenös sedering eller narkos. – Medicinsk beredskap eller övervakning.
Tandvårdsinsats som en del av en sjukvårdsbehandling	– Odontologisk utredning och påföljande infektionssanering inför sjukdomsbehandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav. – Odontologisk utredning och påföljande tandvårdsbehandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och dentalt material. – Odontologisk utredning och behandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion. – Understödjande slemhinnevård under intensiv sjukvårdsbehandling av allvarlig sjukdom eller livshotande tillstånd. – Akut tandvård i slutskede av palliativ slutenvård. – Sömnapnéskena på medicinsk indikation.
Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus resurser	– Behandling med rekonstruktiv kirurgi. – Behandling av käkfraktur. – Annan käkkirurgisk behandling som uppfyller kravet på patientsäkerhetsskäl som kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser.

Medicinsk sjukvårdsinsats för att genomgå tandvård

Denna del omfattar patienter vars medicinska sjukdom eller funktionsnedsättning medför att det krävs en sjukvårdsinsats för att en ordinär tandvårdsbehandling ska kunna utföras. Dessa patienter ska få själva sjukvårdsinsatsen inom regionens regi och till patientavgift som inom öppen hälso- och sjukvård. Själva tandvårdens kostnad hanteras inom statligt tandvårdsstöd, generellt eller selektivt, alternativt som tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling.

Behandling av tandvårdsfobi

Tandvårdsrädsla motsvarar ofta diagnosen specifik fobi (ICD-10 40.2) men kan även ingå i paniksyndrom (41.0).[1] Cirka fem procent av den vuxna befolkningen har sådan ångest inför att genomgå tandvård att de helt eller delvis undviker det. Tillståndet är vanligare hos kvinnor och leder ofta till sämre munhälsa, allmän hälsa och livskvalitet. Vid avgränsade ångesttillstånd, dit specifik fobi tillhör, är kognitiv beteendeterapi (KBT) en effektiv behandlingsmetod med gott vetenskapligt stöd. KBT är en bred psykoterapeutisk inriktning baserad på inlärningsteori och kognitiv teori, och är en handlingsriktad behandlingsform som utgår från en beteendeanalys. Den psykologiska behandlingen av tandvårdsrädsla utförs av psykolog, psykoterapeut eller psykiater, med fokus på exponering i tandvårdsmiljö. Psykologbehandlingen följs av tandbehandlingar hos tandvården där syftet är att pröva de färdigheter patienten fått under psykologbehandlingen. Målet med behandlingen är att ge patienten verktyg för att kunna genomföra tandvårdsbehandlingar utan psykologiskt stöd och i förlängningen kunna upprätthålla regelbunden tandvård.

Nuvarande regelverk

Patienter med tandvårdsfobi undviker tandvård och får ofta kontakt med vården genom akutbesök inom tandvården eller hälso- och sjukvården på grund av tandvärk eller andra akuta orala symtom. I regionernas tandvårdsstöd finns i dag möjlighet att få behandling av tandvårdsrädsla för den som är extremt tandvårdsrädd med avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Den som trots ett stort behandlingsbehov under ett stort antal år avhållit sig från tandvårdsbehandling, förutom akuta besök, och som bedöms lida av extrem tandvårdsrädsla vid utredning hos både tandläkare och psykolog, psykoterapeut eller psykiater får ta del av stödet. Tandvårdspersonalen ska ha en icke obetydlig erfarenhet av att behandla tandvårdsrädda patienter och behandlingen ska genomföras i samverkan mellan tandvård och terapeut utifrån en fastställd vårdplan. Stödet är avsett att gälla enbart behandlingen av tandvårdsrädslan men även den tandvård som utförs i anslutning till denna fobibehandling kan ingå.

[1] Wide, *Behandling av svår tandvårdsrädsla/fobi hos vuxna. Regional medicinsk riktlinje, Västra Götalandsregionen*, 2018.

Diskussion kring utredningens överväganden

Utredningen föreslår att stödet till extremt tandvårdsrädda även i fortsättningen ska vara ett regionalt ansvar. Huvudskälet för detta är att stödet till dessa patienter avser fobibehandling som i likhet med annan fobiträning hanteras i hälso- och sjukvården. Det skulle dock gå att motivera att gruppen svårt tandvårdsrädda i stället borde ingå i det statliga selektiva tandvårdsstödet under viss tid. Ett argument för det kan vara att det i de flesta fall är tandvården som initierar behandlingen, och inte sjukvården, något som skulle tala för att gruppen ska höra till det statliga stödet. Samtidigt är syftet med behandlingen den fobibehandling som psykolog, psykoterapeut eller psykiater utför medan tandvårdsbehandlingen enbart syftar till att utföra den exponering som är nödvändig för att genomföra den kognitiva beteendeterapin med framgång. Fobibehandling är inte en tandvårdsbehandling och psykolog, psykoterapeut eller psykiater är inte anslutna till det statliga tandvårdsstödet hos Försäkringskassan. Utredningen ser därför svårigheter för Försäkringskassan att hantera fobibehandlingen som en del av det statliga stödet. Utredningen föreslår att KBT för att behandla tandvårdsfobi ska erbjudas patienter som inte klarar att genomgå tandvård. Det finns ingen vedertagen definition av begreppet extrem tandvårdsrädsla. Som benämning på tillståndet föreslås att tandvårdsfobi används utifrån kriterierna för specifik fobi. Utredningen har inte funnit skäl till att hantera fobiträning avseende tandvårdsrädsla på ett annat sätt än övriga specifika fobier. KBT-behandling utförs generellt av psykolog, psykiater eller psykoterapeut inom sjukvården. Den exponering som behöver utföras som en del av fobibehandlingen utförs av tandvården. Behandlaren av fobin gör en bedömning om patienten har så stark rädsla att behandlingen ska omfattas av det regionala tandvårdsstödet och om patienten bedöms kunna bli hjälpt av KBT-behandling. Psykometriska test kan användas för att göra bedömningen. I vissa fall kan patienten ha en mer generell fobisk problematik eller annan psykisk ohälsa som gör att den exponerande tandvårdsbehandlingen inte är möjlig att genomföra. Patienten hänvisas då till primärvården för vårdinsatser. I ett senare skede kan fobiträning med tandvårdsexponering vara aktuell.

Utredningen har diskuterat om även viss tandvårdsbehandling ska ingå i stödet. I dag tydliggör 4 § tandvårdsförordningen att de tandvårdsbehandlingar som utförs inom fobibehandlingen betalas

med patientavgift som inom öppen hälso- och sjukvård. Nackdelen med stöd även för tandvårdsbehandlingen är att patienter kan attraheras av att få tillgång till billigare tandvård utan att vara beredda att fullt ut genomgå fobibehandlingen. Utredningen menar därför att själva tandvårdsbehandlingen inte ska omfattas av regionernas tandvårdsstöd utan i stället ingå i det generella statliga tandvårdsstödet. Tandvårdens medverkan i exponeringsbehandlingarna är dock tidskrävande vilket innebär att tandvården inte får kostnadstäckning för sin del av behandlingen enbart genom generellt tandvårdsstöd och ordinär prissättning. Utredningen föreslår därför att tandvården får ersättning för den mertid som krävs för fobiträningen ifrån regionen, förslagsvis beräknad som en schablon utifrån en fast tidsåtgång som kan fördelas vid flera besök anpassad till den enskilda patientens behov.

Alla regioner utom en ger i sina anvisningar i dag möjlighet att få en narkosbehandling initialt om patienten har så stora akuta symtom att dessa gör fobibehandlingen omöjlig. Detta då svårt tandvårdsrädda personer ofta har ett omfattande behandlingsbehov med svåra akuta infektioner. Utredningen föreslår att denna möjlighet bör finnas även fortsättningsvis. Dock bör inte hela tandvårdsbehovet åtgärdas under narkos eftersom det måste finnas ett kvarstående behandlingsbehov som kan åtgärdas under exponeringsbehandlingarna. Däremot anser utredningen att narkosbehandling för tandvårdsrädda patienter som inte genomgår fobibehandling inte bör få den subvention för narkos som det regionala tandvårdsstödet innebär eftersom tandvårdsbehandling under narkos har sämre evidens för att minska tandvårdsfobin än KBT. Inom tandvården har patienter som känner oro även möjlighet att få sedering med lustgas eller ångestdämpande/lugnande läkemedel för att underlätta behandlingen.

