

Lagrådsremiss

Ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård

Regeringen överlämnar denna remiss till Lagrådet.

Stockholm den 14 augusti 2025

Jakob Forssmed

Sarah Cagnell
(Socialdepartementet)

Lagrådsremissens huvudsakliga innehåll

I lagrådsremissen föreslås att det nuvarande skyddet mot höga kostnader inom statligt tandvårdsstöd ska kompletteras med ett nytt stöd benämnt särskild tandvårdsersättning. Särskild tandvårdsersättning ska lämnas för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under de förutsättningar som regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, har fastställt. För att särskild tandvårdsersättning ska lämnas får vårdgivarens pris för tandvårdsåtgärden inte överstiga referenspriset. Förslaget innebär att satsade medel ska komma patienterna till godo och att patienten inte ska betala en mellanskillnad mellan vårdgivarens pris och referenspriset.

I lagrådsremissen föreslås vidare att det i lagen om statligt tandvårdsstöd ska införas en definition av vårdgivarens pris.

Det föreslås även att en vårdgivare som är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd, om det inte finns särskilda skäl, ska vara skyldig att ge berättigade patienter den ersättningsberättigande tandvård som de behöver.

I lagrådsremissen finns även förslag om att principen om att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till vården ska föras in i tandvårdslagen.

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 januari 2026.

Innehållsförteckning

1	Beslut	4
2	Lagtext	5
2.1	Förslag till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125)	5
2.2	Förslag till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd	7
2.3	Förslag till lag om ändring i lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet	12
3	Ärendet och dess beredning	13
4	Det statliga tandvårdsstödet	13
4.1	Tillämpligt regelverk	14
4.2	Allmänt tandvårdsbidrag	14
4.3	Särskilt tandvårdsbidrag	15
4.4	Skyddet mot höga kostnader – tandvårdsersättning	15
5	Särskild tandvårdsersättning införs inom det statliga tandvårdsstödet	16
6	Föreskrifter om vilka patienter som kan vara berättigade till särskild tandvårdsersättning	28
7	Föreskrifter om vilken tandvård som kan berättiga till särskild tandvårdsersättning	33
8	Vårdgivarens pris får inte överstiga referenspriset	38
9	Förutsättningarna för tillgången till tandvård behöver stärkas	59
10	En definition av vårdgivarens pris införs	64
11	Skyldighet att ta emot patienter och prioritera patienter efter behov	66
12	Informationsinsatser i samband med genomförandet av särskild tandvårdsersättning	73
13	Beloppsgränser och ersättningsnivåer inom det allmänna skyddet mot höga kostnader	75
14	Uppföljning och utvärdering av reformens konsekvenser och effekter	77
15	Kontroll och tillsyn av vårdgivarna	81
16	Personuppgiftsbehandling och sekretess	83
17	Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser	86
18	Konsekvensbeskrivningar	88
18.1	Ekonomiska konsekvenser för staten	88
18.1.1	Beteendeförändringar som påverkar statens utgifter	90
18.1.2	Konsekvenser för Försäkringskassan	91

18.1.3	Konsekvenser för Socialstyrelsen.....	91
18.1.4	Konsekvenser för TLV.....	91
18.1.5	Konsekvenser för domstolsväsendet.....	92
18.2	Ekonomiska konsekvenser för patienterna	92
18.3	Ekonomiska konsekvenser för vårdgivarna.....	93
18.3.1	Privata vårdgivare.....	94
18.3.2	Folktandvården.....	95
18.4	Konsekvenser för regioner och kommuner.....	95
18.5	Övriga konsekvensbeskrivningar	96
18.5.1	Betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet	96
18.5.2	Betydelse för konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden.....	96
18.5.3	Betydelse för olika grupper	97
18.5.4	Bedömning av överensstämmelsen med de skyldigheter som följer av anslutningen till EU.....	97
19	Författningskommentar.....	100
19.1	Förslaget till lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125).....	100
19.2	Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd	101
19.3	Förslaget till lag om ändring i lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.....	106
Bilaga 1	Sammanfattning av betänkandet Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (SOU 2024:70) i nu relevanta delar	107
Bilaga 2	Lagförslag i betänkandet (SOU 2024:70) i nu relevanta delar	113
Bilaga 3	Förteckning över remissinstanserna (SOU 2024:70)....	118

1 Beslut

Regeringen har beslutat att inhämta Lagrådets yttrande över förslag till

1. lag om ändring i tandvårdslagen (1985:125),
2. lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd,
3. lag om ändring i lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.

2 Lagtext

Regeringen har följande förslag till lagtext.

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

Härigenom föreskrivs att 2, 3 och 4 §§ tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

2 §

Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

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

Tandvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god tandvård uppfylls. Det innebär att tandvården 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.

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 19 kap. 1 § socialtjänstlagen (2025:400).

4 §²

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 §*

Vårdgivaren får ta ut *en avgift av patienten* för undersökning och *behandling*. *Avgiften* ska vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. *Särskilda* bestämmelser om

¹ Senaste lydelse 2025:408. Ändringen innebär bl.a. att andra stycket tas bort.

² Senaste lydelse 2011:1188.

finns särskilda bestämmelser om avgifter finns i 15 a § och i 2 kap. 6 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

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.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.

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

Härigenom föreskrivs i fråga om lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd¹

dels att nuvarande 2 kap. 5 och 6 §§ ska betecknas 2 kap. 8 och 5 §§,

dels att 1 kap. 1 och 2 §§ och 2 kap. 4, 4 a och den nya 5 §§ och rubriken närmast före 2 kap. 4 § ska ha följande lydelse,

dels att rubriken till 2 kap. ska lyda ”Tandvårdsbidrag och tandvårdsersättning”,

dels att det ska införas fyra nya paragrafer, 2 kap. 6, 7 och 9 §§ och 3 kap. 4 §, och närmast före 2 kap. 6 § och 3 kap. 4 § nya rubriker av följande lydelse,

dels att det närmast före 2 kap. 8 § ska införas en ny rubrik som ska lyda ”Gemensamma bestämmelser om tandvårdsersättning”.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

1 §²

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 allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag, *allmän tandvårdsersättning* och *särskild tandvårdsersättning*.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om att statligt tandvårdsstöd även ska lämnas i form av ett tillägg till den särskilda tandvårdsersättningen.

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.

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. *vårdgivarens pris*: *det totala priset för samtliga material och moment som ingår i den ersättningsberättigande tandvårds-*

¹ Senaste lydelse av 2 kap. 5 § 2011:1189.

² Senaste lydelse 2011:1189.

åtgärden, inklusive dentalt material och tandtekniskt arbete.

2 kap.

Tandvårdsersättning

Allmän tandvårdsersättning

4 §³

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.

Allmän tandvårdsersättning lämnas för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under en ersättningsperiod om ett år. Ersättning lämnas med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader överstigande det belopp som har fastställts enligt 5 § 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 ersättningsperiod ska påbörjas innan den tidigare ersättningsperioden har löpt ut.

Allmän tandvårdsersättning får inte lämnas för tandvårdsåtgärder som berättigar patienten till särskild tandvårdsersättning. Kostnader för sådana tandvårdsåtgärder ska inte beaktas vid beräkning enligt första stycket.

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 §⁴

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 *allmän* tandvårdsersättning 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.

Första stycket gäller inte kostnader för tandvård som hade berättigat patienten till särskild tandvårdsersättning om tandvården hade tillhandahållits i Sverige.

6 §

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, *meddelar* föreskrifter om

1. vilket belopp som patientens sammanlagda tandvårdskostnader under ersättningsperioden ska överstiga för att tandvårdsersättning ska kunna lämnas,

2. med vilken andel av patientens sammanlagda kostnader överstigande beloppet enligt 1 som tandvårdsersättning ska lämnas, *samt*

3. *referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder.*

5 §

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 *allmän* tandvårdsersättning ska kunna lämnas,

2. med vilken andel av patientens sammanlagda kostnader överstigande beloppet enligt 1 som *allmän* tandvårdsersättning ska lämnas, *och*

3. *anmälan enligt 4 § tredje stycket och 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 allmän tandvårdsersättning som avviker från bestämmelserna om ersättningsperioder i 4 § första och tredje styckena.

⁴ Senaste lydelse 2013:517.

Särskild tandvårdsersättning

6 §

Särskild tandvårdsersättning lämnas för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under de förutsättningar som har fastställts enligt 7 § 1 och 2. Ersättning lämnas med en viss andel av referenspriset för den ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden eller, om vårdgivarens pris för den aktuella patienten är lägre än referenspriset, med en viss andel av vårdgivarens pris för åtgärden.

För att särskild tandvårdsersättning ska lämnas får vårdgivarens pris för åtgärden inte överstiga referenspriset.

7 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om

1. vilka patienter som kan vara berättigade till särskild tandvårdsersättning,

2. vilken tandvård som kan berättiga till särskild tandvårdsersättning, och

3. med vilken andel av referenspriset eller vårdgivarens pris som särskild tandvårdsersättning ska lämnas.

9 §

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder.

3 kap.

Övriga krav på vårdgivaren

4 §

En vårdgivare som är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd är, om det inte finns särskilda skäl, skyldig att ge patienter som är berättigade till sådant stöd den ersättningsberättigande tandvård som de behöver.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.

2.3 Förslag till lag om ändring i lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet

Härigenom föreskrivs att 10 § lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

10 §

För tandvård som hade berättigat till stöd enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd om den hade tillhandahållits i Sverige ska ersättningen bestämmas till ett belopp som motsvarar vad Försäkringskassan skulle ha betalat om tandvården tillhandahållits i Sverige. Detsamma gäller för läkemedel och övriga vårdprodukter som *en patient* har tagit emot vid vårdtillfället.

För tandvård som hade berättigat *en patient* till stöd enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd om den hade tillhandahållits i Sverige ska ersättningen bestämmas till ett belopp som motsvarar *det tandvårdsbidrag och den tandvårdsersättning* som Försäkringskassan skulle ha betalat om tandvården tillhandahållits i Sverige. Detsamma gäller för läkemedel och övriga vårdprodukter som *patienten* har tagit emot vid vårdtillfället.

Vid beräkningen av ersättning för tandvård som hade berättigat till särskild tandvårdsersättning om den hade tillhandahållits i Sverige gäller inte 2 kap. 6 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Denna lag träder i kraft den 1 januari 2026.

3 Ärendet och dess beredning

I enlighet med Tidöavtalet, som är en överenskommelse mellan Sverigedemokraterna, Moderaterna, Kristdemokraterna och Liberalerna, beslutade regeringen den 5 oktober 2023 att ge en särskild utredare i uppdrag att analysera och lämna skalbara, ändamålsenliga och kostnadseffektiva förslag om hur tandvårdens högkostnadsskydd kan förstärkas för att mer efterlikna det i övrig vård och där äldre med sämst munhälsa prioriteras. I utredningens uppdrag har även ingått att analysera och föreslå hur det nuvarande systemet för statligt tandvårdsstöd kan anpassas utifrån ett förstärkt högkostnadsskydd samt lämna förslag som säkerställer att ett förstärkt högkostnadsskydd inte urholkas och att satsade medel kommer patienterna till godo (dir. 2023:138). Utredaren överlämnade i oktober 2024 betänkandet Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (SOU 2024:70).

I denna lagrådsremiss behandlas lagförslagen i betänkandet SOU 2024:70, inklusive förslaget om att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till vården. Förslagen om särregler för asylsökande m.fl., om förlängd användningstid för allmänt respektive särskilt tandvårdsbidrag, om ändring i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400) och om patientens direktåtkomst samt övriga delar i betänkandet som inte finns med i denna lagrådsremiss bereds fortsatt inom Regeringskansliet och regeringen avser att skyndsamt återkomma om dessa.

En sammanfattning av betänkandet i nu relevanta delar finns i *bilaga 1*. Betänkandets lagförslag i nu relevanta delar finns i *bilaga 2*. Betänkandet har remissbehandlats. En förteckning över remissinstanserna finns i *bilaga 3*. Remissvaren finns tillgängliga på regeringens webbplats (regeringen.se) och i Socialdepartementet (S2024/01892).

4 Det statliga tandvårdsstödet

Ansvar för tandvårdsstöd i Sverige är delat mellan staten och regionerna. Barn och unga vuxna tillhör regionernas (folktandvårdens) ansvar medan vuxna patienter omfattas av statligt tandvårdsstöd. Vid sidan av detta generella statliga stöd för vuxna finns även ett särskilt tandvårdsstöd för vissa patientgrupper i regional regi.

Det statliga tandvårdsstödet består av tandvårdsbidrag och ett skydd mot höga kostnader riktat till den vuxna befolkningen från och med det år patienten fyller 20 år. Tandvårdsstöd lämnas för undersökning och diagnostik, förebyggande tandvård och för den tandvård som patienten behöver och som syftar till att åstadkomma frihet från smärta och sjukdomar, en förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder eller ett utseendemässigt godtagbart resultat. Behandlingens kvalitet och hållbarhet ska genom regelverket för statligt tandvårdsstöd vägas mot kostnaderna och tandvården ska så långt som möjligt bevara munnens vävnader.

All tandvård berättigar inte till statligt tandvårdsstöd. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) har till uppgift att föreskriva vilken behandling som kan omfattas och under vilka förutsättningar som ersättning kan lämnas. Systemet gör det möjligt att, i likhet med det tidigare tandvårdsstödet från 1999, ha fri etableringsrätt och fri pris-sättning.

4.1 Tillämpligt regelverk

Statligt tandvårdsstöd regleras genom lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd samt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd. Föreskrifterna utkommer i ett omtryck varje år med nya referenspriser och med eventuella ändringar i den ersättningsberättigande vårdens omfattning. Därtill finns Försäkringskassans föreskrifter (FKFS 2008:6) om statligt tandvårdsstöd, som reglerar främst administrativa förfaranden och former för kommunikation mellan vårdgivare och myndigheten samt konkretiserar vissa av vårdgivarnas skyldigheter mot patienten, samt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2012:16) om särskilt tandvårdsbidrag.

