

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 välbefinnande, 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.

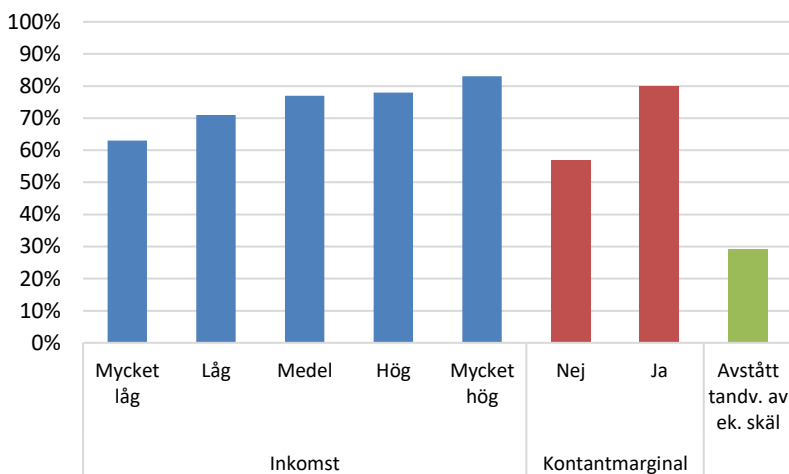
Det finns en trend mot att äldre har allt fler egna tänder kvar högre upp i åldrarna. Detta är något som förändrar vård- och behandlingsbehovet.

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 kariesförekomst.

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 tandvårdsstödet 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. Folk-tandvårdens 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.

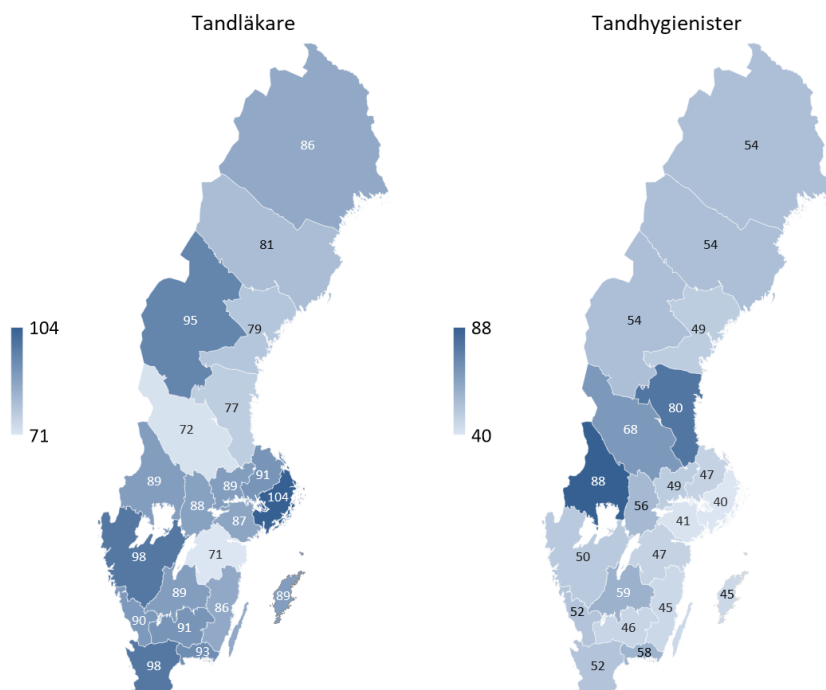
Tandläkarkåren blir allt äldre – och samtidigt allt yngre. Unga mindre erfarna tandläkare producerar i snitt 10–25 procent mindre tandvård än äldre mer erfarna, vilket betyder att för varje tandläkare som går i pension behövs mer än en nyexaminerad tandläkare för att bibehålla tandvårdens kapacitet.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