I Socialstyrelsens arkiverade meddelandeblad från 2004 angavs att om patientens fobi inte kan botas upphörde rätten till tandvård enligt den öppna hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. I regionernas regelverk tolkas detta fortfarande som att behandling för tandvårdsfobin bara kan ges under en behandlingsperiod. Samtidigt påtalas i Socialstyrelsens utredning från år 2018 att patienten kan behöva ytterligare fobibehandling då de kommer tillbaka till tandvården för kommande behandlingar. Utredningen anser att en patient inte kan nekas att få behandling mot tandvårdsfobi vid upprepade tillfällen under livet eftersom tandvårdsfobi bör likställas med andra specifika

fobier. Till exempel kan en patient med agorafobi (torgskräck) få KBT-behandling på nytt om symtomen återkommer. Fobibehandling för tandvårdsrädsla bör därför vara möjlig att få vid flera tillfällen om rädslan återkommer senare i livet.

Utredningens förslag är att följande behandling av tandvårdsfobi föreslås ingå i regionernas ansvar:

- KBT-behandling hos psykolog, psykoterapeut eller psykiater utförs med avgifter som inom öppen hälso- och sjukvård för patienter som uppvisar kriterier för specifik fobi genom ett tydligt undvikandebeteende vad gäller tandvård och relevanta skattningsskalor (psykometriska test). Bedömning av ifall fobibehandling bör utföras görs medicinskt av hälso- och sjukvården.
- Den mertid som tandvårdens medverkan i fobibehandlingen kräver, och som är orsakad av patientens fobidiagnos ska ersättas av regionens tandvårdsstöd. Denna del av subventionen är en tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling. Denna beskrivs senare i dokumentet.
- I vissa fall kan en inledande narkos vara nödvändig på grund av svåra akuta behandlingsbehov som omöjliggör en KBT-behandling. Narkosbehandlingen bör då ingå som en sjukvårdsinsats för att patienten ska kunna genomgå ordinär tandvård. Patienten betalar för tandvården som utförs under narkos inom det statliga tandvårdsstödet.
- För den tandvård som utförs under fobibehandlingen betalar patienten i enlighet med det statliga tandvårdsstödet, generellt eller selektivt beroende på patientens tillhörighet.

Intravenös sedering eller narkos vid tandvård

Patientens medicinska tillstånd eller funktionsnedsättning kan kräva mer avancerad sedering än vad som kan ges vid öppenvård inom tandvården. Anledningen till sederingen är i dessa fall inte tandvårdsbehandlingens svårighetsgrad utan beror helt på patientens medicinska tillstånd eller funktionsnedsättning. Om sedering med läkemedel eller lustgas är tillräckligt och patienten har en låg medicinsk risk kan detta utföras inom tandvårdens regi, medan sedering med generell anestesi (narkos) och intravenös sedering vanligen utförs

inom sjukvården. I sjukvårdstjänsten omfattas inte bara själva sövningen utan även postoperativ övervakning samt möjlighet att lägga in patienten för slutenvård vid hög medicinsk risk eller om komplikationer inträffar.

Nuvarande regelverk

Patienter som får tandvård under narkos får i dag vanligen sin tandvårdsbehandling inom regionernas särskilda tandvårdsstöd, det vill säga nödvändig tandvård, tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning eller vissa grupper inom tandvård som ett led i sjukdomsbehandling. Det förekommer även att en patient som behöver narkos utifrån en medicinsk diagnos får sin tandvård inom det generella statliga tandvårdsstödet. Det kan exempelvis vara en patient där lokalbedövning inte fungerar såsom vid Ehler Danlos syndrom. Inom det statliga stödet är inte narkos ersättningsberättigande eftersom en medicinsk indikation krävs. Flertalet regioner tillämpar i dag regionala anvisningar som enbart accepterar narkoskostnaden om patienten hör till det regionala tandvårdsstödet. En patient som inte är beviljad regionernas tandvårdsstöd riskerar således i dag att själv få bekosta narkosen, trots medicinsk indikation och utan möjlighet till högkostnadsskydd för denna medicinska insats.

Diskussion kring utredningens överväganden

Kostnaden för generell anestesi och intravenös sedering belastar i många regioner sjukhusets generella anslag eller regionens tandvårdsanslag utan kostnad för patienten, men det finns olikheter mellan regionernas tillämpning. Utredningen anser att patienter som på medicinsk indikation är i behov av avancerad sedering ska kunna få detta till hälso- och sjukvårdsavgift inom regionens tandvårdsstöd oavsett inom vilket tandvårdsstöd som tandvårdsbehandlingen ska utföras. Anledningen till att inte utredningen anser att avancerad sedering ska tillhöra det selektiva statliga stödet är att Försäkringskassan svårligen kan ifrågasätta det medicinska behovet av sjukhusets resurser eller ta i anspråk dessa resurser. Sjukhusen är i dag inte heller behandlare inom statligt tandvårdsstöd som mottagare av ersättning för utförd vård.

Det är hälso- och sjukvården som bedömer om sedering behövs och i så fall vilken form av sedering som är nödvändig för att tandvården ska kunna genomföra planerad behandling på patienten. Det är således patientens allmäntillstånd eller funktionsnedsättning som kräver sjukvårdens insatser och inte tandbehandlingens svårighetsgrad. Eftersom tandvården till stor del kommer att utgöras av vanlig tandvårdsbehandling kan den utföras av såväl allmäntandläkare som specialisttandläkare. I praktiken kommer behandlarna tillhöra tandvårdsklinik på aktuellt sjukhus som till exempel käkkirurger, specialister i orofacial medicin eller allmäntandläkare som tjänstgör på sjukhuset. Alternativt kan det vara tandläkare som har sin arbetsplats utanför sjukhuset men som förflyttar sig till sjukhuset för att genomföra tandvård med stöd av sjukvårdsinsats. Tandvårdsbehandlingen som utförs under sjukvårdsinsatsen ersätts inom det selektiva eller generella statliga tandvårdsstödet alternativt som tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling. En stor andel av patienterna torde tillhöra det långvariga selektiva tandvårdsstödet för basal tandvård.

Utredningen anser att patienter som på medicinsk indikation är i behov av avancerad sedering ska kunna få detta till öppenvårdens hälso- och sjukvårdsavgift. Sjukvårdstjänsten ska tillhandahållas oavsett inom vilket tandvårdsstöd som behandlingen ska utföras. Sjukvårdstjänsten kan behövas på grund av att patientens allmäntillstånd eller funktionsnedsättning kräver mer avancerad sedering än vad som kan ges vid en ordinär tandvårdsmottagning.

Sedering eller narkos utan medicinska skäl

Praxis i dag är att patienter som vill ha tandvård utförd i narkos men utan att ha en medicinsk indikation, exempelvis en tandvårdsrädd person som inte är villig att samtidigt genomgå behandling för sin fobi, bekostar denna narkosbehandling själv. Här ser utredningen inte att det finns skäl till att förändra dagens praxis. Patienten kan få sin tandvårdsbehandling inom regionernas hälso- och sjukvård eller hänvisas till narkos inom privat verksamhet om inte regionernas sjukvårdsresurser räcker för dessa icke-medicinska indikationer. Det är dock väsentligt att narkosbehandlingarna utförs med god patientsäkerhet oavsett var de äger rum.

Medicinsk beredskap och övervakning

Diskussion kring utredningens överväganden

I vissa fall kan patientens allmänmedicinska tillstånd av patientsäkerhetsskäl medföra krav på en förhöjd beredskap vid odontologiska kirurgiska ingrepp som därför kräver sjukvårdens medicinska och tekniska resurser. Exempel på sådana tillstånd kan vara en blödarsjuk patient som efter en tandextraktion behöver övervakning för att förhindra allvarliga blödningstillstånd eller multisjuka patienter. Kostnaden för beredskap och eventuella insatser belastar i dag vanligen sjukhusets generella anslag utan att det finns ett klart stöd för tillämpningen. Utredningen ser det därför som viktigt att det klargörs hur kostnaderna för medicinsk beredskap och övervakning ska hanteras. Eftersom kopplingen till sjukvården här får ses som naturlig bör kostnaden för denna beredskap ankomma på regionens ansvar, eftersom det är på medicinsk indikation som den förhöjda beredskapen bedöms nödvändig.

Det är hälso- och sjukvården som bedömer om medicinsk beredskap behövs för att tandvården ska kunna genomföra planerad behandling på patienten. Det är således patientens allmäntillstånd eller funktionsnedsättning som kräver sjukvårdens insatser och inte tandbehandlingens svårighetsgrad. Själva tandbehandlingen som utförs under sjukvårdsinsatsen ersätts inom det selektiva eller generella statliga tandvårdsstödet eller i vissa fall som tandvårdsinsats som en del av hälso- och sjukvårdens behandling. En stor andel av patienterna torde tillhöra det långvariga selektiva tandvårdsstödet för basal tandvård.