Det statliga tandvårdsstödet är detaljerat i sin regeluppbyggnad för att tydligt definiera omfattningen av det statliga åtagandet inom tandvårdsområdet. Stödets konstruktion har utvecklats jämfört med tidigare tandvårdsstöd som endast fokuserade på val av olika behandlingar från en åtgärdslista, oavsett anledningen till att behandlingen utfördes. I dag väljer behandlaren först det tillstånd som överensstämmer med den diagnos som fastställts för patienten. När korrekt tillstånd valts finns ett antal tandvårdsåtgärder kopplade till det specifika tillståndet att välja mellan för att behandla patienten inom tandvårdsstödet. Det krävs således att vårdgivaren ställt en diagnos eller identifierat en situation, ett tillstånd, som enligt regelverket motiverar en åtgärd för vård eller behandling.

4.2 Allmänt tandvårdsbidrag

Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) är ett stöd som ges till alla som är berättigade till statligt tandvårdsstöd och som syftar till att minska patientens kostnader för regelbundna tandvårdsbesök och förebyggande tandvård. Bidraget kan användas som betalning eller delbetalning av alla slags ersättningsberättigande åtgärder. Bidraget lämnas i juli månad varje år som ett tillgodohavande hos Försäkringskassan och dess storlek beror på patientens ålder. Från och med 2025 gäller att patienter som fyller lägst 20 år och högst 23 år, eller lägst 65 år, under det år som tandvårdsbidraget tidigast kan användas, får 600 kronor. Övriga åldersgrupper får 300 kronor.

ATB kan användas under en period av högst två år, räknat från och med 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 för ett avtal om abonnemangstandvård.

4.3 Särskilt tandvårdsbidrag

Förutom ATB kan vissa patienter få särskilt tandvårdsbidrag (STB), vilket 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, som kan förhindras eller minskas genom förebyggande tandvård. STB uppgår till 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 förebyggande tandvårdsåtgärder och ges under förutsättning att patienten har någon av de diagnoser eller medicinska tillstånd som framgår av 4 a § förordningen om statligt tandvårdsstöd.

4.4 Skyddet mot höga kostnader – tandvårdsersättning

Tandvårdsersättning

Tandvårdsersättningen är patientens skydd mot höga tandvårdskostnader. Det är patientens subvention, men vårdgivaren sköter den administrativa hanteringen mot Försäkringskassan. Skyddet mot höga kostnader gäller under en ersättningsperiod om ett år. En ersättningsperiod påbörjas den dag som den första ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden har slutförts och pågår ett år. Upp till den första karensgränsen om 3 000 kronor finns inget högkostnadsskydd utan patienten betalar hela kostnaden för utförd tandvård till vårdgivaren, efter eventuellt avdrag för ATB och STB.

För kostnader som överstiger 3 000 men inte 15 000 kronor, beräknade på slutförda åtgärders referenspriser, betalar staten 50 procent av kostnaderna och patienten 50 procent. När den totala kostnaden, beräknad i referenspriser, överstiger den andra karensgränsen om 15 000 kronor ökar den statliga subventionen till 85 procent av referenspriset. Om vårdgivarens pris är högre än referenspriset betalar patienten även denna mellanskillnad. För en sådan överskjutande kostnad (mellanskillnaden) finns ingen subvention från staten. Karensgränser och ersättningsnivåer inom statligt tandvårdsstöd har varit oförändrade sedan införandet 2008.

Tandvårdsersättning lämnas inte för sådana tandvårdsåtgärder som omfattas av ett avtal om abonnemangstandvård, dvs. ett avtal mellan en vårdgivare och en patient om viss tandvård till ett fast pris.

Referenspriser

En tandvårdsbehandling för ett visst tillstånd kan omfatta en eller flera tandvårdsåtgärder. För varje tandvårdsåtgärd finns fastställda referenspriser. Vanligen finns såväl 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. Det baseras på beräkningar av tidsåtgång för att utföra åtgärden, personalkostnader, materialåtgång av ett material med rimlig standard, direkta och indirekta kostnader inklusive avskrivningar och en viss utvecklings- och investeringsmarginal. Referenspriserna indexeras varje år, alternativt beräknas om från grunden, och beslutas av Nämnden för statligt tandvårdsstöd vid TLV. Aktuella referenspriser finns i senaste omtryck av TLV:s föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd som träder i kraft den 15 januari varje år.

Referenspriserna har två syften, dels att vara ett jämförelsepris till vägledning för patienten, dels att vara beräkningsgrund för patientens tandvårdsersättning. Referenspriset för utförd behandling utgör således grunden för beräkningen av patientens tandvårdsersättning inom skyddet mot höga kostnader. Patientens sammanlagda tandvårdskostnader i tandvårdsstödet beräknas med utgångspunkt i referenspriset för respektive utförd tandvårdsåtgärd, eller vårdgivarens pris om detta är lägre än referenspriset. För en beskrivning av hur TLV beräknar referenspriserna hänvisas till utredningens betänkande SOU 2024:70.

En vårdgivare som bedriver tandvård är sedan 1999 fri att sätta sina egna priser. Priset ska dock enligt 4 § tandvårdslagen (1985:125) vara skäligt med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. Patientens faktiska tandvårdskostnader blir högre i det fall vårdgivarens pris överstiger referenspriset för en behandlingsåtgärd.

5 Särskild tandvårdsersättning införs inom det statliga tandvårdsstödet

Regeringens förslag: Det nuvarande skyddet mot höga kostnader inom det statliga tandvårdsstödet ska kompletteras med ett nytt stöd, särskild tandvårdsersättning.

Särskild tandvårdsersättning ska lämnas för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under de förutsättningar som regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, har fastställt. Ersättning ska lämnas med en viss andel av referenspriset för åtgärden eller, om vårdgivarens pris för den aktuella patienten är lägre än referenspriset, med en viss andel av vårdgivarens pris för åtgärden.

Det ska upplysas om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om med vilken andel av referenspriset eller vårdgivarens pris som särskild tandvårdsersättning ska lämnas.

Den nuvarande tandvårdsersättningen ska benämnas allmän tandvårdsersättning.

Allmän tandvårdsersättning ska inte få lämnas för tandvårdsåtgärder som berättigar patienten till särskild tandvårdsersättning. Kostnader för sådana tandvårdsåtgärder ska inte beaktas vid beräkning av allmän tandvårdsersättning.

Kostnader för tandvård som utförts i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet och som hade berättigat till särskild tandvårdsersättning om den hade tillhandahållits i Sverige, ska inte medräknas vid beräkning av allmän tandvårdsersättning.

Utredningens förslag överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslår att det nya stödet ska benämnas förstärkt tandvårdsersättning och att det nuvarande stödet ska benämnas generell tandvårdsersättning. Med anledning av regeringens förslag i dessa delar används i denna lagrådsremiss i stället genomgående begreppen särskild och allmän tandvårdsersättning, dvs. även vid redovisningen av utredningens förslag och remissinstansernas synpunkter.

Utredningen föreslår att särskild tandvårdsersättning ska lämnas med en viss andel av kostnaden samt en särskild bestämmelse om vad patientens kostnad som högst får uppgå till. Utredningen föreslår vidare en upplysningsbestämmelse om att regeringen kan meddela föreskrifter om med vilken andel av patientens kostnad som särskild tandvårdsersättning ska lämnas. Utredningen lämnar inte något förslag om att kostnader för tandvårdsåtgärder som berättigar patienten till särskild tandvårdsersättning inte ska beaktas vid beräkning av allmän tandvårdsersättning. Utredningen föreslår inte heller någon ändring i bestämmelsen om beräkning av allmän tandvårdsersättning vid tandvård i ett annat EES-land. Utredningens förslag avviker även språkligt och redaktionellt från regeringens.

Utredningen föreslår även bestämmelser i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd som innebär att särskild tandvårdsersättning ska lämnas till vårdgivaren med 90 procent av referenspriset, eller av vårdgivarens pris om det är lägre, samt att patienten ska betala de resterande 10 procenten.

Remissinstanserna: En stor andel av de remissinstanser som uttalar sig ställer sig positiva, eller i stor del positiva, till förslaget om att införa ett särskilt skydd mot höga kostnader, bl.a. *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)*, *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* och *Myndigheten för vård och omsorgsanalys*. Många remissinstanser uttrycker att de är positiva till att ytterligare ekonomiska medel tillförs tandvården och att reformen gör tandvård mer ekonomiskt tillgänglig för patienterna. *Sveriges Folktandvårdsförening (SFF)* anser att reformer är nödvändiga för att hantera de grundläggande strukturella problem som finns inom svensk tandvård i dag och är mycket positiv till det starka patientperspektivet. *Västra Götalandsregionen (VGR)*, som till stora delar är positiv, noterar att utredningen presenterar förslag som på ett mer drastiskt vis än tidigare adresserar svensk tandvårds större utmaningar, vilket kan anses behövt, även om det finns risker. *SKPF Pensionärerna* ställer sig bakom de grundläggande förslagen i betänkandet som kan bli ett betydelsefullt steg mot mer rättvis och inkluderande tandvård, men understryker att identifierade risker och utmaningar måste hanteras. Organisationen lyfter att en bättre munhälsa i förlängningen kan minska kostnaderna i sjukvården och på sikt skapa samhällsekonomiska vinster. SKR anser att särskild tandvårdsersättning bör kunna bidra till en mer jämlik tandvård för äldre med sämst munhälsa. *Göteborgs kommun*, som är positiv till förslaget, kommenterar att genom att sänka kostnaderna för viss tandvård kan en av konsekvenserna bli att färre personer ansöker om

ekonomiskt bistånd för tandvårdskostnader, en synpunkt som även lämnas av *Halmstads kommun*.

Region Västernorrland ställer sig positiv till förslaget om särskild tandvårdersättning men ser samtidigt risker för längre väntetider, försämrad tillgänglighet och etiska prioriteringsproblem när det inte finns tillräckliga resurser för att möta en ökad efterfrågan på billigare tandvård. *Halmstads kommun* och *SKPF Pensionärerna* ser liknande risker. *Karolinska Institutet* ser att reformen har potential att medföra flera positiva förändringar, men att den också har utmaningar. Institutet lyfter bl.a. att ökad efterfrågan på tandvård kan leda till överbelastning, inte minst inom specialisttandvården, vilken redan är pressad av personalbrist och administrativa krav. *Region Stockholm* är i huvudsak positiv till utredningens förslag men ser en risk att det kan skapa negativa incitament för vårdgivare att utföra onödig behandling. En risk att patienten insisterar på onödig behandling även när den saknar en god prognos lyfts av *Svenska Endodontiföreningen*. *Region Skåne*, som tillstyrker förslaget i stort, bedömer trots förslagen om prisreglering att det finns uppenbara risker för en ekonomiskt kostsam reform på grund av överdiagnosticering och överdebitering. *Region Östergötland*, som också tillstyrker förslaget i stort, pekar på att åtgärdernas omfattning kan behöva tydliggöras, bland annat vad som motsvarar ett utseendemässigt godtagbart resultat, för att minska risken för överutnyttjande.

Aqua Dental AB och *Colosseum Smile AB* ser båda positivt på intentionerna bakom reformen. *Aqua Dental AB* ställer sig i huvudsak bakom den föreslagna reformen men menar att reformen äventyras av att den är underfinansierad och därför inte kan leverera en välfungerande, kompetensförsörjd tandvård i Sverige. *Colosseum Smile AB* ser överhängande risker att den förväntade positiva effekten av reformen uteblir och vill därför bl.a. betona behovet av en rättvis, enkel och långsiktig finansieringsmodell där fri prissättning och mångfald inom tandvården säkerställs, så att de kan fortsätta ge patienterna en vård av hög kvalitet med svenskproducerad tandteknik.

Umeå universitet, Tandläkare – Egen verksamhet (TEV), Sveriges Tandteknikerförbund, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandhygienistförening (STHF), Svenska Endodontiföreningen, Svensk förening för oral protetik, Svensk förening för Cariologi, Privattandläkarna, Praktiker-tjänst AB och *Region Västerbotten* samt ett femtiotal tandvårdsföretag utanför remisslistan avstyrker eller ställer sig negativa till förslaget att införa utredningens förslag om ett förstärkt högkostnadsskydd. Även *Inspektionen för socialförsäkring (ISF)* avstyrker huvudförslagen i betänkandet eftersom myndigheten anser att tandvårdsstödet som helhet blir komplicerat, att det behövs en större översyn av Försäkringskassans kontrollmöjligheter inför en så omfattande reform som nu föreslås och att de föreslagna kontrollerna inte är tillräckliga. Privattandläkarna är i grunden kritiska till en omfattande förändring av det nuvarande statliga tandvårdsstödet, där tandvården har utvecklats och goda möjligheter finns till teknikutveckling och nyinvesteringar. Sveriges Tandläkarförbund saknar en ambitionsnivå vad gäller munhälsa i reformen. Förbundet motsätter sig förslaget som helhet, särskilt införandet av prisreglering och de komplexa administrativa förändringarna, även om det är positivt inställt till målet att förbättra tandvården för äldre. Att förslaget riskerar att

innebära en större administrativ börda lyfts även av TEV. *Tjänstetand-läkarna* lyfter att behandlaren, som har ett ansvar att få patienten att förstå tandvårdsstödet konstruktion, genom förslaget om ytterligare subvention gör uppgiften än mer tidskrävande. Några remissinstanser, bl.a. ISF, Region Skåne, *Region Dalarna* och STHF, lyfter att det statliga tandvårdsstödet som helhet blir komplicerat och svårbegripligt med flera högkostnadsskydd, vilket ställer höga krav på administration samt utbyggnad av it-system. Region Dalarna väcker frågan om förslaget innebär att en och samma patient kan innefattas av två system. Privattandläkarna anför att utvecklingen av Försäkringskassans it-stöd har en nyckelfunktion för införandet av stödet så att det med automatik kan styra utförd tandvård till rätt tandvårdsersättning.