Figur 2 Behandlarkoncentration per region, år 2019

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



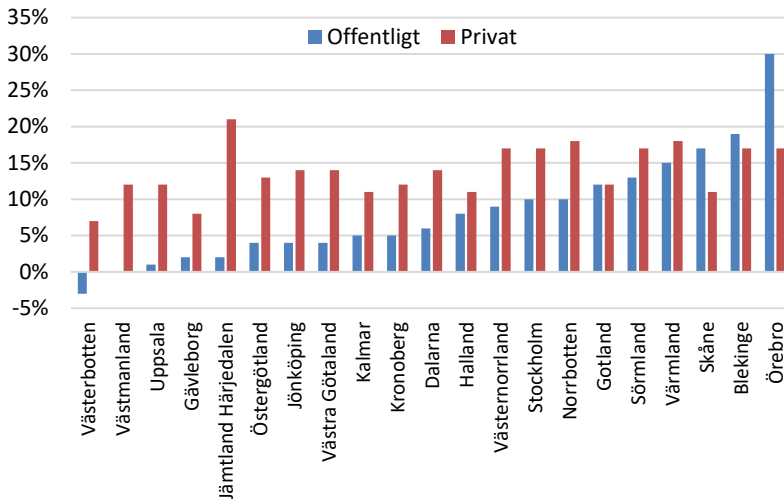
Källa: Försäkringskassan och egna beräkningar.

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 glesbygdsläna. Det är vanligare bland män att endast besöka tandvården akut. De akuta besökarna har även överlag en svagare socioekonomisk ställning.

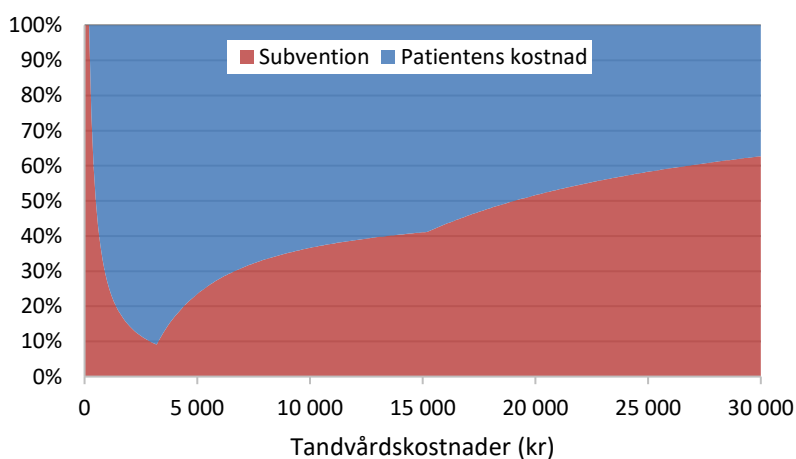
En patient i Sverige besöker tandvården i genomsnitt två gånger per år. En av tio vuxna har inte besökt tandvården på tio år. Folk-tandvårdens andel av utförda basundersökningar ökar. Det är också vanligare bland abonnemangspatienter att som enda behandling få en basundersökning. Unga kvinnor går på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

Få patienter har mycket höga tandvårdskostnader

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

Figur 4 Subvention och patientkostnad vid olika tandvårdskostnader

Procentuell andel av kostnader



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

Högekostnadsskyddet 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 hälsograden 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 födelse land har betydelse för vilka som avstår tandvård trots behov

Andelen personer som uppger att de inte besöker tandvården trots behov under en tolv månaders period 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 födelse land 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 kariesförekomst och parodontit som en del av ett större indicatorsystem 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 bestämningsfaktorer 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.

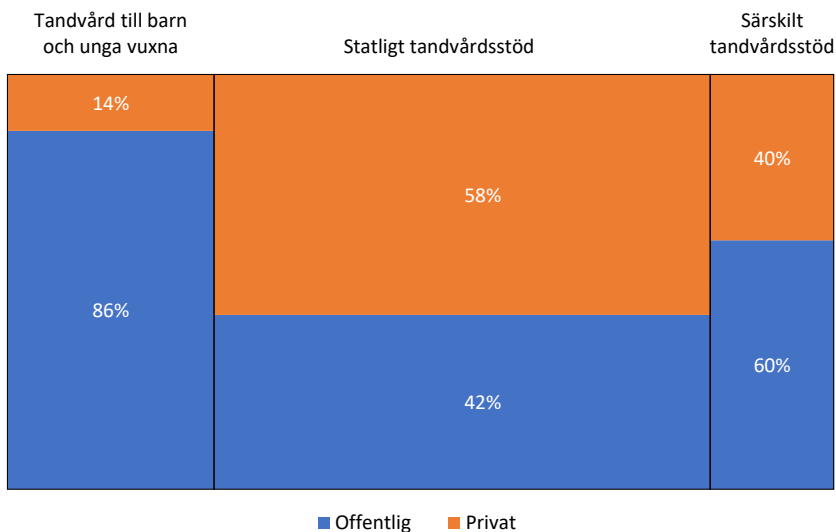
Den tudelade tandvårdsmarknaden tillvaratar inte tandvårdens hela potential