Utredningen anser att patienter som på medicinsk indikation är i behov av förhöjd beredskap och/eller övervakning ska kunna få detta till öppenvårdens hälso- och sjukvårdsavgift. Sjukvårdstjänsten ska tillhandahållas oavsett inom vilket tandvårdsstöd som behandlingen ska utföras. Det finns ett behov av att förtydliga en praxis som finns i flera regioner. Sjukvårdstjänsten kan behövas på grund av att patientens allmänmedicinska sjukdomstillstånd av patientsäkerhetsskäl fordrar en förhöjd beredskap som kräver sjukvårdens medicinska eller tekniska resurser.

Tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling

De patienter som på grund av ett medicinskt beslut behöver tandvård som en del av en sjukvårdsbehandling föreslås omfattas av regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården. Medicinskt motiverade odontologiska behandlingar bör jämställas med sjukvård vad gäller terapiplanering, beslutsmandat, anslagsfinansiering och behandling ges till patientavgift inom öppen hälso- och sjukvård.

Tandvårdsinsats för odontologisk utredning och påföljande infektionssanering inför sjukvårdsbehandling där fullständig infektionsfrihet är ett medicinskt krav

En infektionssanering syftar till att avlägsna infektioner i munhålan så att dessa inte negativt påverkar resultatet av den kirurgiska eller medicinska behandlingen. Syftet kan även vara att minska risken för komplikationer i munhålan på grund av den medicinska behandlingen. Exempel på sjukdomar och behandlingar där infektionssanering kan vara indicerad är:

- Viss hjärtkirurgi
- Organtransplantation
- Maligna blodsjukdomar
- Cytostatika i höga doser
- Antiresorptiva läkemedel i höga doser
- Strålbehandling mot huvud- och halsregionen
- Annan immunosuppressiv behandling.

Tillstånd som kan utgöra infektionsfoci är exempelvis apikal parodontit, retinerade tänder, pulpanära kariesangrepp, lokala infektioner och parodontal sjukdom. Oftast görs behandlingarna under tidspress när den medicinska behandlingen måste starta med kort varsel. Det finns även ett behov av att bibehålla munhålan infektionsfri under hela behandlingstiden. Vid organtransplantation behöver infektionssaneringen upprepas fram till att transplantationen genomförts.

Nuvarande regelverk

I dagens regionala tandvårdsstöd finns möjlighet enligt 3 § tandvårdsförordningen för patienter som ska genomgå kirurgiskt ingrepp eller medicinsk behandling där fullständig infektionsfrihet är ett krav att få en odontologisk infektionssanering till avgifter som inom öppna hälso- och sjukvården. Detsamma gäller för patienter som genomgår strålbehandling i huvud- eller halsregionen. I förarbeten anges att med kirurgiska ingrepp avses transplantationskirurgi och hjärtkirurgi. Med medicinska behandlingar avses malign blodsjukdom, högdos-cytostatika och intravenös behandling med antiresorptiva läkemedel. Det mer detaljerade regelverket för tandvård som utförs inom dagens tandvårdsstöd beslutas av respektive region. Det har dock lyfts som ett problem att bedömningen av vilka patienter som behöver infektionssanering är komplicerad för regionens tandvårdsbeställare att ta ställning till när remiss kommer från sjukvården.

För flertalet av tillstånden som är aktuella för infektionssanering gäller att det i dag hos regionerna finns detaljerade regler om avgränsningar för när infektionssanering får genomföras inom det regionala särskilda tandvårdsstödet. Reglerna skiljer sig dessutom åt mellan regionerna. Till exempel inkluderas hjärtkirurgi generellt i vissa regioner medan andra begränsar till hjärtklaffskirurgi. Likaså finns olika begränsningar för behandling med antiresorptiva läkemedel. Vissa regioner godkänner sanering enbart vid malignitet medan andra kan acceptera sanering vid osteoporosbehandling om aggraverande faktorer såsom svår diabetes eller höga doser systemiskt cortison samtidigt förekommer. I Socialstyrelsens utredning från år 2018 har bedömningstandläkarna i regionerna påtalat att det finns en risk att dessa behandlingar inte kommer att vara jämlika och hanteras lika över landet utan regionerna kommer att ha varierande vårdutbud och vårdriktlinjer. Detta är en naturlig följd av regionernas självstyre och i likhet med övrig hälso- och sjukvård. En annan förklaring till skillnader mellan regionernas anvisningar är att ett kunskapsstöd för vilka medicinska tillstånd som kräver infektionsfrihet och vilka tandbehandlingar som är nödvändiga för att uppnå infektionsfrihet till stor del saknas. Detta gör att varken hälso- och sjukvården eller tandvården har ett stabilt vetenskapligt underlag att grunda sina beslut på. Ett sätt att motverka detta är att skapa nationella gemensamma

vårdriktlinjer grundat på aktuell vetenskap kring dessa behandlingar på nationell nivå.

Diskussion kring utredningens överväganden

Patienter som ska behandlas med strålning behöver en utredning och vid behov en infektionssanering inför strålbehandlingen. I dessa fall finns dessutom den komplikationen för patienter som får strålbehandling mot käkområdet att tandextraktioner ska undvikas livslångt efter avslutad strålbehandling på grund av bestående påverkan på käkbenet av strålningen. Under själva strålbehandlingen mot huvud-hals-regionen kan även sjukdomsbehandling behövas i munhålan eftersom strålbehandling ofta innebär en stor påverkan på munslemhinnorna (se nedan). Efter avslutad strålning behövs regelbundna kontroller under viss tid för att hitta de personer som utvecklar allvarlig karies på grund av bestående muntorrhet orsakad av stålningen. Efterföljande kontroller föreslås att ges inom det statliga selektiva stödet för viss behandling under viss tid och det finns även möjlighet till selektivt stöd för behandling av karies i de fall patienten får en allvarlig kariesutveckling.

Hälso- och sjukvårdens varierande grad av medvetande om kunskapsläget vad gäller vid vilka tillstånd och vilken tandvård som är nödvändig vid krav på infektionsfrihet inför olika medicinska behandlingar gör att olika krav ställs om infektionssanering, exempelvis inför osteoporosinducerad skelettstärkande behandling och sluten hjärtkirurgi. Utredningen ser att det främst åligger medicinsk personal att ha kännedom om vilken vetenskap och beprövad erfarenhet som gäller för alla medicinska behandlingar man tar beslut om. Det finns således behov för hälso- och sjukvården av att ytterligare utverka nationella behandlingsriktlinjer. Detta är även nödvändigt för att kunna följa den medicinska utvecklingen så att tillstånd och behandlingar kan inkluderas, eller exkluderas, allt eftersom kunskapsläge och den tekniska utvecklingen går framåt.

Hälso- och sjukvården har det medicinska ansvaret att besluta om att odontologisk infektionssanering behövs inför viss sjukvårdsbehandling eller under behandlingsperioden. Beslutet att infektionssanering ska göras är medicinskt motiverat medan beslutet om vilken tandvårdsbehandling som ska utföras i det enskilda fallet därefter

fattas av tandvården. Utredningen föreslår därför att medicinskt motiverade odontologiska behandlingar ska jämställas med sjukvård vad gäller beslutsmandat, terapiplanering och vilken behandling som kan utföras till patientavgift som inom öppen hälso- och sjukvård. Den tandvård som föreslås ingå är:

- Utredning inklusive nödvändig röntgenundersökning.
- Behandling av de odontologiska tillstånd som bedöms utgöra infektionsfoci för att eliminera infektionen.
- Åtgärder för att hålla munhålan infektionsfri under behandlingstiden.
- Temporär protes efter infektionssanering som medfört tandborttagningar (se nedan).

Utredningen anser vidare att det är väsentligt att kunskapen utvecklas inom området så att hälso- och sjukvården själva har möjlighet att utgå från ett nationellt kunskapsunderlag i sin bedömning av vilka patienter som har behov av infektionssanering för att sjukdomsbehandlingen ska kunna genomföras optimalt. I första hand skulle SBU kunna få i uppdrag att ta fram en kunskapsöversikt i ämnet. Om det visar sig att vetenskapliga studier av god kvalitet saknas bör Socialstyrelsen få i uppdrag att genom ett konsensusförfarande kunna ta fram nationella riktlinjer för tillståndet med behandlingsrekommendationer för både sjukvården och tandvården. Först därefter kan en bedömning av vilken odontologisk behandling som krävs för att utföra infektionssaneringen göras.

Odontologisk utredning och påföljande tandvårdsbehandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och dentalt material

Nuvarande regelverk

I dagens särskilda tandvårdsstöd framgår i 7 § tandvårdsförordningen att när en person får sina tandfyllningar utbytta som ett led i en medicinsk rehabilitering kan behandlingen göras med avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Förutsättningen är dock att behandlingen är en del av en behandlingsplan upprättad av specialist-

läkare inom ett relevant område och att behandlingsplanen är upprättad innan behandlingen påbörjas. Regionerna har i dagens stöd tagit fram egna regelverk som trots detta är relativt samstämmiga. Fyllningen som ska bytas ska vara felfri. Även om flera fyllningsmaterial kan vara aktuella i utredningen byts enbart ett material i taget för att därefter återremittera till läkaren för att utvärdera effekten.