Några remissinstanser lyfter behovet av att vänta med införandet av reformen. Praktikertjänst AB anser att regional brist på medarbetare och försämrade tillgänglighet, som lyfts som tandvårdens stora utmaningar, behöver lösas innan ett förstärkt skydd mot höga kostnader införs. Väntetiderna riskerar bli ännu längre och munhälsan riskerar att försämrast.

Göteborgs universitet, Umeå universitet, Karolinska Institutet och *Malmö universitet* lyfter alla att den särskilda tandvårdsersättningen riskerar att minska incitamentet för patienter att söka sig till studentklinik, där blivande behandlare inom tandvården får klinisk träning. Redan i dag är det en utmaning att få tillräckligt och lämpligt patientunderlag till utbildningarna. En behandling på studentmottagning tar längre tid samtidigt som prisnivån är lägre. Universiteten föreslår därför olika lösningar för att kompensera lärosätena för intäktsbortfall för att möjliggöra ett patientinflöde. Malmö universitet och Umeå universitet lyfter vidare att om tandläkarnas beställningar på kronor, broar och proteser skickas utomlands minskar detta tandteknikerutbildningars möjligheter att få ut studenterna på den viktiga praktikperioden och senare deras möjligheter att få arbete.

Bland andra *Region Sörmland* noterar att den särskilda tandvårdsersättningen innebär att incitamentet bortfaller till abonnemangstandvård.

Konkurrensverket delar utredningens bedömning att det är viktigt att patienten alltid betalar en egenavgift inom tandvården men saknar en utvecklad analys av om just 10 procent är en väl avvägd nivå. En så hög subvention sänker patienternas priskänslighet och medför en risk att prisets betydelse för patienternas val av vårdgivare och prisets funktion som konkurrensmedel försvagas. Reformen kan därför, enligt verket, bli kraftigt vårddrivande, vilket dock i viss utsträckning motverkas av den föreslagna prisregleringen som minskar vårdgivares incitament att rekommendera överbehandling.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) konstaterar att förslagen kan innebära ett behov av ökad tillsyn och kontroll för myndigheten. I IVO:s tillsyn av tandvården har myndigheten uppmärksammat tillvägagångssätt där oseriösa aktörer kringgår regelverket. Om tandvården tillförs medel i den omfattning som utredningen föreslår, är det därför IVO:s uppfattning att även myndighetens tillsyn kommer att behöva anpassas och förstärkas.

Region Kalmar län, som tillstyrker förslaget, anser att en karenperiod bör övervägas för att reglera vilken vård som kan ges inom en viss tidsperiod. TLV instämmer inte i utredningens bild att ersättningsperioden, som reglerar den allmänna tandvårdsersättningen, inte har någon betydelse

för sådan tandvård som utförs inom särskild tandvårdsersättning. Myndigheten förklarar att även om särskild tandvårdsersättning inte utgår från en ersättningsperiod så behöver regelverkets restriktioner för exempelvis ett högsta antal åtgärder av visst slag, eller vissa åtgärds kombinationer, inom en tidsperiod gälla även för patienter som är berättigade till särskild tandvårdsersättning. TLV ser en risk för att möjligheten att starta om en ersättningsperiod nyttjas som ett sätt att komma runt åtgärdsrestriktionerna i fråga om särskild tandvårdsersättning. Myndigheten föreslår därför en ändring i 2 kap. 4 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd med innebörd att möjligheten att starta om en ersättningsperiod i förtid begränsas till situationer där planerad behandling annars inte hinner slutföras under den pågående perioden och en omstart ger patienten rätt till högre tandvårdsersättning.

Region Västerbotten ifrågasätter förslaget då tandvården inte kan närma sig hälso- och sjukvården genom att endast fokusera på kostnader. Det svenska tandvårdssystemet, som genom förslaget kompliceras ytterligare, hindrar enligt regionen den nödvändiga utvecklingen av svensk tandvård till en mer jämlik tandvård där munnen är en del av kroppen.

Försäkringskassan ser ett behov av att i författningsförslagen klargöra hur begreppet kostnad och vårdgivarens pris förhåller sig till varandra och att det tydliggörs att det är det pris som vårdgivaren faktiskt tillämpar gentemot den aktuella patienten som ersättning ska baseras på så länge som det är lägre än referenspriset. Enligt myndigheten är det också önskvärt att det i författningsförslaget förtydligas att tandvård inom särskild tandvårdsersättning inte omfattas i det ackumulerade ersättningsgrundande beloppet för den nuvarande tandvårdsersättningen. Försäkringskassan önskar även en analys av hur förslagen i betänkandet kommer att påverka handläggningen av ersättning för tandvård som utförts utanför Sveriges gränser.

Skälen för regeringens förslag

Ett förstärkt högkostnadsskydd i form av särskild tandvårdsersättning för personer med behandlingsbehov

Tänderna är en del av kroppen och under de senaste åren har kunskapen successivt ökat om den orala hälsans samband med det övriga hälsotillståndet. Det är numera väl känt att sjukdom i munnen kan vara såväl en orsak till som en följd av sjukdomar i övriga kroppen. Trots detta har det i våra gemensamma välfärdssystem länge funnits betydande skillnader i synsättet på tänderna jämfört med övriga kroppen. Det är inte rimligt och därför ska tandvårdens högkostnadsskydd stärkas för att mer efterlikna det som finns i övrig vård.

Mun- och tandhälsan i Sverige är generellt god och har under lång tid utvecklats positivt. Som exempel kan nämnas att personer som är 80 år och äldre i dag har fyra fler tänder än samma åldersgrupp för tio år sedan och att antalet helt tandlösa i samhället minskar. Likaså visar statistiken att antalet personer som behandlas för kariesangrepp och andra tandskador minskar. Samtidigt visar utredningens sammanställningar att antalet personer med tandimplantat ökar och att fler personer behandlas för parodontit (tandlossning). En utförd tandreparation eller rehabilitering av förlorade tänder innebär alltid en risk för att ytterligare tandvård på sikt behövs. En rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys,

Vården ur befolkningens perspektiv, 65 år och äldre (2025), visar genom International Health Policy Survey (IHP) att andelen som avstår tandvård ökar, och Sveriges resultat ligger på samma nivå som genomsnittet för länderna i undersökningen. Resultatet från 2024 är en ökning med fyra procentenheter sedan 2021, där det i sin tur hade ökat från sju procent 2017. Utredningen visar att grupper med låg ekonomisk standard, bl.a. äldre, besöker tandvården i betydligt lägre utsträckning än de flesta andra grupper och att besöksfrekvensen är högre ju högre ekonomisk standard en person har. Personer som avstått tandvård av ekonomiska skäl bedömer sin tandhälsa som avsevärt sämre än övriga befolkningen. Dålig munhälsa kan göra att en människa isolerar sig. Regeringen anser att ingen människa ska behöva avstå från sociala gemenskaper för att man inte har råd att gå till tandläkaren.

Den tandvård som utförs inom det statliga tandvårdsstödet finansieras till största delen av patienten. År 2024 stod patienterna för 64 procent av tandvårdskostnaderna inom det statliga tandvårdsstödet. Den statliga subventionen täckte således resterande 36 procent av kostnaderna. Dagens statliga tandvårdsstöd har använts flitigt och hjälpt många patienter till en bättre munhälsa, men det finns fortfarande de som inte söker tandvård trots behov. Regeringen menar att tandvårdens skydd mot höga kostnader behöver stärkas för att mer efterlikna hälso- och sjukvårdens högkostnadsskydd. Personer med stora tandvårdsbehov kan i dag mötas av höga kostnader, vilket kan tvinga patienten att avstå behandling. Utredningen visar att de som har tandvårdskostnader som överstiger den övre karensgränsen på 15 000 kronor i dagens högkostnadsskydd dessutom får tandvårdsåtgärder som har högre vårdgivarpriser i relation till referenspriserna, jämfört med personer med låga tandvårdsbehov som främst får tandvårdsåtgärder som basundersökning och hälsofrämjande insatser, ett förhållande som ytterligare ökar patientens kostnad. Ett förstärkt högkostnadsskydd bör därför införas, vilket för patienten innebär betydligt lägre tandvårdskostnader än vad dagens tandvårdsersättning ger. Regeringen ser en ökad subvention och en lägre kostnad för patienten som en nyckel till att nå dem med sämre munhälsa. Målsättningen och ambitionen med ett förstärkt skydd mot höga kostnader är att patienterna i högre grad ska kunna besöka tandvården efter behov och därigenom stegvis få en bättre munhälsa. *Region Västerbotten* ifrågasätter förslaget genom dess fokus på kostnader för patienten som inte innebär ett närmande till hälso- och sjukvården. Statligt tandvårdsstöd är till sin konstruktion ett ersättnings-system och regeringen har inte för avsikt att ändra på detta förhållande. Utredningens uppdrag har varit att lämna skalbara förslag som kan stärka tandvårdens högkostnadsskydd för att mer efterlikna det i övrig vård. Som utredningen belyser kan uppdraget inte anses innebära att tandvårdssystemet som helhet mer ska efterlikna övriga hälso- och sjukvårdens system, utan uppdraget avsåg själva tandvårdsersättningen.

Regeringen ställer sig bakom utredningens förslag att det nuvarande skyddet mot höga kostnader inom det statliga tandvårdsstödet ska kompletteras med ett nytt stöd. Utredningen föreslår att stödet ska benämnas förstärkt tandvårdsersättning. Regeringen gör däremot bedömningen att benämningen särskild tandvårdsersättning bättre stämmer överens med övriga begrepp inom tandvårdsstödet (se rubriken Förhållandet till nuvarande tandvårdsersättning).

Vissa remissinstanser, bl.a. *Region Västernorrland* och *Riksförbundet Pensionärgemenskap (RPG)*, uttrycker en oro för att det inte finns tillräckliga resurser för att möta en ökad efterfrågan, vilket innebär en risk för längre väntetider och försämrad tillgänglighet. *Praktikertjänst AB* lyfter att den regionala bristen på medarbetare behöver lösas innan en särskild tandvårdsersättning införs och *Karolinska Institutet* är oroad över ett överbelastat system om efterfrågan ökar. Regeringen instämmer i att delar av landet har en ansträngd situation och menar att vårdgivare över hela landet behöver ta ett gemensamt ansvar för att omhänderta de patienter som inte har tillgång till tandvård i sin närhet. Att behovs- och solidaritetsprincipen införs i lag är en del i detta (se avsnitt 11). En annan är bedömningen att förutsättningarna för tillgången till tandvård bör stärkas (se avsnitt 9). För de äldre patienter som i dag har obehandlade problem med sjukdom eller saknar tänder efter tidigare sjukdom är det inte ett alternativ att avvakta med reformen tills ytterligare personal har utbildats.

Den risk som *Region Stockholm* ser om onödig behandling, risker som *Region Skåne* lyfter om överdiagnosticering eller överdebitering och den risk som *Konkurrensverket* lyfter om att reformen blir vård drivande är sådant som inte får negligeras. Regeringen har för avsikt att se till att såväl förslagen om ökad kontroll av registrerad och rapporterad behandling hos Försäkringskassan som IVO:s tillsyn över tandvården hanterar dessa risker (se avsnitt 15). Även *IVO* konstaterar att reformen innebär ett ökat behov av kontroll och tillsyn. Den kommande uppföljningen och utvärderingen av reformen som planeras kan även i förlängningen medföra att reformen i någon del får justeras (se avsnitt 14).

Regeringen instämmer i synpunkten från *Region Sörmland* att förslaget kan påverka patientens incitament att ingå ett avtal om abonnemangstandvård, en effekt som även konstateras av utredningen. Samtidigt är målgruppen för den första etappen av särskild tandvårdsersättning sällan den som ingår avtal om abonnemang och dessa omfattar heller inte rehabiliterande och habiliterande vård för att återskapa tuggförmågan. Försäkringskassans rapport Korta analyser 2025:1 påvisar att abonnemang inte längre erbjuds av folktandvården inom regionerna Västernorrland, Jämtland, Västerbotten, Norrbotten, Dalarna och Gotland med anledning av resursbrist och prioritering av andra patientkategorier.

Flera remissynpunkter, bl.a. från *Aqua Dental AB*, förmedlar farhågor om att reformen är underfinansierad och inte kommer att ge tillräcklig kostnadstäckning till vårdgivaren. Regeringen anser att föreslagen ersättningsnivå ska vara tillräcklig för att erbjuda en tandvård av god kvalitet men att synpunkterna medför ett behov av att i viss utsträckning tydliggöra vad för slags kostnader ett referenspris är avsett att täcka (se avsnitt 8).

Särskild tandvårdsersättning ska lämnas med högst en viss andel av referenspriset

Utredningen föreslår bestämmelser i lagen om statligt tandvårdsstöd om att särskild tandvårdsersättning ska lämnas med en viss andel av kostnaden och att patientens kostnad som högst får uppgå till en viss andel av referenspriset för respektive ersättningsberättigande tandvårdsåtgärd, eller

av vårdgivarens pris om det är lägre än referenspriset för den aktuella patienten. Vidare föreslås kompletterande bestämmelser i förordningen om statligt tandvårdsstöd. Regeringen delar *Försäkringskassans* bedömning att bestämmelserna bör förtydligas. Av lagen bör det därför uttryckligen framgå att särskild tandvårdsersättning lämnas för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder med en viss andel av referenspriset för åtgärden. Om vårdgivarens pris för den aktuella patienten är lägre än referenspriset lämnas i stället ersättning med en viss andel av vårdgivarens pris. I lagrådsremissen föreslås vidare en bestämmelse om att vårdgivarens pris inte får överstiga referenspriset (se avsnitt 8). Med regeringens förslag finns det inte något behov av att i lagen ange vad patientens kostnad som högst får uppgå till. Samtidigt bedöms förslagen överensstämma med utredningens intentioner att satsade medel ska komma patienterna till godo, att patienten inte ska betala mellanskillnaden mellan vårdgivarens pris och referenspriset och att tandvård ska ges till en för patienten rimlig kostnad.