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 privat-tandvården 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 tolv månadersperiod 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 tolv månadersperiod 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 tolv månadersperiod 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 tolv månadersperiod 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 tolv månadersperiod.
- 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

Milljarder 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 generell 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 generell 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.

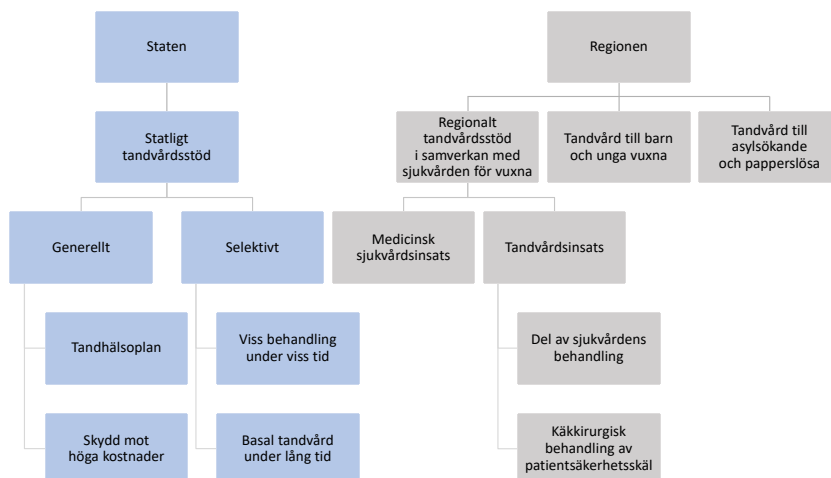
- Uppsökande verksamhet som omfattar att munhälsobedömning utförs på patienter som har tillhörighet till nödvändig tandvård upphör. Munvårdskort med instruktioner och råd till patient och omvårdnadsperson föreslås i stället ingå i tandhälsoplanen inom det långvariga selektiva stödet för basal tandvård.
- 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 patient-säkerhetsskäl 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

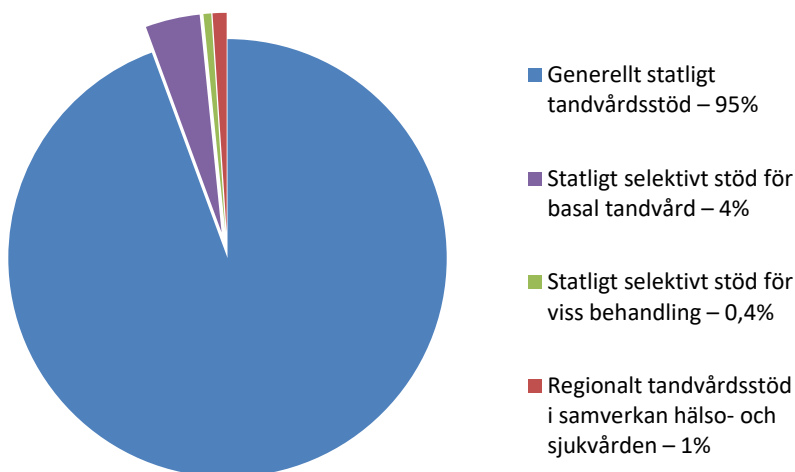
- Utredningens förslag är avvägda så att de kan finansieras inom ramen för tandvårdssystemets nuvarande resurser. Med tandvårdssystemets nuvarande resurser avses de statliga och regionala resurser som i dag avsätts för tandvård samt det patienterna betalar.
- Kostnader för förändrad åldersgräns för avgiftsfri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