Diskussion kring utredningens överväganden

Gruppen omfattar personer som kan behöva få sina felfria fyllningar utbytta som ett led i en medicinsk behandling där sjukvården misstänker att det är det dentala materialet som kan vara en orsak till den allmänmedicinska sjukdomen. En behandlingsplan upprättad av patientens läkare bör finnas innan behandlingen kan påbörjas. Sambandet mellan sjukdomsyttring och fyllningar behöver inte vara säkerställd men de flesta andra faktorer som kan förknippas med sjukdomstillståndet ska ha åtgärdats eller uteslutits innan materialbyte kan bli aktuellt

Utredningen föreslår att tandvårdsinsatser ska ges med avgift som inom öppen hälso- och sjukvård för odontologisk utredning och påföljande tandvårdsbehandling som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och dentalt material. Om lagning eller krona behöver bytas ut av annan orsak, exempelvis på grund av karies omfattas behandlingen inte av regionalt stöd.

Odontologisk utredning som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion

Nuvarande regelverk

I 3 § tandvårdsförordningen som reglerar dagens regionala stöd anges att patienter som genomgår utredning där det finns misstanke om ett odontologiskt samband med patientens grundsjukdom kan få tandvård till avgifter som inom den öppna hälso- och sjukvården. I förarbeten anges att de tandvårdande insatserna enbart avser utredningen av eventuella odontologiska orsaker till patientens besvär.

I dagens stöd har regionerna formulerat sina egna regler om villkoren för vid vilka tillstånd stödet kan användas. Vissa regioner har allmänt hållna regler medan andra mer i detalj har angett vilka tillstånd som kan inkluderas för att utredning om odontologiskt samband ska utföras. I nuvarande regionala tandvårdsstöd ingår enbart utredningen medan patienten får betala behandlingen själv, trots att paragrafen anger att stödet omfattar tandvårdsbehandling. Detta regelverk gäller i alla regioner utom i en där extraktion kan godkännas vid risk för endokardit eller hjärnabscess. I sex av regionerna har villkoren begränsats till att enbart gälla om samband med infektion misstänks. I övriga regioner inkluderas ospecifikt odontologiska samband med patientens grundsjukdom och i vissa regioner ges exempel på tänkbara samband – bihåleinflammation, huvudvärk, fibromyalgi, reumatism, psoriasisartrit, käkledssmärta och svårinställd diabetes. I de regioner som har vida inklusionskriterier finns ofta undantag angivna såsom tinnitus, whiplash, oral medicin, osteonekros och käkledsbesvär.

Diskussion kring utredningens överväganden

Gruppen avser patienter där det finns misstanke om samband mellan ett allmänmedicinskt sjukdomstillstånd och oral infektion. Utredningens förslag är att begränsa målgruppen till att enbart omfatta dem där misstanke om samband med oral infektion föreligger. Ett flertal samband mellan odontologiska tillstånd och allmänmedicinsk sjukdom omhändertas inom det statliga selektiva tandvårdsstödet såväl som i det regionala. Förutom de patientgrupper som beskrivs i denna bilaga kan, inom det statliga selektiva stödet, exempelvis patienter med tandskador efter epilepsianfall eller svår smärta i käkområdet på grund av reumatisk sjukdom få tillgång till stöd. Det är sjukvården som remitterar patienten till tandvården när frågeställning om odontologiskt samband med patientens allmänmedicinska tillstånd väcks. I Socialstyrelsens utredning från år 2018 beskrivs att tandläkare upplever att sjukvården har svårt att förstå varför inte behandlingen av konstaterat infektionsfocus ingår i regionens tandvårdsstöd. Samarbetet med sjukvården skulle underlättas om återställandet av oral infektionsfrihet skulle ingå som en del av sjukdomsbehandlingen.

Utredningen föreslår att en odontologisk utredning som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett odontologiskt samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion ska ingå som en tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling. En utvidgad utredning omfattar i dessa fall ofta munhålan för att avgöra om infektionsorsaken kan vara relaterad till en tand eller annan vävnad i munhålan. Exempel på samband som kan behöva utredas är endokardit, sepsis och sinuit. Frågeställningen kan ofta vara svår att besvara och kan kräva samarbete mellan flera odontologiska specialiteter.

Utredningen föreslår att tandvårdsinsatser ska ges med avgift som inom öppen hälso- och sjukvård vid odontologisk utredning som en del av en medicinsk utredning vid misstanke om ett samband mellan patientens allmänsjukdom och oral infektion. Följande behandlingar föreslås ingå

– odontologisk utredning som en del av en medicinsk utredning,
– vid oral infektion som kan ha en livshotande påverkan ingår även påföljande tandvårdsbehandling av infektionen,
– vid behov temporär protes efter genomförd extraktion.

Temporär protes efter en infektionssanering som medfört tandextraktioner

Ovan har beskrivits att vissa sjukdomar och behandlingar av akut karaktär kräver infektionsfrihet för att behandlingen ska bli framgångsrik. Det kan dels gälla sjukdomar och behandlingar som innebär att immunförsvaret blir försvagat, antingen tillfälligt som vid cytostatikabehandling eller hjärtkirurgi, eller livslångt som vid organtransplantation. Dels kan det även gälla behandlingar som försvagar käkbenet för lång tid framåt, kanske livslångt, vilket gör att tänder med tveksam prognos behöver tas bort innan behandlingen startar, exempelvis vid strålbehandling eller intravenös behandling med antiresorptiva läkemedel. Kravet på infektionsfrihet innebär en utökad indikation för tandextraktioner och detta kan innebära att patienten i den akuta behandlingsfasen av sjukdomen förlorar ett antal tänder.

Nuvarande regelverk

I dagens regionala tandvårdsstöd ingår inte rehabilitering av bettet efter tandextraktionerna, vare sig med avtagbar eller fast protetik. Frågor har rests från patientorganisationer om det rimliga i detta förhållningssättet eftersom man i sjukvården får ersättning för förlorade kroppsdelar inom den anslagsfinansierade vården. Skälet till att fast protetisk behandling inte ingår är att det inte är den allmänmedicinska sjukdomen som är orsaken till att tänderna behöver extraheras.

Trots att inte protetiska ersättningar ingår i de delar av dagens regionala tandvårdsstöd som hanterar tandvård i samband med infektionssanering har de flesta regionerna ändå valt att låta temporära proteser ingå i stödet. En temporär protes kan vara värdefull av estetiska skäl men ger oftast en begränsad funktion. Det förekommer olika begränsningar för att patienterna ska få en temporär protes, till exempel att framtänder ska ha extraherats eller att tänder i position 5–5 får ersättas.

Diskussion kring utredningens överväganden

När tänder behöver extraheras på grund av infektion i tanden eller käkbenet beror detta på att tänderna inte fått den egenvård och tandvårdsbehandling som de varit i behov av. Att en behandling inom hälso- och sjukvården samtidigt skulle medföra att den permanenta rehabiliteringen därigenom betalas av allmänna medel är svårt att motivera. Tänderna som extraheras är inte friska utan hade redan innan den allmänmedicinska sjukdomen drabbade patienten ett behandlingsbehov som skulle krävt behandling förr eller senare, kanske i form av extraktion. Eftersom vuxna i Sverige betalar sin tandvård själva med visst stöd av den statliga tandvårdsförsäkringen är det rimligt att detta gäller även i detta fallet. Detta till skillnad från de fall då det i stället är en medicinsk sjukdom som är orsaken till att en i övrigt frisk tand måste tas bort och då utredningen föreslår att ersättning för förlorad tand ingår inom det selektiva statliga tandvårdsstödet.

Tandförlusterna uppstår i en akut och intensiv sjukdomsbehandling som ofta pågår under flera månader vilket gör att patienten sällan har möjlighet att under denna tid genomgå en behandling för att få en permanent bettrehabilitering. Utredningen finner att det är

rimligt att patienten får en tillfällig protetisk konstruktion som ersätter tandförlusterna tills personen hinner utföra permanent tandvård och föreslår därför att en temporär protes ingår i behandlingen om patienten önskar en sådan.

Utredningen föreslår att patienter som fått tänder extraherade vid behandlingar som omfattas av regionalt tandvårdsstöd, antingen vid en infektionssanering eller en tandvårdsbehandling vid misstanke om ett odontologiskt samband med patientens allmänsjukdom, vid behov får en temporär protes som ersättning för förlorade tänder.