Regeringen föreslår vidare en bestämmelse som upplyser om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om med vilken andel av referenspriset eller vårdgivarens pris som särskild tandvårdsersättning ska lämnas. Utredningens förslag i denna del omfattar inte vidaredelegation till myndighet. Regeringen anser däremot att bestämmelsen bör utformas så att den upplyser om hur normgivningsmakten enligt regeringsformen är fördelad på restkompetensens område (8 kap. 7 och 11 §§ regeringsformen).

Förhållandet till nuvarande tandvårdsersättning

För att särskilja det nya skyddet mot höga kostnader från det nuvarande föreslår utredningen att det nya stödet ska benämnas förstärkt tandvårdsersättning och det nuvarande generell tandvårdsersättning. Inom det statliga tandvårdsstödet skulle det med utredningens förslag därmed finnas följande slags tandvårdsstöd: allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag, generell tandvårdsersättning och förstärkt tandvårdsersättning. Enligt regeringens mening skulle det underlätta förståelsen för det statliga tandvårdsstödet uppbyggnad att i stället beteckna de stöd som lämnas till alla vuxna som allmänna och de som enbart lämnas till vissa grupper av patienter som särskilda. Regeringen gör därmed bedömningen att det nya stödet bör benämnas särskild tandvårdsersättning och att dagens tandvårdsersättning fortsättningsvis bör betecknas allmän tandvårdsersättning.

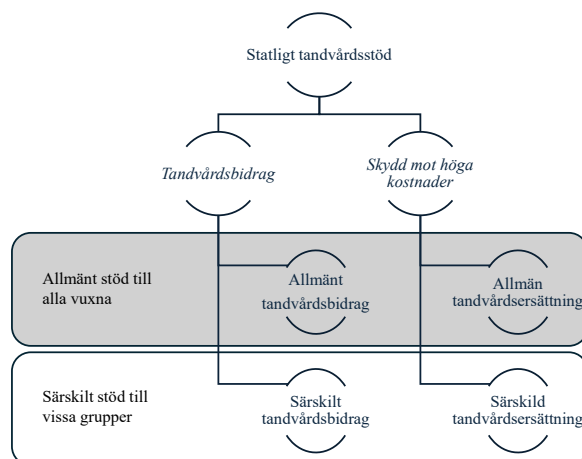
Regeringen ställer sig bakom utredningens förslag att för tandvård som berättigar till särskild tandvårdsersättning ska allmän tandvårdsersättning inte lämnas. Om det finns förutsättningar för särskild tandvårdsersättning, ska behandlaren således inte kunna välja att i stället begära ersättning inom ramen för det nuvarande högkostnadsskyddet. I utredningens författningskommentar till bestämmelsen anförts att förslaget innebär att tandvård inom särskild tandvårdsersättning inte omfattas i det ackumulerade ersättningsgrundande beloppet för allmän tandvårdsersättning. Försäkringskassan anser att detta bör förtydligas i författning. Regeringen instämmer i att det är lämpligt med ett sådant förtydligande och föreslår därför en bestämmelse om att kostnader för tandvårdsåtgärder som berättigar patienten till särskild tandvårdsersättning inte ska beaktas vid beräkning

av allmän tandvårdsersättning. Detta kan i praktiken medföra att allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och särskilt tandvårdsbidrag (STB) i högre grad används till de behandlingar som inte omfattas av den särskilda tandvårdsersättningen, bl.a. basundersökning och annan förebyggande behandling.

Regeringen föreslår även en lagteknisk lösning som innebär att bestämmelserna om allmän respektive särskild tandvårdsersättning placeras i separata underavsnitt i lagen om statligt tandvårdsstöd. Det föreslås vidare vissa följdändringar med anledning av att den nuvarande tandvårdsersättningen ändrar benämning.

Förslagets utformning innebär att statligt tandvårdsstöd får en tydligare uppdelning i två olika delar, dels ett allmänt stöd för alla vuxna, dels ett särskilt stöd för vissa utpekade grupper. Regeringen instämmer inte i *ISF*:s synpunkt att systemet som helhet blir komplicerat och svårbegripligt i och med att det redan i dag finns möjlighet till utökat stöd för vissa grupper. Däremot är det ofrånkomligt att ett åtgärdsbaserat subventionssystem som tandvårdsstödet blir detaljerat. I figur 5.1 visas den föreslagna uppbyggnaden av det statliga tandvårdsstödet.

Figur 5.1 Förslag till statligt tandvårdsstöd



Allmän tandvårdsersättning lämnas med en viss andel av de tandvårds-kostnader, på högst referensprinsnivå, som patienten haft för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder under en ersättningsperiod om ett år. Stödet lämnas med olika procentsatser beroende på hur höga belopp kostnaderna enligt åtgärdernas referenspriser uppgår till. Den särskilda tandvårdsersättningen innebär däremot att varje utförd tandvårdsåtgärd subventioneras, alltid med samma andel av referenspriset, eller vård-givarens pris om det är lägre, och utan ett karensbelopp som patienten behöver betala innan subvention lämnas eller en s.k. högkostnadstrappa som innehåller dels karensbelopp, dels flera subventionsnivåer. Rege-ringen delar utredningens bedömning att det inte finns något behov av en ersättningsperiod för att beräkna den särskilda tandvårdsersättningen eftersom ersättning lämnas så fort en behandling är slutförd. Enligt rege-ringen kan det dock finnas skäl att, som *Region Kalmar län* föreslår,

reglera vilken vård som kan ges inom en viss tidsperiod. Även TLV anser att det behövs restriktioner i fråga om det antal åtgärder eller åtgärds-kombinationer som får utföras under en viss tidsperiod även för den särskilda tandvårdsersättningen. Regeringen anser dock inte att detta kräver någon lagändring. Vad avser TLV:s förslag om att begränsa möjligheten att starta om ersättningsperioden kan regeringen konstatera att det för närvarande saknas beredningsunderlag för att gå vidare med förslaget.

Region Dalarna väcker frågan om reformen innebär att en och samma patient kan omfattas av två system. Regeringen konstaterar att förslaget innebär att allmän tandvårdsersättning inte får lämnas för tandvårds-åtgärder som berättigar patienten till särskild tandvårdsersättning. För övriga ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder kan patienten däremot få allmän tandvårdsersättning.

Beräkning av allmän tandvårdsersättning vid utlandsvård

Försäkringskassan efterfrågar en analys av hur förslagen i betänkandet kommer att påverka handläggningen av ersättning för tandvård som utförts utanför Sveriges gränser.

I lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, förkortad ersättningslagen, finns bestämmelser om ersättning till patienter för kostnader som uppkommit till följd av att de har tagit emot vård i ett annat EES-land.

Av 10 § ersättningslagen följer att ersättning för tandvård som hade berättigat till statligt tandvårdsstöd om den hade tillhandahållits i Sverige ska bestämmas till ett belopp som motsvarar vad Försäkringskassan skulle ha betalat om tandvården tillhandahållits i Sverige. En patient kommer att kunna få ersättning enligt ersättningslagen för sådan tandvård som berättigar till särskild tandvårdsersättning med motsvarande belopp som hade lämnats till en vårdgivare i Sverige om tandvården hade utförts här.

Enligt 2 kap. 4 a § lagen om statligt tandvårdsstöd ska vid beräkning av tandvårdsersättning sådana kostnader för tandvård som lagts till grund för beslut om ersättning enligt 10 § ersättningslagen medräknas. Paragrafen bör justeras med anledning av att den nuvarande tandvårdsersättningen föreslås benämnas allmän tandvårdsersättning.

Som nämns ovan föreslås att kostnader för tandvårdsåtgärder för vilka särskild tandvårdsersättning har lämnats inte ska beaktas vid beräkning av allmän tandvårdsersättning. Regeringen kan konstatera att den nuvarande lydelsen av 2 kap. 4 a § lagen om statligt tandvårdsstöd inte är i linje med det förslaget. Detta får ses som ett förbiseende från utredningens sida. Regeringen föreslår därför ett tillägg till paragrafen som innebär att kostnader för tandvård i ett annat EES-land, som lagts till grund för beslut om ersättning enligt 10 § ersättningslagen, inte ska beaktas vid beräkningen av allmän tandvårdsersättning för patienten om tandvården hade berättigat patienten till särskild tandvårdsersättning om den hade tillhandahållits i Sverige.

Patienten ska även fortsättningsvis betala en viss andel av tandvårdskostnaden

Olika faktorer kan påverka tandvårdskonsumtionen, exempelvis valet av ersättningsmodell, villkoren för prissättning samt relationen mellan den offentliga subventionen och patientens kostnad. Om patienten – även i ett system med hög subvention – betalar en viss del av kostnaden själv, minskar risken för överutnyttjande av vårdtagaren. Givet hur tandvårdsmarknaden ser ut instämmer regeringen i utredningens analys att en särskild tandvårdsersättning som, likt övrig hälso- och sjukvård, ger 100 procents subvention efter cirka 1 400 kronor, inte kan införas utan påtagliga risker för överutnyttjande, bristande kostnadskontroll och minskad resurseffektivitet. Samtidigt är det väsentligt att patientens kostnad inte blir så hög att patienten väljer att avstå sådan tandvård som den är i behov av. En rapport från Myndigheten för vård- och omsorgsanalys baserad på en enkätundersökning genom IHP visar att 11 procent av respondenterna 65 år och äldre hade avstått från att söka tandvård 2021.

Utredningen föreslår att patienten som högst ska betala en viss andel av referenspriset för den behandlingsåtgärd som utförs, eller en viss andel av vårdgivarens pris om det är lägre. *Region Östergötland* ser att kravet att patienten alltid betalar en viss andel av kostnaden kan motverka en överkonsumtion och överutnyttjande men menar också att regelverket ytterligare kan definiera dess omfattning, vilket regeringen instämmer i.

Regeringen ställer sig bakom förslaget eftersom en viss andel av referenspriset som egenfinansiering har en bättre vårdstyrande effekt jämfört med ett system med ett enhetligt besökspris. Tandvården ska, enligt 1 kap. 3 § andra stycket lagen om statligt tandvårdsstöd, så långt som möjligt bevara munnens vävnader och behandlingens kvalitet och hållbarhet ska vägas mot kostnaderna. Det är därför väsentligt att det är billigare för patienten att reparera tänderna än att dra ut dem och ersätta med protetiska konstruktioner. Konkurrensverket efterfrågar en analys av utredningens val av subventionsnivå. Utredningens beräkningar visar att flertalet patienter får en kostnad för själva behandlingsbesöken som motsvarar patientavgifterna i den öppna hälso- och sjukvården, ofta mellan 100 och 500 kronor, om patienten betalar 10 procent av referenspriset. Samtidigt görs bedömningen att den kostnad som det alltså innebär för patienten kommer att ha en viss återhållande effekt på valet av åtgärder. Utredningens beräkningar visar att mer än två tredjedelar, närmare 75 procent, av de patienter som omfattas av den första etappen av reformen kommer att få en årlig kostnad på 1 400 kronor eller mindre, vilket skulle innebära ett högkostnadsskydd som mer liknar övrig vård. Högkostnadsskyddet inom den öppna hälso- och sjukvården uppgick 2024 till 1 400 kronor och höjdes 2025 till 1 450 kronor i samtliga regioner förutom *Region Jämtland Härjedalen* (1 300 kronor).

Om studentmottagningarnas behov av patienter

De universitet som bedriver utbildning av tandläkare, tandhygienister och tandtekniker lyfter unisont att den särskilda tandvårdsersättningen minskar incitamenten för patienter att söka sig till en studentklinik för att få tandvård utförd till en låg kostnad samtidigt som klinikens patienter ger

nödvändig klinisk träning till blivande behandlare. Redan i dag är det svårt för universiteten att locka tillräckligt och lämpligt patientunderlag.

Regeringen menar att det är av stor vikt att tandvården har tillgång till behandlare som är väl förtrogna med att utföra vård och behandling och avser att återkomma i denna fråga i särskild ordning.

Om vårdgivarens administrativa börda och om ytterligare kontroll

För regeringen är det väsentligt att administrationen för vårdgivaren med anledning av tandvårdsstödet är smidig och inte ökar i omfattning. Den oro som förmedlas av bl.a. *Sveriges Tandläkarförbund* och *TEV* om att systemet blir komplext och administrativt tungt att hantera ser regeringen omhändertas av tandvårdsstödet it-system. Statligt tandvårdsstöd har ett högt automatiskt förfarande där Försäkringskassans it-system för tandvårdsstödet regelverk stöder vårdgivaren att exempelvis välja en ersättningsberättigande tandvårdsåtgärd utifrån det av behandlaren konstaterade tillståndet för den aktuella patienten. Vidare kan systemet stödja vårdgivaren genom att informera om vilket skydd mot höga kostnader som patienten är berättigad till. I övrigt behöver journalsystemen stödja vårdgivaren med beräkningar av tandvårdsersättning samtidigt som Försäkringskassan på begäran av vårdgivaren tillhandahåller de uppgifter som vårdgivaren behöver för att kunna beräkna en patients kostnad för tandvården. Därmed ser regeringen att systemet med såväl allmän som särskild tandvårdsersättning inte nämnvärt kommer att försvåra för vårdgivaren. Regeringen instämmer i *Privattandläkarnas* synpunkt om att det är väsentligt, och en grundläggande förutsättning för reformen, att Försäkringskassans it-stöd med automatik styr till rätt ersättning för patienten. Se avsnitt 17 för mer information om det pågående arbetet hos Försäkringskassan med it-systemet.