Understödjande slemhinnevård under intensiv sjukvårdsbehandling av allvarlig sjukdom eller livshotande tillstånd

Diskussion kring utredningens överväganden

Vid vissa behandlingar av allvarliga sjukdomar kan även kroppens friska vävnader ta skada eftersom det är nödvändigt att behandla intensivt med höga doser med läkemedel eller strålning för att få effekt på den underliggande sjukdomen. Detta kan gälla vid behandling av maligna sjukdomar då cytostatikabehandling, stamcellstransplantation eller strålbehandling genomförs. Det kan även gälla under långvarig intensivvård. Ofta innebär behandlingen att individens immunsystem kraftigt påverkas. Inflammation i munslemhinnan, mucosit, kan ge allvarliga infektioner och stark smärta som äventyrar nutritionen. För att förhindra eller reducera mucositen i munnens slemhinnor behöver patienten en optimerad munhygien i kombination med regelbundna stödbehandlingar. Åtgärderna kan innebära sjukdomsbehandling av slemhinnan och att informera om egenvårdsråd för att lindra symtom samt att runda av vassa tänder eller liknande.

Utredningen föreslår att under intensiv sjukdomsbehandling av allvarlig allmänsjukdom eller livshotande tillstånd exempelvis cytostatikabehandling, stamcellstransplantation, strålbehandling eller intensivvård kan patienten få förebyggande och sjukdomsbehandlande åtgärder för understödjande slemhinnevård för att minska risken för komplikationer i munhålan till följd av den medicinska behandlingen inom det regionala tandvårdsstödet. Patienten bör vara remitterad av läkare för tandvårdsinsats som del av sjukvårdens behandling. Ersättningen kan omfatta utredning och vård av slemhinnor.

Akut tandvård i slutskedet av palliativ slutenvård

Diskussion kring utredningens överväganden

Palliativ vård kan ges under en lång period men når så småningom en brytpunkt då inriktningen enbart är att lindra. Den palliativa behandlingen övergår i en sen fas som ofta kallas vård i livets slutskede med målet att lindra och främja livskvalitet. Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska palliativ vård ges till alla i livets slutskede med högsta prioritet. I dagens regionala särskilda tandvårdsstöd finns ingen reglering av tandvård i ett palliativt skede av livet och i regionerna finns inget enhetligt sätt att möta den palliativa patienten. Patienter i livets slutskede är en svag grupp och det behövs ett tydligt regelverk som säkrar att deras behov av munvård tas omhand. Sjukvården omhändertar omvårdnaden av patienten och vid behov tillkallas tandvården för att avhjälpa akuta tillstånd i livets slutskede. Utredningen har därför uppfattningen att tandvård i slutskedet av palliativ vård behöver regleras för att bli mer jämlik och ser därmed ett behov av att förtydliga en praxis som finns i flera regioner när det gäller palliativ vård.

Övriga patienter i slutenvård bör få hjälp med akuta tandvårdsbehov men får betala behandlingen själva inom det statliga tandvårdsstödet.

En person som befinner sig i slutskedet av palliativ vård föreslås tillhöra det regionala tandvårdsstödet för tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling om patientens förmåga att klara munhälsa och genomgå tandvårdsbehandling sviktar. Tandvårdsbehandlingen bör ingå för att lindra akut smärta, infektioner eller annat obehag och bör ges till patienter inom slutenvård inklusive hospice och hemsjukvård vid behov.

Behandling med sömnapnéskena på medicinsk indikation

Obstruktiv sömnapné (OSA) definieras med antalet andningsuppehåll per timma under sömnen (AHI). Gränsvärden kan variera men Socialstyrelsen definierar tillståndet som fem uppehåll eller flera per timme. Symtom på OSA är trötthet dagtid, icke utvilande sömn, nattliga uppvaknanden med lufthunger, snarkningar eller andningsuppehåll. OSA graderas som lindrig (AHI 5–14), måttlig (AHI 15–30) och grav (AHI>30).

Nuvarande regelverk

I dagens regionala tandvårdsstöd kan en patient som utreds och behandlas inom sjukvården för allvarlig sömnapné få en sömnapnéskena utförd inom stödet för tandvård som ett led i sjukvårdsbehandling. I 3 § tandvårdsförordningen anges att det är individer med allvarlig sömnapné som omfattas. Vid grav sömnapné används vanligen CPAP (Continous Positive Airways Pressure) vilket innebär kontinuerlig övertrycksbehandling. Under år 2019 behandlades även 12 400 patienter med sömnapnéskena inom regionernas tandvårdsstöd.

Dagens hantering innebär att patienten remitteras från sjukvården till tandvården för att behandla patientens medicinska tillstånd obstruktiv sömnapné med en sömnapnéskena. Vid endast lättare sömnapné, social snarkning, får patienten själv bekosta skenan. Om remissen godkänns utförs skenan av tandläkare och tandtekniker och den bekostas med regionalt tandvårdsstöd till hälso- och sjukvårdsavgift som ett led i en sjukdomsbehandling. En CPAP bekostas i stället oftast med landstingsmedel för sjukvård men kan även delvis bekostas av patienten.

Diskussion kring utredningens överväganden

I regionernas anvisningar beskrivs i dag mer detaljerat vilka krav som ställs för att behandlingen ska godkännas. Exempelvis finns kravet att patienten ska vara utredd på sömnlaboratorium med ett resultat som visar tydligt definierat sömnapnésyndrom och behandlas av specialistläkare. Det kan finnas krav på att remissen ska beskriva symtom som dagtrötthet, hjärt-kärlsjukdom eller metabol sjukdom. Även gränsvärden för antal andningsuppehåll för att en apnéskena ska göras kan variera mellan regionerna. I tandvårdsförordningen anges inga särskilda utbildningskrav för den tandläkare som utför sömnapnéskenan men enskilda regioner har ändå sådana krav i sina anvisningar. Ett exempel är ”Grundkurs i odontologiskt omhändertagande vid obstruktiv sömnapné och snarkningsproblematik” i SFSS regi, Svensk Förening för Sömnforskning och Sömnmedicin.

I Socialstyrelsens rapport från 2018 framför tandläkare uppfattningen att det är sjukvården och inte bedömningstandläkare som ska ta ställning till om apnéskenan ska utföras eller inte. Utredningen

delar denna uppfattning. Eftersom det är sjukvården som gör den medicinska bedömningen kring behandlingsval anser utredningen att det är en logisk följd att sjukvården även bör ha den ekonomiska kostnaden för båda behandlingsalternativen. Sömnapnéskenan är den största gruppen inom dagens tandvård som led i sjukdomsbehandling både till patientnumerär och totala kostnaden.

Utredningen föreslår att sömnapnéskena ska kunna utföras som en tandvårdsinsats när en patient remitteras från sjukvården för att tillverka en antiapnéskena som kan förhindra andningsuppehåll under sömnen. Regionen beslutar vilka regler som ska gälla och vilka patienter som ska få ta del av behandlingen. Besluten bör grundas på nationella gemensamma behandlingsriktlinjer exempelvis från svenska sömnapnéregistret SESAR. Behandlingen som ges till patienten är ett medicinskt beslut.

Mertid för tandvårdens medverkan i sjukvårdens behandling av tandvårdsfobi

Diskussion kring utredningens överväganden

Den psykologiska behandlingen, KBT-terapin, av tandvårdsrädsla utförs av psykolog, psykoterapeut eller psykiater med fokus på exponering i tandvårdsmiljö. Den åtföljs av konfirmerande tandbehandling hos tandvården med syfte att prova de färdigheter som patienten lärt sig under KBT-terapin.

Tandvårdens medverkan i exponeringsbehandling vid fobiträning är tidskrävande vilket innebär att tandvården inte får kostnadstäckning för sin del av behandlingen enbart genom patientens avgifter.

Utredningen föreslår därför att tandvården får ersättning för den mertid som krävs för fobiträningen förslagsvis beräknad som en schablon utifrån en fast tidsåtgång som kan fördelas vid flera besök anpassad till den enskilda patientens behov.

För fullständig beskrivning av behandling av tandvårdsfobi se avsnittet Fobiträning vid tandvårdsrädsla under rubriken Medicinsk sjukvårdsinsats för att genomgå tandvård.

Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser

Begreppet tandvård som kräver sjukhusresurser förtydligades av Socialstyrelsen år 1998 som åtgärder där delmoment som undersökning, diagnostik, terapiplanering, genomförande av behandlingen samt uppföljningen kräver ett samarbete mellan oral-kirurgiska specialister och medicinska specialiteter. Det förutsattes att den oralkirurgiska verksamheten skulle ske i direkt anslutning till en sjukvårdsenhet i det allmännas regi. Socialstyrelsen angav att ingen särskild prövning av behandlingsförslagen i de sex föreslagna grupperna skulle göras utan varje oralkirurgisk klinik ansågs själva kunna fatta beslut.

Nuvarande regelverk

I nuvarande 2 § i tandvårdsförordningen beskrivs vilka oralkirurgiska åtgärder som kan utföras med avgifter som inom hälso- och sjukvården:

- Behandling av käkfrakturer
- Käkledskirurgi
- Rekonstruktiv och ortognat kirurgi
- Utredningar och behandlingar av oralmedicinska åtgärder
- Utredningar och behandlingar av smärttillstånd
- Övriga oralkirurgiska åtgärder som kräver sjukhusets tekniska och medicinska resurser.

En fullständig bild av vilka behandlingar som i dag utförs inom 2 § är inte möjlig att ta fram eftersom kunskap om vilken vård som utförs inte finns inom regionerna. I och med att den käkkirurgiska vården på sjukhusen bedrivs med anslagsfinansiering i stället för ersättning för utförd behandlingsåtgärd som inom övriga tandvårdsstöd saknas incitament för att rapportera vården och någon återkommande uppföljning görs inte, varken nationellt eller regionalt. Inte heller görs förhandsbedömningar av den behandling som patienten föreslås få utan varje käkkirurgisk enhet får själva avgöra vilken vård som ska utföras. Socialstyrelsens utredning från år 2018 visar stor

variation av hur 2 § tillämpas när det gäller vilken vård som erbjuds patienterna och vilket ersättningssystem som tillämpas. I de fall en region använt tillämpningen att enbart käkkirurgiska enheter kan utföra vård inom alla delar inom 2 § finns risk att patienter remitteras till sjukhuset, av skälet att ge patienten tandvård till lägre avgift, trots att likvärdig, eller kanske bättre, kompetens finns, för exempelvis smärtutredning eller oralmedicinsk utredning, på enheter utanför sjukhusen.

Diskussion kring utredningens överväganden om förändringar av patientgrupper i nuvarande 2 § tandvårdsförordningen

Utredningen har inte funnit några större skäl att göra avsteg ifrån de ställningstaganden som gjordes av Socialstyrelsen 1998: Det är ett behov av samverkan mellan hälso- och sjukvårdens medicinska specialiteter och käkkirurgiska specialister som ligger bakom kravet på sjukhusresurser för att utföra behandlingen i det enskilda fallet. Det väsentliga är att beslutet för att utföra behandlingen inom sjukhuset gjorts utifrån patientsäkerhetsskäl. Utredningen menar att det inte är möjligt att inkludera de komplicerade käkkirurgiska behandlingar som utförs med stöd av både medicinska och tekniska resurser på sjukhusen i det statliga stödet. Utredningen har diskuterat om begreppet ’sjukhusets resurser’ skulle kunna ersättas med ’sjukvårdens resurser’ men kommit fram till att begreppet ’sjukhusets resurser’ bör behållas. Den käkkirurgiska vård som bör kvarstå i regionernas tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården är den som kräver de resurser som just sjukhuset har. Detta innebär inte bara att samverkan med medicinska specialister kan ske, utan även att resurser för avancerad sedering, till exempel narkos, och postoperativ övervakning finns samt ytterst även en möjlighet att vid behov överföra patienter till sluten vård.

Diskussion kring utredningens överväganden om utredning och behandling av smärttillstånd och oralmedicinska tillstånd, som i dag omfattas av oralkirurgins ansvar enligt 2 § tandvårdsförordningen

Under de senaste decennierna har den medicinska och tekniska utvecklingen förändrat vårdutbudet på sjukhusen. Vissa behandlingar kräver inte längre sjukhusets resurser medan nya avancerade behandlingsmetoder tillkommit. Förändringar när det gäller tandvårdens specialistområden har också förändrats. Under 1990-talet blev bettfysiologi ett eget specialistområde och ämnet har sedan dess etablerats och behandlar i dag en stor del av patienterna med smärttillstånd. I Socialstyrelsens rapport från år 2018 beskrivs att käkkirurgiska kliniker hanterar smärtpatienter med stor variation, både vem som organisatoriskt tar hand om patienterna och vilket ekonomiskt regelverk som används. Utredningen menar att det är svårt att hävda att behandlingen av smärtpatienter måste vara kvar på sjukhuset av patientsäkerhetsskäl även om samarbete med sjukvården behövs i vissa fall. Liknande förhållanden gäller för utredning och behandling av munslemhinneförändringar som traditionellt har utförts av käkkirurger. År 2018 beslutades om ett nytt specialistområde i orofacial medicin vilket gör att kompetensen inom detta området nu finns både på käkkirurgiska kliniker, särskilda kliniker inom sjukhusen och vid specialistmottagningar i öppenvården. Det framgår av Socialstyrelsens rapport år 2018 att det inte finns en enhetlig hantering av hur dessa patienter får betala för vården. Genom att låta utredningar och behandlingar av oralmedicinska problem tillhöra det statliga selektiva stödet för viss behandling under viss tid kan vården komma närmare patienten och samma betalmodell kan användas oavsett var patienten får sin vård vilket förbättrar jämlikheten.

Sedan år 1998 har även synen på konkurrensförhållanden i vården ändrats. I det statliga tandvårdsstödet, både det selektiva och det generella, föreslås fritt val av vårdgivare för patienten. Av praktiska skäl finns svårigheter att ha fritt val för käkkirurgiska behandlingar som kräver sjukhusets resurser. Utredningen ser att det är av vikt att behandlingar som enbart behöver samverkan med hälso- och sjukvården inte inkluderas i de grupper som kräver sjukhusansluten vård och som därigenom undanhålls det fria valet.

Diskussion kring utredningens överväganden om rekonstruktiv och ortognat kirurgi

För rekonstruktiv kirurgi i käkarna går det att hitta argument för och emot statligt respektive regionalt huvudmannaskap. En behandling av en käkdefekt innefattar både rekonstruktiv kirurgi och en rehabiliteringsdel som ska återställa patientens tuggförmåga vilket som regel innebär att en specialisttandläkare i protetik ansvarar för den delen av behandlingen. Den rehabiliterande behandlingen av en defekt i käken omfattas av det selektiva statliga tandvårdsstödet för viss behandling under viss tid där terapiplanering, beslut och genomförandet av behandlingen sker inom tandvården. För den rekonstruktiva kirurgin sker dock planering av den kirurgiska behandlingen ofta multiprofessionellt mellan sjukvård och tandvård. Den rekonstruktiva kirurgin kan även vara kombinerad med kurativ kirurgi, exempelvis vid avlägsnande av en malign tumör. Utredningen föreslår av det skälet att den rekonstruktiva kirurgin kvarstår inom regionernas tandvårdsstöd för käkkirurgisk behandling som kräver sjukhusets resurser. Det innebär att förhandsprövning hos Försäkringskassan för den rehabiliterande behandlingen inom det statliga selektiva stödet för viss behandling under viss tid får ske utifrån de förutsättningar som har åstadkommits genom den rekonstruktiva kirurgin. Utredningen ser det dock inte möjligt att den rekonstruktiva kirurgin skulle kunna förhandsprövas av Försäkringskassan inom det selektiva statliga stödet eftersom den rekonstruktiva kirurgin sker till stor del utifrån medicinska beslut.

Liknande diskussion har förts angående den ortognata kirurgin men där sker planeringen av patientens hela behandling vanligtvis mellan specialisttandläkare inom käkkirurgi, ortodonti och protetik. Av det skälet finns fördelar med att en sammanhållen bedömning sker inom ett och samma ersättningssystem av vilka tillstånd som ska omfattas och vilken behandling som ska ersättas vid en käkanomali vilket gjort att den ortognata kirurgin föreslås tillhöra selektivt statligt stöd för viss behandling viss tid. Både rekonstruktiv kirurgi och ortognat kirurgi kommer troligen i de flesta fall att utföras av käkkirurger på sjukhus men behandlingarna ersätts inom olika ersättningssystem.

Utredningens förslag om hur 2 § tandvårdsförordningen ska hanteras

Utredningen föreslår att de nuvarande grupperna 2, 4 och 5 i 2 § i tandvårdsförordningen flyttas till det statliga selektiva stödet för viss behandling under viss tid. Behandlingar av käkfrakturer, rekonstruktiv kirurgi och övrig käkkirurgi som av patientsäkerhetsskäl kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser föreslås kvarstå i regionens regi i ett nytt regionalt tandvårdsstöd. För dessa grupper beslutar den käkkirurgiska kliniken vid sjukhuset själva om vilken akut eller planerad behandling som ska utföras på patienten. Ofta sker beslut och behandling i samarbete med andra medicinska specialiteter som exempelvis öron-näsa-hals, onkologi och plastikkirurgi.