Regeringen har även för avsikt att tillse att patienterna ska få information om hur systemet fungerar i samband med reformens införande (se avsnitt 12) för att motverka att tandvårdssystemet upplevs som komplicerat, vilket bland andra *STHF* kommenterat. Däri kan tydliggöras vilken tandvård som omfattas av respektive tandvårdsersättning vilket kan minska patientens behov av att få denna information från vårdgivaren, något som Tjänstetandläkarna ser som tidskrävande.

ISF avstyrker huvudförslaget bl.a. eftersom de kontroller som föreslås inte ses som tillräckliga och en större översyn behövs av Försäkringskassans kontrollmöjligheter. Regeringen för en kontinuerlig dialog med Försäkringskassan om de behov som myndigheten har. Regeringen kan samtidigt konstatera att det finns flera förslag som stärker kontrollen över tandvårdsstödet, bl.a. i lagrådsremisserna *Stärkt kontroll över tandvårdssektorn* och *Ett effektivt straffrättsligt skydd för statliga stöd till företag* samt propositionen *Ökat informationsutbyte mellan myndigheter – en ny sekretessbrytande bestämmelse* (prop. 2024/25:180).

6 Föreskrifter om vilka patienter som kan vara berättigade till särskild tandvårdsersättning

Regeringens förslag: Det ska upplysas om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om vilka patienter som kan vara berättigade till särskild tandvårdsersättning.

Regeringens bedömning: Den särskilda tandvårdsersättningen bör införas stegvis. I ett första steg kan en relativt hög ålder berättiga till den särskilda tandvårdsersättningen för viss tandvårdsbehandling.

Regeringen avser återkomma om vilka kriterier som bör gälla vid en eventuell utvidgning av reformen.

Utredningens förslag och bedömning överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslår en upplysningsbestämmelse om att regeringen kan meddela föreskrifter om förutsättningar för berättigande till särskild tandvårdsersättning (se även avsnitt 7). Utredningens förslag avviker även lagtekniskt från regeringens.

Utredningen föreslår vidare en bestämmelse i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd som innebär att särskild tandvårdsersättning ska lämnas från och med det år patienten fyller 67 år.

Remissinstanserna: Ingen av remissinstanserna uttalar sig om utredningens lagförslag om att regeringen kan meddela föreskrifter. Däremot har en klar majoritet av instanserna synpunkter på förslaget till förordningsändring och på bedömningen. En del av de remissinstanser som uttalar sig instämmer i utredningens förslag om en åldersgräns och bedömning av munhälsan genom en munhälsoprofil. Mer än hälften av de som lämnar synpunkter anser att kriteriet för att vara berättigad till särskild tandvårdsersättning i stället för ålder bör utgå från patientens behov.

Att utredningen enligt direktiven ska prioritera äldre med sämst munhälsa kommenteras av bl.a. *Halmstads kommun* och *Göteborgs universitet*. Instanserna anser att tandförluster som inte rehabiliteras kan medföra en stor påverkan på möjligheten till att tillgodogöra sig föda och att förslaget på sikt kan ge en bättre tandhälsa och välbefinnande samt bibehållen god livskvalitet. *Region Örebro län* lyfter att äldre av kostnadsskäl avstår tandvård i högre utsträckning än andra vuxna. *Region Skåne* och *Aqua Dental AB* anser att fokus på äldre är en riktig prioritering eftersom dessa relativt sett har störst risk för mer allvarlig oral ohälsa. Vidare har äldre på gruppnivå en svagare ekonomi, varför en överkomlig kostnadsnivå för tandvård minskar risken för att nödvändiga behandlingar skjuts på framtiden. Göteborgs universitet poängterar dock att det är av stor vikt att reformen inte medför negativa konsekvenser för den yngre generationen.

Att den särskilda tandvårdsersättningen bör införas stegvis i hela befolkningen i den takt som tandvårdens kapacitet att möta ökad efterfrågan medger ses som positivt av flera, bl.a. *Region Sörmland* och *Region Skåne*. Region Skåne ser även att det är av särskilt stor vikt att en grundlig analys görs av de potentiella effekterna innan ytterligare utökning sker. *Ekonomistyrningsverket (ESV)* menar att utredningens bedömning är väl avvägd.

Härnösands kommun anser däremot att det är viktigt att särskild tandvårdsersättning införs för alla åldersgrupper från 20 år i relativt snabb takt. Kommunen möter varje vecka personer som inte har ekonomiska förutsättningar att bekosta tandvård.

Att särskild tandvårdsersättning i den första etappen ska lämnas till personer som är 67 år och äldre kommenteras av många remissinstanser och en fjärdedel av de som kommenterar instämmer i utredningens förslag. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Aqua Dental AB*, *Region Blekinge*, *Region Skåne* och *Region Östergötland* tillstyrker förslaget att ha en åldersgräns på 67 år. *Region Skåne* anser att ålder som gräns för vem som innefattas av högkostnadsskyddet skapar en tydlighet i stödet. *Pensionärernas riksorganisation (PRO)* tillstyrker förslaget men anser att gränsen är för hög och föreslår att särskild tandvårdsersättning ska erbjudas personer från och med den ålder då de tidigast kan ta ut allmän pension. *ESV*, som väljer att inte ta ställning i denna del, påpekar att flera av socialförsäkringssystemen har en anknytning till riktåldern för pension, dvs. 67 år, när det gäller rätten till ersättning. Myndigheten saknar dock en analys av hur det föreslagna ålderskriteriet ska hanteras i framtiden i händelse av att utredningens bedömning om att på sikt ersätta med ett annat kriterium inte genomförs samt om ålderskriteriet ska följa utvecklingen av riktåldern. *Västra Götalandsregionen (VGR)* ställer sig positiv till förslaget givet utredningens direktiv, men understryker att kronologisk ålder inte är en önskvärd indikator för vårdbehov och att en snar övergång till en mer objektiv och jämlik grund är önskvärd. *Malmö universitet* påpekar att förslaget även omfattar personer över 67 år som har god ekonomi och ringa eller måttliga tandvårdsbehov. *Region Jönköpings län* ser att det är olyckligt att man ställer olika ålderskategorier mot varandra, vilket kan komma i konflikt med principen om vård efter behov. *Privattandläkarna* ser inte att ålder är träffsäkert.

Flera remissinstanser, bl.a. *Tjänstetandläkarna*, *Region Jämtland Härjedalen*, *Region Skåne* och *Föreningen för svensk dentalhandel* påpekar att införandet av en åldersgräns medför en tröskeffekt som innebär en risk att patienter avvaktar med större åtgärder tills de fyller 67 år och att de uppskjutna behandlingarna under denna period kan bli mer omfattande och kostsamma om munhälsan försämras under tiden. *Praktikertjänst AB* anser att förslaget riskerar att missa patienter med stora behandlingsbehov i andra oprioriterade åldrar som bäst behöver ett utökat högkostnadsskydd.

Av de som kommenterar utredningens bedömning att en munhälsoprofil på sikt bör ersätta ålder som kriterium instämmer merparten, exempelvis *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)*, *Folkhälsomyndigheten*, *Högskolan Kristianstad*, *Region Norrbotten*, *SKPF Pensionärerna* och *Sveriges Folk tandvårdsförening (SFF)*. *Sveriges Tandhygienistförening (STHF)* ser generellt att det är av stor vikt att satsa på äldres munhälsa, men anser att exakt ålder är en felaktig utgångspunkt som kriterium för särskild tandvårdsersättning och att kriteriet blir mer träffsäkert om det baseras på risk- och friskfaktorer inom ett riskbedömningssystem. *Region Uppsala*, som är tveksam till en åldersgräns, ställer sig dock förstående till att det i dagsläget inte finns några validerade riskbedömningssystem.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF), som avstyrker huvudförslagen i betänkandet, anger att förslaget bygger på en tillfällig lösning som är tänkt att ersättas av ett ännu inte färdigt system för riskbedömning

och munhälsoprofil. Eftersom det pågår ett arbete med att ta fram ett nationellt riskbedömningssystem anser ISF att starka skäl finns till att avvakta med att införa en reform som endast baseras på ålder. Praktiker-tjänst AB, *Karolinska Institutet* och *Region Kalmar län* m.fl. anser att det finns starka skäl att invänta arbetet med ett nationellt riskbedömnings-system innan särskild tandvårdsersättning införs. *Försäkringskassan* ser att munhälsoprofil kan vara ett mer ändamålsenligt urvalskriterium för att identifiera de patienter som har störst behov och är positiv till att förutsättningarna för detta utreds vidare. *Sveriges Tandläkarförbund* stöder tanken på att utgå från munhälsoprofil och tandvårdsbehov som kriterium men motsätter sig att växla mellan ålder och munhälsoprofil. *Region Dalarna* och PRO anför att kriteriet på sikt borde utgå utifrån munhälso-profil, men anser samtidigt att det finns en poäng med att låta de äldsta åldrarna kvarstå oavsett munhälsoprofil eftersom munhälsan försämras snabbt ju äldre individen blir.

TLV instämmer i utredningens bedömning att det nationella bedömningssystemet utöver risk för framtida oral sjukdom även behöver omfatta en bedömning av befintlig oral status. Myndigheten anser att en sådan helhetsbedömning ger bättre förutsättningar att ge statligt stöd till de patienter som har de största behoven av tandvård. *Region Skåne* och TLV pekar på att det är viktigt att munhälsoprofilen ska vara objektiv och inte kunna manipuleras för att påverka det ekonomiska utfallet och avstyrker därför en munhälsoprofil som kopplas till vårdgivarens subjektiva bedömning av risk.

Ett fåtal remissinstanser delar inte utredningens bedömning om att skyddet på sikt bör baseras på en munhälsoprofil. Bland annat anser *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* att användningen av munhälso-profil behöver utredas ytterligare innan förslaget kan genomföras i praktiken. *Region Västerbotten* ifrågasätter hur hela befolkningens mun-hälsa ska kunna främjas och sjukdom förebyggas med ett riskvärderings-system baserat på retrospektiva data gällande vårdkonsumtion samt hur statlig subvention ska kunna fördelas på ett adekvat sätt med hjälp av ett verktyg som inte utgår från vetenskaplig evidens. Regionen anser att statens önskan om att hitta en finansiell lösning som främjar jämlik tand-vård i första hand måste utgå från en odontologisk grund och ett holistiskt synsätt på patienten.

Svensk Förening för Parodontologi och Implantologi (SFPI) föreslår att högkostnadsskyddet även bör omfatta yngre patienter med svår parodontal sjukdom eller andra vårdkrävande tillstånd redan i ett inledande skede.

Skälen för regeringens förslag

Det bör införas en upplysningsbestämmelse

Regeringen instämmer med utredningen att föreskrifter om vilka patienter som bör omfattas av reformen bör meddelas på en lägre normgivningsnivå än lag. Utredningen föreslår en bestämmelse som upplyser om att regeringen med stöd av restkompetensen kan meddela föreskrifter om förutsättningarna för berättigande till särskild tandvårdsersättning. Utredningens förslag i denna del omfattar således inte vidaredelegation till myndighet. Regeringen anser däremot att bestämmelsen bör utformas så att den upplyser om hur normgivningsmakten enligt regeringsformen är

fördelad på restkompetensens område (8 kap. 7 och 11 §§ regeringsformen). Bestämmelsen bör vidare tydligt ange vilka slags bestämmelser som avses. Regeringen föreslår därför en bestämmelse som upplyser om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om vilka patienter som kan vara berättigade till särskild tandvårdsersättning.

Särskild tandvårdsersättning bör införas stegvis

Bedömningen från utredningen är att den särskilda tandvårdsersättningen bör införas stegvis i den takt som tandvårdens kapacitet medger att möta en ökad efterfrågan.

Regeringen instämmer i utredningens bedömning att reformen bör införas stegvis och att det är av stor vikt att en grundlig analys görs. Effekten på tandvårdsmarknaden kan analyseras utifrån flera perspektiv, såsom eventuella undanträngningseffekter av reformen, kostnaden för reformen, prisutvecklingen på övrig tandvårdsmarknad, effekter på efterfrågan och vårdgivarnas utbud. Regeringen utvecklar detta analysbehov i avsnitt 14. Regeringen avser återkomma vad gäller frågan om en utvidgning av reformen.

Särskild tandvårdsersättning bör i den första etappen införas med en åldersgräns

Utredningens uppdrag har varit att ta fram ett förstärkt högkostnadsskydd som prioriterar äldre med sämst munhälsa. I ett första steg föreslår utredningen att patienter som är 67 år eller äldre och som har ett behandlingsbehov ska omfattas. På sikt bedömer utredningen att en munhälsoprofil bör ersätta ålder som kriterium för förstärkt högkostnadsskydd. Vissa remissinstanser ställer sig bakom förslaget om åldersgräns, exempelvis *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*. Merparten av remissinstanserna som kommenterar förslaget, bl.a. *TLV* och *Sveriges Tandläkarförbund*, ser dock att patientens behov och munhälsostatus är ett mer ändamålsenligt kriterium än ålder.

Målet för tandvården enligt tandvårdslagen (1985:125) är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen. En god munhälsa har stor betydelse för livskvaliteten, självkänslan och det sociala livet. Det handlar om att kunna tugga maten, tala, slippa smärta och obehag samt att interagera med andra. Munhälsan är beroende av flera faktorer, såsom vilken kost personen äter och hur ofta, hur personen sköter sin munhygien, om personen lider av allmänsjukdomar, medicinerar med läkemedel samt, inte minst, om personen har tillgång till tandvård.