Förutom de behandlingar som en käkkirurgisk klinik utför inom regionens tandvårdsstöd i samverkan med sjukvården kan behandlingar inom det statliga selektiva och generella tandvårdsstödet utföras enligt samma regelverk som gäller för andra vårdgivare. Till exempel kan utredningar och behandlingar av smärttillstånd eller oralmedicinska tillstånd utföras precis som i dag med den skillnaden att den ekonomiska ersättningen inte kommer från regionens anslag utan utgörs av statlig ersättning.

Utredningen föreslår att del av den tandvård som tidigare har omfattats av oralkirurgiska åtgärder enligt 2 § tandvårdsförordningen ska kvarstå i regionens regi. Det gäller den käkkirurgiska behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser. Käkkirurgisk behandling som kräver sjukhusets medicinska och tekniska resurser och som omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård är:

– behandling av käkfraktur,
– behandling med rekonstruktiv kirurgi,
– annan käkkirurgisk behandling.

Behandling av käkfraktur

Med käkfraktur avses sådan fraktur som omfattar alveolarutskottet och/eller ansiktsskelettet. Enbart tandfrakturer omfattas inte utan omhändertas inom statligt tandvårdsstöd. I behandlingen ingår all undersökning och övrig behandling för att åtgärda det aktuella till-

ståndet. Det innefattar även narkos och annan avancerad sedering, medicinsk övervakning och beredskap samt möjlighet att vid behov överföra patienter till sluten vård.

Behandling med rekonstruktiv kirurgi

Denna grupp omfattar patienter i behov av kirurgi för att återställa defekter i ansiktets olika mjukdelar eller ansiktsskelett. I behandlingen ingår all undersökning och övrig behandling för att åtgärda det aktuella tillståndet. Det innefattar även narkos och annan avancerad sedering, medicinsk övervakning och beredskap samt möjlighet att vid behov överföra patienter till sluten vård. Den rehabiliterande behandlingen därefter ersätts i det selektiva stödet för viss behandling under viss tid.

Annan käkkirurgisk behandling

Denna grupp omfattar endast sådan käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska eller tekniska resurser och som därför inte omfattas av annat tandvårdsstöd. Sådana behandlingar kan vara tillstånd som i de flesta fall hanteras inom det selektiva stödet viss behandling under viss tid men i enskilda fall utgörs av så omfattande defekter att patientsäkerhetsskäl gör att behandlingen ska göras på ett sjukhus, till exempel omfattande bennekroser eller tumörliknande förändringar.

Med kravet att det av patientsäkerhetsskäl krävs sjukhusets medicinska och tekniska resurser menas att det på grund av patientens odontologiska tillstånd i det individuella fallet kan finnas behov av

- käkkirurgisk specialistkompetens,
- samverkan mellan hälso- och sjukvårdens medicinska specialiteter och käkkirurgisk specialitet,
- narkos eller avancerad sedering,
- medicinsk övervakning och medicinsk beredskap,
- möjlighet till inläggning i slutenvård.

Det är således ingreppets omfattning eller svårighetsgrad som kräver sjukhusets resurser, exempelvis narkos, inte patientens medicinska status. Utredningens bedömning är att de patienter som kommer att finnas i denna grupp blir få. Kirurgi som tillhör det statliga stödet och som i det enskilda fallet av medicinska skäl kräver narkos eller medicinsk beredskap hänförs i stället till medicinsk sjukvårdsinsats enligt ovan.

Regler för tillämpning

Regler för tillämpning föreslås i en ny förordning om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården.

Medicinsk sjukvårdsinsats för att genomgå tandvård

För medicinska sjukvårdsinsatser föreslås ingen särskild prövning utöver det medicinska beslutet. Den tandvårdsbehandling som utförs omfattas av det statliga tandvårdsstödet och följer det regelverk som tillämpas där, generellt eller selektivt.

Tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling

Vid tandvårdsinsats som en del av sjukvårdens behandling kommer patienten att remitteras till tandvården för den aktuella tandvårdsbehandlingen. Innan vårdgivaren startar en tandvårdsbehandling som är en del av sjukvårdens behandling föreslås att vårdplanen prövas av den region där patienten är bosatt. I vissa fall kan behandlingen behöva inledas utan att invänta godkänd förhandsbedömning om det finns odontologiska eller medicinska skäl till detta. Behandlingen bör då i efterhand anmälas till regionen så snart som möjligt. En region kan besluta att en prövning inte krävs för vissa typer av behandlingar.

Vårdgivaren föreslås ha skyldighet att vid regionens kontroller lämna upplysningar om både utförd vård och debiterade åtgärder samt visa patientjournal om så efterfrågas.

Käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska och tekniska resurser

För tandvårdsinsats genom käkkirurgisk behandling som kräver sjukhusets resurser förutsätts regionerna, precis som i dag, tillse att patienterna omhändertas och att rutiner skapas regionalt. Ingen särskild prövning föreslås i förordningen avseende utförandet utan varje region får själva genom anvisningar reglera om hur behandlingarna ska hanteras. Inget hindrar dock att regionen kan ställa krav på förhandsbedömning och utse en funktion som kan pröva behandlingarna innan de utförs. Efter behandling utförts ska uppgifter om vården rapporteras till Socialstyrelsens tandhälsoregister.

Ekonomisk ersättning och val av vårdgivare

Utredningen föreslår att regionens fullmäktige beslutar om vilken ersättning för tandvård som ska ges inom regionens tandvårdsstöd. Genom att politiskt besluta en prislista regleras den ersättning som erbjuds vårdgivaren i likhet med tidigare. Det kan dock vara möjligt att sluta en överenskommelse om annan ersättning med regionen. Behandlingarna omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd.

I dag finns inte möjligheten för patienten att fritt välja vårdgivare för käkkirurgisk behandling som kräver sjukhusets resurser. I praktiken är det svårt att konkurrensutsätta denna verksamheten på grund av dess akuta karaktär och att patienten är bunden till ett visst sjukhus för den medicinska delen av behandlingen. Utredningens uppfattning är att delar av regionernas tandvårdsstöd är möjliga att konkurrensutsättas, exempelvis sömnapnéskenor, men väljer att överlämna till regionerna att konkurrensutsätta de delar som är möjliga. Genom förslaget att flytta utredning och behandling av smärttillstånd och oralmedicinska tillstånd från regionernas tandvårdsstöd till det statliga selektiva stödet görs dessa områden tillgängliga för fritt vårdgivarval.

Underlag för beräkning av differentierade subventioner

I kapitel 11 redovisar utredningen sin bedömning att ett alternativ för ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd skulle kunna vara en modell med differentierade subventioner. Det redovisas som alternativ 4 och innebär att när en patient behöver behandlas för vissa tillstånd som avser sjukdomar, andra skador och tandlöshet med sjukdomsbehandlande, reparativa, och vissa rehabiliterande åtgärder betalar patienten endast en patientavgift på 200 kronor per besök. För att kunna kostnadsberäkna en sådan modell har utredningen gjort en förteckning över vilka tillstånd samt vilka åtgärder som skulle kunna omfattas. Förteckningen grundar sig på tillstånd och åtgärder enligt HSLF-FS 2020:28. Denna förteckning ska ses som ett exempel för att illustrera ett möjligt tillvägagångssätt. Beräkningen har dock skett utifrån de referenspriser som gällde år 2020 enligt HSLF-FS 2019:9 för jämförelse med övriga förslag.

I förteckningen för att beräkna kostnaderna för differentierad subvention finns de 3000-, 4000- och 5000-tillstånd samt de åtgärder för respektive tillstånd som utredningen bedömer att det vore motiverat att subventionera.

I 3000-serien har de fyra första tillstånden enligt föreskriften HSLF-FS 2020:28 exkluderats, främst av det skälet att de i normalfallet kommer att täckas av tandhälsoplan om personen har hög risk. För övriga tillstånd har åtgärder för information och kortare beteendemedicinsk behandling tagits bort av samma skäl.

I 4000-serien finns alla tillstånd enligt HSLF-FS 2020:28 med. Även här är åtgärder för information och kortare beteendemedicinsk behandling borttagna.

I 5000-serien finns endast ett fåtal tillstånd med, men dessa bedöms betydelsefulla för personer med stora behov. Det gäller helt tandlösa käkar samt partiell tandlöshet som ska åtgärdas med avtag-

bar protes samt tillstånd för när en protetisk konstruktion gått sönder. För dessa tillstånd finns endast åtgärder för avtagbar protes samt åtgärder för enkla reparationer med i förteckningen.