Förmågan att kunna tugga föda är väsentlig. Orala sjukdomar som karies och parodontit kan obehandlade medföra smärta och en nedsatt förmåga att tugga och äta. Även att dra ut tänder som är gravt skadade kan försämra denna förmåga. Med åldern kan produktionen av saliv i viloläge minska. Även den fysiska funktionsförmågan kan försämrats med åldern vilket kan ge svårigheter att sköta munhygien. Med ökande ålder, eller vid parodontit, kan även tandköttsskanten dra sig tillbaka och en del av rottytan blottläggas. Rottytan kan lättare få karies än själva tandkronan. Äldre personer kan därför ha en förhöjd risk för såväl karies som tandköttsinflammation (gingivit). Obehandlad inflammation av bakterier i tand-

köttet kan utvecklas till parodontit. Om munhälsan är försvagad kan det leda till försämrad kosthållning, minskad aptit och sämre näringstillförsel, vilket ytterligare påverkar munhälsan och allmänhälsan negativt. När munhälsan hos äldre är dålig kan det påverka de dagliga aktiviteterna negativt och dessutom bidra till allmän svaghet. Personer som växte upp under första hälften av 1900-talet saknade vanligen information om munhygien och var utan tillgång till fluortandkräm och regelbunden tandvård. De har därför generellt färre kariesfria tänder än yngre generationer.

Regeringen anser därför i likhet med utredningen att den första etappen av den särskilda tandvårdsersättningen bör införas med en viss åldersgräns.

Regeringen ser inte den konflikt som *Region Jönköpings län* lyfter mellan en åldersgräns och principen om vård efter behov. Förslaget i avsnitt 11 att föra in behovs- och solidaritetsprincipen i tandvårdslagen tydliggör vilka patienter som tandvården ska prioritera, medan ersättnings-systemet påvisar vilken ersättning som staten lämnar.

Det finns hos äldre personer flera faktorer som kan bidra till en försämrad munhälsa. En fördel med en åldersgräns är att den är enkel att kommunicera och förstå, vilket *Region Skåne* påpekar. En nackdel är att en åldersgräns kan ses som trubbigt för att nå de äldre som har sämst munhälsa, vilket bl.a. *Malmö universitet* poängterar. Även om munhälsan statistiskt sett försämras med åldern finns det stora variationer bland de äldre vad gäller deras munhälsa. Som *Praktikertjänst AB* påpekar finns det personer med stora behov i andra åldrar också.

Att det finns en överhängande risk för att patienter avvaktar behandling i väntan på en högre subvention har konstaterats vid utvärdering av den tidigare s.k. 65-plusreformen. Regeringen konstaterar dock att det i dag inte finns ett nationellt system för att enhetligt bedöma en patients munhälsa och därmed möjliggöra styrning av statliga subventioner till dem som faktiskt har de största odontologiska behoven oavsett ålder. De två mått på tandhälsa som samlas in till tandhälsoregistret, intakta och kvarvarande tänder, är endast avsedda för analyser på aggregerad nivå och förordas inte av utredningen för detta ändamål eftersom de inte påvisar den aktuella tandhälsan. Att i ett inledande skede även omfatta andra grupper med uttalade behov, såsom *SFPI* förordar, ser regeringen inte som ett alternativ i detta skede.

Ett bedömningssystem för patientens munhälsa och risk för oral ohälsa kan övervägas på sikt

Utredningen gör bedömningen att subventionen på sikt i stället bör styras till dem som har de största odontologiska behoven genom att varje patient erbjuds en s.k. munhälsoprofil. Att fastställa munhälsoprofiler, som genereras inom ramen för det nationella riskbedömningssystem som Socialstyrelsen getts i uppdrag av regeringen att utveckla, vore enligt utredningen ett mer ändamålsenligt sätt att identifiera de patienter som har sämre munhälsa än att använda en åldersgräns. Den aktuella munhälsan som behandlaren ser vid en undersökning påvisar om en patient har ett aktuellt behandlingsbehov och är samtidigt, tillsammans med tidigare utförd tandvård, en grund för en bedömning av framtida risker för oral ohälsa.

Regeringen utesluter inte att en munhälsoprofil är ett tänkbart sätt att i framtiden identifiera patienter som bör vara berättigade till särskild tandvårdsersättning. I juni 2024 fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla en nationell modell för riskbedömning som bl.a. ska ligga till grund för den tandvård som patienten bör erbjudas. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU) och TLV har samtidigt fått i uppdrag att stödja detta arbete. Uppdragen har redovisats till regeringen och bereds inom Regeringskansliet inför vidare hantering. Därmed är det i nuläget inte möjligt att i detalj kommentera de remissynpunkter som inkommit om hur bedömningssystemet bör tas fram och på vilka grunder som bedömningen bör ske. *ISF*, som avstyrker reformen, poängterar att förslaget bygger på en tillfällig lösning som är tänkt att ersättas med ett ännu inte färdigt system för riskbedömning. Regeringen instämmer i att förslaget kan framstå som kortsiktigt, men ser i likhet med utredningen att en åldersgräns i dag är det bästa alternativet och att det också bedöms vara det under en överskådlig tid. Regeringen instämmer i *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* synpunkt att användningen av munhälsoprofiler behöver utredas ytterligare innan ställning kan tas om att genomföra förslaget i praktiken.

Att redan nu planera för hur reformen kan utvecklas och förbättras ser regeringen som positivt. *ESV* efterlyser ett alternativt scenario om munhälsokriteriet inte genomförs eftersom förutsättningarna inte är färdigt utredda. Regeringen vill här framhålla att ett arbete pågår med att utveckla ett bedömningssystem för risk och munhälsoprofil. Om en utvidgning av reformen kommer att fortsätta bygga på ålderskriteriet, ett bedömnings-system för patientens munhälsa, eller en kombination av dessa kriterier, är något som regeringen avser återkomma om.

7 Föreskrifter om vilken tandvård som kan berättiga till särskild tandvårdsersättning

Regeringens förslag: Det ska upplysas om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om vilken tandvård som kan berättiga till särskild tandvårdsersättning.

Utredningens förslag överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslår en upplysningsbestämmelse om att regeringen kan meddela föreskrifter om förutsättningar för berättigande till särskild tandvårdsersättning (se även avsnitt 6). Utredningens förslag avviker även lagtekniskt från regeringens.

Utredningen föreslår vidare en bestämmelse i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd som innebär att särskild tandvårdsersättning ska gälla vid behandling av sjukdoms- och smärttillstånd, vid reparativ vård och vid rehabiliterande och habiliterande vård, med undantag av ny fast protetik bakom tandposition 5. Utredningen föreslår därigenom att undersökning och förebyggande behandling samt ny fast protetik bakom tandposition 5 i stället ska omfattas av den allmänna tandvårdsersättningen.

Remissinstanserna: Ingen remissinstans kommenterar utredningens lagförslag i denna del. Däremot är det många remissinstanser inom tandvården, men även flera myndigheter och andra organisationer, som har synpunkter på utredningens förslag till förordningsändring. Av de som kommenterar förslaget tillstyrker vissa, bl.a. *Region Skåne*, *Region Östergötland*, *Sveriges Folktandvårdsförening (SFF)* och *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)*, förslaget att särskild tandvårdsersättning ska omfatta tandvårdsbehandling av sjukdom och smärta, reparativ vård samt rehabiliterande och habiliterande vård med begränsning för ny fast protetik bakom tandposition 5. *Socialstyrelsen* instämmer i utredningens förslag om vilken behandling som ska ingå. För att kunna tillstyrka förslaget i sin helhet anser dock myndigheten att även utredning och hälsofrämjande insatser vid konstaterad risk för försämrad munhälsa hade behövt ingå. *Västra Götalandsregionen (VGR)* ställer sig positiv till förslaget givet utredningens direktiv, men ser att det finns en pedagogisk utmaning i att exkludera förebyggande och hälsofrämjande insatser.

Remissutfallet är blandat vad gäller utredningens förslag om att ny fast protetik bakom tandposition 5 endast ska omfattas av det allmänna högkostnadsskyddet. *Region Blekinge*, *Region Östergötland* och *Region Skåne* anför att det är ett rimligt avvägande. *Region Jämtland Härjedalen*, *Region Västernorrland*, *SPF Seniorerna* och *SFF* är tveksamma till förslaget i denna del då detta kan ses som begränsande ur rehabiliterande och habiliterande perspektiv i vissa kliniska situationer och ser gärna en utökning till tandposition 6 på sikt. Privattandläkarna anser att förslaget i denna del är mycket svårt att förklara för patienterna och att patienterna inte kommer förstå begränsningen. *Sveriges Tandläkarförbund* är skeptiskt till att dela upp tänder enligt ett system som saknar vetenskaplig förankring. Göteborgs universitet ser att det är bekymmersamt att efterföljande rehabilitering inte blir möjlig för vissa patientgrupper, vilket medför en nedsatt tuggfunktion.

Praktikertjänst AB anser att all fast protetik ska undantas från särskild tandvårdsersättning och ligga kvar i befintligt högkostnadsskydd. *Föreningen för svensk dentalhandel* befarar en negativ inverkan på hela marknaden för protetik fram till att reformen träder i kraft. Företag som arbetar med tandteknik kan räkna med omfattande permitteringar, uppsägningar och till och med nedläggningar om patienterna väljer att invänta den kommande reformen innan de vill få sin tandvård utförd. En sådan effekt lyfts även av *Sveriges Tandteknikerförbund*.

Att undersökningar och förebyggande tandvård inte omfattas av särskild tandvårdsersättning ses av många remissinstanser som negativt och närmare två femtedelar av de som kommenterar förslaget i denna del vill att även denna tandvård inkluderas. *Sveriges Tandhygienistförening (STHF)* ser med stor oro på att hälsofrämjande och förebyggande tandvård får stå tillbaka. Att Sveriges befolkning har en munhälsa i världsklass bygger på ett tydligt strategiskt förebyggande och hälsofrämjande arbete i tandvården och det är av stor vikt att inte riskera de hälsovinster som uppnåtts. *Göteborgs universitet* lyfter att förslaget i denna del står i stark kontrast till det nationella och internationella synsättet där tandhälsoarbetet bör utgå från förebyggande insatser. *Region Västernorrland* anför att den förebyggande vården riskerar att nedprioriteras av patienter och på sikt även behandlare. *Enköpings kommun* lyfter att patienter med kroniska sjuk-

domar som diabetes, Sjögrens syndrom eller cancer riskerar att påverkas negativt. *Pensionärernas riksorganisation (PRO)* betonar att kostnaden för en undersökning är för hög för många äldre med låga pensioner. Även SPF Seniorerna, *Region Örebro län* och *Region Jämtland Härjedalen* kritiserar förslaget i denna del. *Region Blekinge* lyfter att genom att poängtera och arbeta aktivt med sjukdomsförebyggande åtgärder ökar möjligheterna att bibehålla en god munhälsa. *Region Dalarna* anser att tandvården enligt tandvårdslagen (1985:125) ska arbeta utifrån en förebyggande inriktning och att förslaget ger fel signaler där folkhälso-perspektivet tappas. *Aqua Dental AB* för ett liknande resonemang. *Karolinska Institutet* ser det som anmärkningsvärt att undersökning och förebyggande åtgärder, vilket patienter kanske känner minst motivation till att betala, inte omfattas. *Privattandläkarna* påpekar att förslaget leder till att patienter avstår från förebyggande behandling då den uppfattas som förhållandevis kostsam och att förslaget innebär att det blir billigare att laga än att förebygga. Risker ökar att äldre patienters munhälsa försämrats vilket gör stödet kontraproduktivt. *Region Sörmland* poängterar att om patienter avstår från förebyggande av sjukdom kommer behandlingsbehoven och kostnaderna att öka. *Malmö kommun* anser att förslaget i denna del innebär en ekonomisk oförutsägbarhet för den enskilde som därigenom kan komma att undvika tandvården på grund av en oro för kostnaden. *Malmö universitet* påpekar att förslaget kan medföra att patienten avstår från nödvändig uppföljning av utförd vård, vilket kan medföra en försämrad prognos för behandlingen. Även *Svensk förening för oral protetik* lyfter liknande synpunkter samt tillägger att förslaget riskerar att bli vård drivande. *Region Jönköpings län* kommenterar att en exkludering av undersökningar och förebyggande åtgärder skulle kunna få vårdgivare att överutnyttja dessa koder för att till viss del täcka för inkomstförlust på andra åtgärder som har ett pristak. *Region Kalmar län* ser en risk att patienterna "friskförklaras" för att få använda hälsofrämjande åtgärder, i stället för sjukdomsbehandling, som inte är prisreglerade.

Konkurrensverket delar utredningens bedömning att behålla den allmänna tandvårdsersättningen som gäller i dag för de delar av marknaden där priskonkurrensen är större och där patienterna har bättre möjligheter att göra informerade val. *Region Stockholm* instämmer i utredningens förslag att inte innefatta undersökningar och förebyggande tandvård då det inte är ekonomiskt möjligt att finansiera inom förslaget. Även SFF är positiv till förslaget mot bakgrund av utredningsdirektivets tydliga fokus på grupper med sämst tandhälsa. Föreningen ser även att det finns en risk att ett lågt pris för undersökning styr mot tätare revisionsintervall än vad som är nödvändigt utifrån patientens faktiska risk för en försämrad munhälsa.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) avstyrker utredningens förslag om vilken tandvård som kan berättiga till ersättning som de ser riktas väldigt brett och även inbegriper personer som inte kan kategoriseras tillhöra gruppen med sämst tandhälsa. Omfattningen av reformen kan även enligt myndigheten komma att påverka incitamenten för egenvård och förebyggande behandlingar.

Skälen för regeringens förslag

Det bör införas en upplysningsbestämmelse

Regler som ändras ofta eller är detaljerade bör inte meddelas i lag om de kan meddelas genom andra föreskrifter. Eftersom regelverket om statligt tandvårdsstöd är detaljerat och samtidigt ska kunna ha viss flexibilitet valde regeringen 2008 att i förordningen om statligt tandvårdsstöd införa vissa grundläggande bestämmelser, men samtidigt bemyndiga TLV att genom föreskrifter reglera vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning och under vilka förutsättningar som ersättning kan lämnas. Den särskilda tandvårdsersättningen kan hanteras på motsvarande sätt.

Regeringen föreslår därför en bestämmelse som upplyser om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om vilken tandvård som kan berättiga till särskild tandvårdsersättning. Utredningens förslag i denna del omfattar inte möjligheten att bemyndiga en myndighet att meddela föreskrifter. Regeringen anser att bestämmelsen bör utformas så att den upplyser om hur normgivningsmakten enligt regeringsformen (RF) är fördelad på restkompetensens område (8 kap. 7 och 11 §§ RF). Bestämmelsen bör vidare tydligt ange vilka slags föreskrifter som avses.

Regeringen har för avsikt att i förordning översiktligt reglera vilken tandvård som det nya stödet bör omfatta. Mer detaljerade bestämmelser om vilka tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigande och under vilka förutsättningar får meddelas av TLV med stöd av befintligt bemyndigande i förordningen (2 § 1).

Med ett tydligt regelverk från TLV, stödjande it-system hos den förvaltande myndigheten Försäkringskassan och vårdgivarens journalsystem skapas goda förutsättningar för att begränsa administrationen hos vårdgivarna.

Ersättningsreglerna bör definiera vilken tandvård som berättigar till särskild tandvårdsersättning, vårdgivarens följsamhet till regelverket ska vara möjligt att kontrollera i efterhand och reglerna ska dessutom kunna justeras beroende på kostnadsutfall. Precis som vid införandet av det statliga tandvårdsstödet är det regeringens bedömning att regelverket bör utformas på ett sådant sätt att det avsatta ekonomiska utrymmet kan hållas och att de statliga resurserna, så långt möjligt, träffar de mest angelägna behoven av tandvård.

Utredningens förslag om vilken tandvård som omfattas

Utredningen föreslår att endast patienter som har ett konstaterat vårdbehov ska kunna få del av den särskilda tandvårdsersättningen. Vårdbehovet kan hänföras till sjukdom eller smärta eller vara ett behov av reparation av tand eller konstruktion i munnen. Vårdbehovet kan även vara att återfå eller skapa en förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, alternativt skapa ett utseendemässigt godtagbart resultat. Skälet bakom förslaget är att höga kostnader uppstår först när det finns ett av behandlaren konstaterat vårdbehov hos patienten, vilket riktar stödet mot den avsedda gruppen som har sämre tandhälsa. Förslaget gör ingen skillnad mellan den person som har en enstaka tandskada och den person som behöver rehabilitera ett helt eller delvis tandlöst bett och som därmed har ett större behov. Utredningen gör dock bedömningen att det inte är möjligt att endast fokusera på vissa

svårare odontologiska tillstånd eftersom det dels blir komplicerat att förstå, dels riskerar att motverka sitt syfte om patienten väljer att avvakta tills den mindre åkomsten fått en sådan svårighetsgrad att den omfattas av särskild tandvårdsersättning.

Utredningens förslag innebär vidare att undersökningar, utredningar och hälsofrämjande insatser (tillståndsserierna 1 000 och 2 000 i TLV:s föreskrifter om statligt tandvårdsstöd) inte ska berättiga till särskild tandvårdsersättning. Utredningen motiverar sitt ställningstagande med flera skäl. Direktivens fokus på grupper med sämst munhälsa gör det enligt utredningen ändamålsenligt och kostnadseffektivt att rikta subventionen mot sjukdom och rehabilitering framför förebyggande och hälsofrämjande tandvård. Inom hälso- och sjukvården i övrigt erbjuds sällan regelbundna förebyggande besök eller hälsokontroller och direktiven innehåller skrivningar om att mer efterlikna högkostnadsskyddet i övrig vård. Om även vanliga basundersökningar skulle omfattas för alla 67 år och äldre, vilket i dag motsvarar en stor andel av de åtgärder som utförs, skulle det ta betydande personella resurser från de patienter som har större behov. Detta kan jämföras med hur den utökade avgiftsfria tandvården för unga vuxna skapade undanträngningseffekter inom folktandvården mellan åren 2017–2024. Slutligen anger utredningen den principiella uppfattningen att det inte bör råda prisreglering inom en större del av tandvårdsmarknaden än nödvändigt, att priskonkurrensen är större i fråga om de tandvårdsåtgärder som inte omfattas av reformen och att patienten för dessa har bättre möjligheter att göra informerade val. Utredningen påpekar att den inte genom förslaget tar ställning till om det ur ett mer övergripande folkhälsoperspektiv är lämpligt att exkludera undersökningar och hälsofrämjande insatser som ersättningsberättigande. Undersökning och utredning samt hälsofrämjande insatser är enligt utredningens förslag fortfarande en del av det allmänna skyddet mot höga kostnader som gäller för alla vuxna oavsett ålder.

Remissinstanserna lämnar flera olika förslag till justeringar av vilken tandvård som ska kunna omfattas av den särskilda tandvårdsersättningen, inklusive förslag om att helt exkludera fast protetik och tillhörande kirurgi från särskild tandvårdsersättning och att i stället erbjuda detta inom fri prissättning med allmän tandvårdsersättning. Andra remissinstanser hyser tveksamhet till restriktionen för ny fast protetik bakom tandposition 5 då detta kan ses som begränsande ur ett rehabiliterande och habiliterande perspektiv i vissa kliniska situationer. Många remissinstanser lämnar synpunkten att förebyggande tandvård som undersökningar och hälsofrämjande insatser bör berättiga till särskild tandvårdsersättning.

Som nämns ovan har regeringen för avsikt att i förordning översiktligt reglera vilken tandvård som det nya stödet bör omfatta. Regeringen kommer att ta ställning till de inkomna remissynpunkterna i det fortsatta arbetet. Vilken tandvård som det statliga tandvårdsstödet subventionerar och på vilket sätt det sker förändras över tid. Av propositionen Statligt tandvårdsstöd (prop. 2007/08:49 s. 84) framgår att regelverket måste präglas av en viss flexibilitet där behandlingsmetoder över tid kan bytas ut och att det kan finnas skäl att göra ändringar beträffande vilka tillstånd som medför att en viss behandling är ersättningsberättigande, givet kostnadsutfall och med hänsyn till det statsfinansiella utrymmet. Så bör tandvårdsstödet fungera även framöver.

8 Vårdgivarens pris får inte överstiga referenspriset

Regeringens förslag: För att särskild tandvårdsersättning ska lämnas ska vårdgivarens pris för tandvårdsåtgärden inte få överstiga referenspriset.

Regeln om att vårdgivarens pris inte får överstiga referenspriset ska inte gälla vid beräkning av ersättning enligt lagen om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.

Utredningens förslag överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslår inte uttryckligen att det ska vara en förutsättning för att särskild tandvårdsersättning ska lämnas att vårdgivarens pris inte överstiger referenspriset. Utredningen föreslår inte heller någon ändring i lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet.

Remissinstanserna: Remissutfallet är blandat. Privata vårdgivare är generellt negativa till förslaget att reglera det högsta priset som en vårdgivare får ta ut medan andra, främst regioner, kommuner, pensionärsorganisationer och myndigheter, ser positivt på förslaget. En dryg tredjedel av de remissinstanser som tagit ställning till förslaget tillstyrker eller ställer sig positiva till prisreglering, men nära hälften tar inte tydligt ställning. Även ett stort antal enskilda framför kritik mot förslaget.

Region Östergötland, Gävle kommun och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) tillhör de remissinstanser som tillstyrker eller är positiva till förslaget i stort. *Västra Götalandsregionen (VGR)* anser att regleringen av ersättningen till vårdgivare enligt referenspris är en nödvändighet för att säkerställa att direktivens intention uppfylls om att satsade medel ska komma patienterna till godo. *Region Norrbotten* anser att de stora skillnader som nu finns i tillgänglighet, tandhälsa och kostnad för patienterna inte är acceptabla och inte heller förenliga med intentionen i tandvårdslagen (1985:125) om en god tandhälsa och tandvård på lika villkor för befolkningen. Regionen instämmer därför i utredningens syn på att grundläggande förändringar i tandvårdssystemet är nödvändiga. En prisreglering bedöms vara nödvändig för att reformen inte ska urholkas av höjda priser och för att motverka utvecklingen mot en mer tudelad tandvårdsmarknad. *Region Skåne* lämnar liknande synpunkter om en ekonomisk ojämlikhet och bedömer att prisreglering är en viktig kostnadsbegränsande faktor som skapar ökad förutsägbarhet för patientens priser. *Sveriges folktandvårdsförening (SFF)*, *Region Värmland* och *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* gör bedömningen att en prisreglering är nödvändig för att motverka ett eventuellt överutnyttjande och för att främja en effektiv resursanvändning samt att regleringen kan bidra till en större ekonomisk jämlikhet inom denna del av det statliga tandvårdsstödet. *Karolinska Institutet* anser att det är bra att priserna regleras men att effekterna måste observeras. Reformen kommer att påverka privattandvården och kan även få oönskade effekter i glesbygd om det av utredningen föreslagna kommuntypstillägget (se avsnitt 9) inte fullt ut kompenserar tidigare priser. *Ekonomistyrningsverket (ESV)* instämmer i förslaget efter-

som högkostnadsskyddet blir mindre effektivt om patienternas kostnadsandel ökar när de faktiska priserna på tandvårdsbehandling överstiger referenspriserna och när de ökar över tid. *Pensionärernas riksorganisation* ser stora fördelar med förslaget om prisreglering.

Karolinska institutet ser att en prisreglering kan förbättra ST-tandläkarnas kliniska erfarenhet eftersom fler patienter får råd att genomgå mer avancerade behandlingar. En prisreglering kan enligt institutet också innebära ökad administration för specialistkliniker, särskilt om det krävs fler intyg, dokumentation och uppföljning för att hantera ersättnings-systemet.

Konkurrensverket ser från ett konkurrensperspektiv flera risker med förslaget om prisreglering i kombination med 90 procents subvention. Sammantaget ser verket dock att det finns ett behov av att reglera priserna när subventionsgraden är så hög som den föreslagna eftersom de normala marknadsmekanismerna då inte fungerar fullt ut. Utan någon form av prisreglering skulle subventionen sannolikt leda till såväl högre priser som ökad efterfrågan och därmed bli kostnadsdrivande för staten. När prisreglering medför att priskonkurrensen försvagas är enligt verket en kvalitetskonkurrens vanligtvis alternativet. Det bygger i sin tur på att det finns förutsättningar för kvalitetskonkurrens. Patienternas informationsunderläge inom tandvården försvårar för dem att göra välinformerade val, oavsett om priserna regleras eller inte. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* anser att den fria prissättningen under de senaste 20 åren har drivit upp priserna långt över referenspriserna, något som delvis kan förklaras av att en av fem patienter inte känner till att priserna kan variera mellan olika mottagningar, en av fyra inte känner till att det finns ett högkostnadsskydd och att tre av fyra patienter har behov av mer information om priser och tandvårdsstöd. *Folkhälsomyndigheten* tar inte ställning till de förslag som rör tandvårdsmarknadens funktionssätt, eftersom de sammanlagda effekterna, till exempel gällande hur utbudet av tandvård faktiskt kommer att påverkas i olika delar av landet, är svårförutsägbara.

Region Stockholm ser positivt på att berörda patienter får möjlighet till billigare tandvård, vilket dock minskar intäkterna för Folktandvården i Stockholms län AB då regionfullmäktiges möjlighet att besluta om högre avgifter tas bort. Att förslaget innebär en viss inskränkning av den kommunala självstyrelsen lyfts även av Region Skåne och VGR.

TLV tillstyrker förslaget att priserna inom särskild tandvårdsersättning regleras. Myndigheten anser att referenspriserna tillåter behandlaren att erbjuda en vård av god kvalitet, men att det finns ett behov av att utreda fler alternativ som kan möjliggöra bibehållen kvalitet i kombination med prisreglering. Det kan finnas skäl att överväga en tydligare reglering av kostnaden för den tandteknik som ingår i åtgärderna samt hur den kostnaden ska redovisas för patienten.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) ser fördelar med prisreglering för de patienter som berörs men avstyrker förslaget eftersom prisreglering av en del av tandvårdsmarknaden kan medföra att priserna för åtgärder som inte omfattas av prisregleringen ökar omotiverat, vilket drabbar patienter som inte är berättigade till det nya stödet. Dessa personer kan ha ett lika omfattande tandvårdsbehov och lika små ekonomiska marginaler men inte uppnått den åldersgräns som krävs. Att en del vårdgivare kan komma att kompensera intäktsbortfallet genom att höja priserna där fri

prissättning råder, vilket kan innebära att patienter tvingas avstå tandvård i dessa delar av tandvårdssystemet, lyfts även exempelvis av Konkurrensverket, TLV, *Region Kronoberg*, Tjänstetandläkarna, VGR och Sveriges Tandläkarförbund. Region Skåne ser en risk att vårdgivare missbrukar systemet för att kunna debitera fler åtgärder och få högre kostnadstäckning.

Privattandläkarna är starkt negativa till föreslagen prisreglering och poängterar att 75 procent av målgruppen för särskild tandvårdsersättning går till en privat vårdgivare som de i regel är mycket nöjda med. Det är dessa patienter som främst kommer att drabbas av en sämre tandvård om en prisreglering införs. Branschorganisationen anser att den nedskärning av kostnader hos vårdgivaren som kommer att behöva göras, kommer att gå ut över patientomhändertagande, tillgänglighet och kvalitet. *Praktikertjänst AB* och *Sveriges Tandhygienistförening (STHF)* är negativa till en prisreglering som de menar i grunden kommer förändra tandvårdsbranschen och den tandvård som vårdgivarna erbjuder.