Tabell 1 Behandlingar av sjukdoms- och smärttillstånd

Tillstånd och tillhörande behandlingsåtgärder

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättningsberättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
3043	Parodontit	162, 301, 302, 303, 313, 341, 342, 343, 362, 401, 402, 403, 404, 407, 409, 446, 447, 451, 452, 480
3044	Periimplantit	162, 301, 302, 303, 313, 341, 342, 343, 362, 429, 435, 436, 453, 454, 480, 892, 893, 894, 895, 896
3045	Perikoronit	301, 302, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480
3046	Andra sjukdomar eller tillstånd i vävnaderna kring tänder eller implantat	162, 163, 164, 301, 302, 303, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 429, 435, 436, 446, 448, 451, 480, 893, 894, 895, 896
3051	Sjukdomar i tandpulpan eller de periradikulära vävnaderna	163, 164, 301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 541, 542
3061	Luxation av tand vid trauma	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480
3062	Gingival påbitning	301, 302, 362, 601, 602, 604
3063	Rotfraktur, tvär	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523
3064	Rotfraktur, längs	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480
3065	Kronrotfraktur	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523
3071	Afte inklusive traumatiskt sår	301, 302, 401, 402, 403, 404, 405, 480, 831
3072	Protesstomatit	301, 302, 303, 831, 833
3073	Protesskavsår	831
3111	Andra sjukdomar eller tillstånd i spottkörtlar, munslemhinna, läppar, tunga eller angränsande vävnader	162, 163, 164, 301, 302, 303, 362, 404, 405, 407, 480
3121	Retinerad tand	301, 302, 303, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480
3122	Övertalig tand	362, 404, 405, 406, 409, 480

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättningsberättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
3151	Elongerad tand	301, 302, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480
3152	Traumatiserande ocklusion	301, 362
3161	Käkfunktionsstörning	301, 302, 303, 304, 313, 362, 601, 602, 603, 604, 606
3162	Instabil ocklusion i samband med långvarig käkledssmärta eller vid symtomatisk käkleds-artros	607, 846, 848

Källa: TLV.

Tabell 2 Reparativ vård

Tillstånd och tillhörande behandlingsåtgärder

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättningsberättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
4001	Kavitet i tand på grund av primärkaries	161, 162, 301, 302, 303, 304, 313, 321, 322, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706
4002	Omfattande kavitet i tand på grund av primärkaries	161, 162, 301, 302, 303, 304, 313, 321, 322, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803
4011	Kavitet i tand på grund av sekundärkaries	161, 162, 301, 302, 303, 304, 313, 321, 322, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706
4012	Omfattande kavitet i tand på grund av sekundärkaries	161, 162, 301, 302, 303, 304, 313, 321, 322, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803
4071	Tandslitage på grund av erosion, abrasion eller attrition	205, 206, 301, 302, 303, 304, 313, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707
4072	Omfattande tandslitage in i dentinet på grund av abrasion eller attrition	205, 206, 301, 302, 303, 304, 313, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 701, 702, 703, 704, 705 ,706, 707, 708, 800, 801, 802, 803

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättningsberättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
4073	Omfattande tandslitage in i dentinet på grund av erosion	204, 205, 206, 301, 302, 303, 304, 313, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803
4074	Kavitet i tand på grund av extern resorption	362, 401, 402, 403, 404, 405, 407, 409, 480, 701, 702, 703, 704, 705, 706
4075	Infraocklusion	362, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708
4076	Omfattande infraocklusion	362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480,701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803
4077	Mineraliseringsstörning med defekt av ringa omfattning	362, 701, 702, 703, 707, 708
4078	Extremt missfärgad tand	362, 800, 801, 802, 803
4079	Symtomgivande sprickbildning i tand	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708
4080	Fraktur eller förlust av tand-substans	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708
4081	Omfattande fraktur eller omfattande förlust av tand-substans	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803
4471	Bristande kontaktpunkt mellan två tänder	341, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 704, 705, 706, 707, 708
4771	Fraktur eller förlust av fyllnings-material utan samtidig karies	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708
4772	Omfattande fraktur eller omfattande förlust av fyllnings-material utan samtidig karies	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 501, 502, 503, 504, 520, 521, 522, 523, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708,

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättningsberättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
4882	Lossnad, frakturerad eller skadad tandstödd protetisk konstruktion	301, 302, 303, 304, 362, 401, 402, 403, 404, 405, 409, 480, 523, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 800, 801, 802, 803, 805, 806, 808, 811, 812, 815
4883	Tand med omfattande skada för vilken utvärdering av kariologisk, parodontal, bettfysiologisk eller endodontisk behandling behöver göras före permanent protetisk terapi	362, 802, 803, 809
4884	Tand med omfattande skada för vilken ingen permanent protetisk terapi planeras	362, 802, 803, 807, 809

Källa: TLV.

Tabell 3 Rehabiliterande och habiliterande vård

Tillstånd och tillhörande behandlingsåtgärder

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättnings-berättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
5001	Helt tandlös underkäke	827, 829
5002	Helt tandlös överkäke	828, 829
5005	Partiell tandlöshet, oavsett antal tänder, som åtgärdas med avtagbar protes	822, 823, 824, 827, 828, 829
5443	Hel protes som är trasig, illapassande eller som ändras till täckprotes	831, 832, 833, 834, 835, 836, 839
5444	Delprotes som är trasig, illapassande eller som måste byggas till	831, 832, 833, 834, 835, 836, 837
5445	Tandstödd brokonstruktion med fraktur, skada eller som lossnat	301, 302, 303, 304, 362, 701, 702, 703, 704, 705, 811, 812, 813, 814, 815

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättnings-berättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
5447	Implantatstödd konstruktion i helt tandlös käke med – fraktur, annan skada eller slitage, – skadade komponenter, – bristfällig passform, – implantatförlust när implantatstödd konstruktion ska byggas om, byggas ut eller ändras till täckprotes. Implantatstödd konstruktion i del av helt tandlös käke när – konstruktionen ska byggas ut till helkäksimplantat eller ändras till täckprotes, eller – nytt delimplantat placeras bredvid den befintliga implantatstödda konstruktionen. Helt tandlös käke som har implantat installerade men med avsaknad av permanent överkonstruktion.	881, 893, 894, 895, 896
5448	Implantatstödd konstruktion i friändstandlöshet eller i två-, tre-, fyra- eller flertandslucka med – fraktur, annan skada eller slitage, – skadade komponenter, – bristfällig passform som orsakar periimplantit, – implantatförlust eller tandförlust när befintlig implantatstödd konstruktion ska byggas om eller byggas ut, eller – infraposition 2 mm eller mer i överkäken inom tandposition 3–3. Installerat implantat i friändstandlöshet eller i två-, tre-, fyra- eller flertandslucka med avsaknad av permanent överkonstruktion när – implantat inte har installerats under pågående ersättningsperiod, eller – implantat har installerats med utbytesåtgärd.	881, 883, 884, 885, 886

Tillstånds-kod	Tillstånd	Tillhörande ersättnings-berättigande åtgärder som bör subventioneras särskilt
5449	Implantatstödd krona i entandslucka med – fraktur, annan skada eller slitage, – skadade komponenter, – bristfällig passform som orsakar periimplantit, eller – infraposition 2 mm eller mer i överkäken inom tandposition 3–3. Installerat implantat med avsaknad av permanent implantatstödd krona i entandslucka enligt villkoren för tillstånd 5032 när – implantatet inte har installerats under pågående ersättningsperiod, eller – implantatet har installerats med utbytesåtgärd.	881, 883, 884, 885, 886

Källa: TLV.

Statens offentliga utredningar 2021

Kronologisk förteckning

1. Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. I.
2. Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. Ju.
3. Skolbibliotek för bildning och utbildning. U.
4. Informationsöverföring inom vård och omsorg. S.
5. Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. Ju.
6. God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. S.
7. Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. Ju.
8. När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). S.

Statens offentliga utredningar 2021

Systematisk förteckning

Infrastrukturdepartementet

Säker och kostnadseffektiv it-drift – rättsliga förutsättningar för utkontraktering. [1]

Justitiedepartementet

Krav på kunskaper i svenska och samhällskunskap för svenskt medborgarskap. [2]

Ett förbättrat system för arbetskraftsinvandring. [5]

Förstärkt skydd för väljarna vid röstmottagningen. [7]

Socialdepartementet

Informationsöverföring inom vård och omsorg. [4]

God och nära vård. Rätt stöd till psykisk hälsa. [6]

När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa. Vol. 1 & Vol. 2, bilagor + Sammanfattning (häfte). [8]

Utbildningsdepartementet

Skolbibliotek för bildning och utbildning. [3]

103 33 Stockholm Växel 08-405 10 00 www.regeringen.se

ISBN 978-91-525-0026-2 ISSN 0375-250X

Omslag: Elanders Sverige AB