Sveriges Tandläkarförbund ser allvarliga risker med prisreglering och lyfter att möjligheten till fri prissättning är den viktigaste hörnstenen som tandvården vilar på för att bevara den mångfald som finns i dag med stora och små, privata och offentliga aktörer. *Tjänstetandläkarna* är tveksamma till prisreglering och lyfter de historiska negativa erfarenheter som prisregleringen tidigare inneburit, att arbetsmiljön redan i dag av många upplevs som stressig och att tandläkare kan komma att välja att arbeta deltid för att orka ett helt arbetsliv. *Högskolan Kristianstad* lyfter att kostnaderna måste täckas för att personalen ska kunna arbeta patientsäkert och utan stress eftersom en god och hållbar arbetsmiljö, kompetensutveckling och marknadsmässiga löner är betydelsefullt för att personalen ska stanna kvar inom tandvården. Ett mindre utrymme att anpassa priserna kan påverka tandvårdens kvalitet och minska attraktiviteten för att få sökande till tandvårdsutbildningarna. STHF tillägger att arbetsmiljön behöver vara långsiktigt hållbar för att tandvårdspersonalen ska förbli inom yrket under en större del av ens yrkesliv. *Region Dalarna* för ett liknande resonemang. Även *Praktikertjänst AB* lyfter risken att branschens attraktivitet kraftigt begränsas samt anser att en prisreglering begränsar vårdgivarnas möjlighet att satsa på nyinvesteringar och innovation.

Svensk förening för oral protetik kan inte ställa sig bakom utredningens förslag. De lyfter att svensk odontologi är i världsklass där klinik och tandteknik samverkar. Föreningen ser att munhälsan kommer att försämrats eftersom förebyggande åtgärder exkluderas och prisregleringen riskerar leda till sänkt kvalitetsnivå. *Praktikertjänst AB* ser inte att tandvårdens stora utmaningar inom utbildning, forskning och verksamhetsutveckling finns med som en bärande del i utredningens förslag.

Risken att vårdutbudet på olika sätt minskar lyfts av flera remissinstanser. *Tandläkare – Egen Verksamhet (TEV)* ser att en statlig prisreglering kan leda till att många kommer att överväga att sälja sina kliniker, flytta utomlands till länder som erbjuder mer konkurrenskraftiga villkor och de som passerat pensionsåldern kommer sannolikt att gå i pension i stället för att jobba några extra värdefulla år. *Svenska Endodontiföreningen* för ett liknande resonemang. Karolinska Institutet, som är för en prisreglering, ser även de att prisregleringen kan få effekter på antalet tandläkare som lämnar yrket eller landet. Sveriges Tandläkarförbund vill inte se en utveckling där vårdgivare väljer att ställa sig utanför det statliga

alternativet och bedriver helt privata kliniker för de som har råd att köpa bättre vård för pengarna. Även Konkurrensverket lyfter att privata vårdgivare kan välja att ställa sig utanför det statliga tandvårdsstödet med egen prislista. Patienter med begränsade valmöjligheter i exempelvis mindre städer hamnar då i växande värdköer till vårdgivare som redan i dag har svårt att möta befolkningens behov. Risken att privata vårdgivare väljer att avansluta sig från Försäkringskassan och drivas vidare utan att erbjuda patienten tandvårdsstöd lyfts även av bl.a. TEV.

Privattandläkarna påtalar att mycket talar för att de privata vårdgivarna kommer att sluta bedriva sådan tandvård som redan i dag inte bär sina egna kostnader, vilket är den regionfinansierade tandvården för barn och ungdomar. Detta skulle tvärt emot intentionerna öka tudelningen av tandvårdsmarknaden. *Region Västerbotten* anser att så länge hela tandvårdsuppdraget till befolkningen inte regleras finns en risk att de delar som är underfinansierade väljs bort, vilket förstärker ojämlik tillgång till tandvård. I förlängningen riskerar det att leda till försämrad tandhälsa inom de delar som är underfinansierade.

Flera remissinstanser kommenterar prisregleringens effekt på specialisttandvården. Privattandläkarna ser en betydande risk att även erfarna allmäntandläkare väljer att remittera till specialist trots egen kompetens att utföra tandvården, vilket leder till att tandvårdens resurser inte används optimalt och att köerna till specialisttandvården kan öka. Ett liknande resonemang om ökat remissinflöde förs även av *Göteborgs universitet*, *Svensk Endodontiföreningen*, *Svensk Förening för Parodontologi och Implantologi* (SFPI) samt *Svensk förening för oral protetik*.

Svenska Endodontiföreningen lyfter att förslaget om prisreglering påverkar möjligheten att bedriva specialisttandvård, vilket bl.a. kan påverka förmågan att utbilda och handleda framtida specialister med en brist på specialister som följd. Föreningen föreslår därför att specialisttandvården lämnas utanför den särskilda tandvårdsersättningen, så att specialister kan fortsätta bedriva tandvård av hög kvalitet.

Region Skåne bedömer att begränsningen att specialister endast ska kunna tillämpa allmänt referenspris om patienten själv kontaktar dem utan remiss, riskerar leda till att patienter med egenremiss nekas specialisttandvård eller att vården fördröjs.

Flera remissinstanser lämnar synpunkter på referensprisberäkningarna i och med att det i förslaget om särskild tandvårdsersättning är referenspriset som blir övre gräns för vårdgivarpriset. *Region Halland*, *Region Västerbotten* och *Privattandläkarna* anser att det är av vikt att professionsorganisationer och branschen får medverka vid framtagandet av referenspriserna eftersom prisregleringen får en stor effekt för tandvårdens aktörer. *Region Sörmland* lyfter att det är viktigt att samtliga vårdgivare bidrar med kostnadsberäkningar och andra underlag så att TLV har förutsättningar att ta fram en referensprislista som avspeglar tandvårdens faktiska kostnader så bra som möjligt. Sveriges Tandläkarförbund ser även att grunden för referensprisets storlek måste vara transparent och öppen för att ge patienter, behandlare och vårdgivare en förståelse för dessa. *Region Västerbotten* ser att ett annat beräkningsunderlag än det nuvarande för referenspris behövs eftersom en prisreglering kräver att referenspriserna speglar kostnaden för vårdproduktionen,

Privattandläkarnas uppfattning är att dagens referenspriser inte stämmer överens med de kostnader en vårdgivare har och att det finns stor risk för underfinansierad tandvård. Region Sörmland ser att vissa referenspriser inte motsvarar marknadspriset. *Region Kalmar län* och Sveriges Tandläkarförbund konstaterar att det är angeläget att referenspriserna sätts på ett sådant sätt att de speglar ett normalpris, eller anpassas till dagens faktiska kostnader. Praktikertjänst AB anger att TLV i beräkningen av referenspriserna inte tagit hänsyn till faktiska kostnader för material, utrustning, lokaler och personalkostnader och att kostnader för investeringar, kompetensutveckling och geografiska skillnader i pris- och lönenivåer saknas i beräkningsunderlagen. Bolaget lyfter även att modellen för framtagande av referenspriset bör ta hänsyn till de regionala skillnader som finns för att bedriva tandvård på olika platser i landet. Svenska Endodontiföreningen ser inte att referenspriserna speglar de faktiska kostnaderna för högkvalitativa behandlingar inom specialisttandvården, där komplicerade rotbehandlingar behöver längre tid än enklare rotbehandlingar.

Region Sörmland, STHF och *Region Blekinge* m.fl. anser att referenspriserna bör ses över så att förutsättningarna att bedriva tandvård fortsatt ger möjlighet att kompetensförsörja och samtidigt bekosta metod- och behandlingsutveckling. *Svensk Förening för Parodontologi och Implantologi (SFPI)* lyfter likaledes behovet av att säkerställa att ersättningen täcker kostnader för utveckling och innovation i tandvården. *Region Jämtland Härjedalen* påpekar att om en åtgärd utifrån nationella riktlinjer kräver ett dyrare material behöver det säkras att kostnaden kan ersättas inom befintligt system. *Region Dalarna* pekar på att högkvalitativ vård enbart kan utföras med rätt referenspriser, inte genom att tvinga behandlare att använda billigare alternativ. *Aqua Dental AB* anser att TLV räknar med en för hög beläggningsgrad då kraven och tidsåtgången ökat avsevärt senaste tiden för dokumentation, kvalitetssäkringsarbete, systematiskt arbetsmiljöarbete och introduktion av nyutbildade medarbetare. Bolaget lyfter vidare att vid en lägre ersättningsnivå än vad dagens fria prissättning ger kan tandvårdens vårdgivare inte längre finansiera ST-tjänster, nischutbildningar, meriteringstjänster, forskningstjänster, handledning och inskolning av nyutbildade medarbetare.

TEV anser att så länge som prissättningen är fri gör det inget att referenspriserna inte riktigt svarar mot de verkliga kostnaderna. Vid ett införande av prisreglering kommer tandvården däremot behöva ställa höjda krav på referenspriserna, vilket kommer att fördyra statens kostnader för tandvården. TEV tror i stället att det är bättre att den enskilde patienten bär en del av de faktiska kostnaderna. Som förslaget är utformat i dag kommer det sannolikt bli ett hårt slag mot svenskt småföretagande inom tandvårdssektorn.

Region Sörmland och Praktikertjänst AB önskar ett förtydligande av om det inom ramen för det nya stödet ska vara möjligt för patienten att betala merkostnaden för andra material eller annan behandlingsmetod utöver det som enligt förslaget ska ingå, om patienten av olika skäl vill det. *Aqua Dental AB* ser stora risker med begränsningen av patientens möjlighet att välja och själv bekosta merkostnaden för högre materialstandard och för förlängd garantitid. Enligt bolaget ses detta som en självklarhet för andra patientgrupper. Förslaget leder därför till ojämlik vård. Flera remissin-

stanser, bl.a. *Föreningen Svensk dentalhandel Sveriges Tandteknikerförbund*, *Umeå universitet* och *Region Kalmar län* lyfter problematiken att förslaget om ett reglerat högsta pris riskerar att medföra en ökad import från låglöneländer av produkter som inte följer det europeiska regelverket för medicintekniska produkter med dess krav på kvalitet, hållbarhet, dokumentation och spårbarhet av ingående material. En kvalitetssänkning för denna typ av produkter innebär risker såväl för behandlingars kliniska resultat som för patienter, tandvårdspersonal och miljön. *Region Dalarna* anser att tandtekniska produkter borde kunna debiteras utöver åtgärd, som ett sätt att minska risken för dålig kvalitet. *Privattandläkarna* anser att det är en utopi att fastsittande protetik, vilken är en avancerad högkvalificerad specialanpassad produkt, ska kunna erbjudas patienter till ett fast pris. *Karolinska Institutet* poängterar att landet kan förlora kompetens inom tandteknik om beställningar i stället skickas utomlands. *Föreningen Svensk dentalhandel* anser att prisreglering av protetik innebär en kraftig begränsning av möjligheten att anpassa behandlingen utifrån individen och ökar risken för att patienten inte trivs med sina nya tänder.

Svenska Endodontiföreningen tror inte att den fria prissättningen leder till överkonsumtion, utan snarare att den ger möjlighet att säkerställa kvaliteten på vården. Om syftet med reformen är att fånga upp överdebitering bör man även i analyser av kostnadseffektivitet och resursanvändning beakta behandlingsutfall och kvalitet, för att inte begränsa vårdgivarens möjlighet att på ett korrekt sätt ta betalt för den tid och de insatser som krävs för varje enskild behandling. *Föreningen* anser vidare att en systematisk sänkning av vårdkvaliteten kan leda till allvarliga följder, inklusive spridning av infektioner som kan få livshotande konsekvenser. Detta är särskilt oroande när patientens egenkostnad för tandvården minskar, vilket gör att fler behandlingar kan efterfrågas trots att de saknar god prognos vilket resulterar i ett slöseri med resurser och skattemedel.

Region Östergötland ser att reformen skulle bli mer förståelig och förutsägbar för patienterna och mer jämlik om prisregleringen sker fullt ut inom den särskilda tandvårdsersättningen utan förslaget undantag att vårdgivaren kan välja ett lägre pris än åtgärdens referenspris.

Försäkringskassan anför att det är av stor vikt att den rättsliga regleringen inte ger utrymme för några oklarheter och att det tydligt framgår vad som gäller om vårdgivaren tillämpar ett högre pris än referenspriset. En möjlig tolkning är att avsikten är att särskild tandvårdsersättning inte ska betalas ut alls för den aktuella åtgärden. Myndigheten önskar även en analys av hur förslagen i betänkandet kommer att påverka handläggningen av ersättning för tandvård som utförts utanför Sveriges gränser.

Om prisreglering införs ökar, enligt *Privattandläkarna*, behovet av lagstiftning gällande konkurrensneutralitet mellan privata och offentliga aktörer dramatiskt. Det behövs bl.a. lagstiftning om folktandvårdens transparensbokslut. Även tandvårdslagen behöver reglera att externa utförare får samma ersättning som verksamhet i egen regi.

Skälen för regeringens förslag

En tandvårdsmarknad i förändring

Inom tandvården är prissättningen sedan 1999 fri, men för barntandvård och regionala tandvårdsstöd till patienter med särskilda behov finns vissa

särbestämmelser som innebär att den är reglerad. Tandvården inom det statliga tandvårdsstödet bedrivs av offentliga och privata utförare på en konkurrensutsatt marknad med fri prissättning och fri etablering. Det är betydligt vanligare bland äldre att besöka en privat tandvårdsklinik än bland yngre. Bland patienter som är 67 år och äldre besöker 76 procent den privata tandvården. De privata utförarna uppgår till ungefär 1 750 företag, varav 90 procent är aktiebolag. De privata tandvårdsföretagen bedriver cirka 2 800 kliniker och folktandvården har ungefär 830 kliniker fördelat på de 21 regionerna.

Tandvårdsmarknaden har förändrats under de senaste åren och utvecklats mot färre och större företag som växer genom förvärv av mindre företag. Detta visar på en konsolidering och en tilltagande dominans av större företag samt en gradvis förskjutning mot allt större privata aktörer på tandvårdsmarknaden.

Utredningen visar att det är vanligare att stora företag har högre priser på tandvård än vad företag med en lägre omsättning har. De fyra största privata vårdgivarna tillämpar priser som i genomsnitt överstiger referenspriserna med mer än 20 procent. I gruppen tandvårdsföretag med en årlig omsättning på 10–50 miljoner kronor var det 59 procent av vårdgivarna 2022 som hade en prisavvikelse som uppgick till 20 procent eller högre. Bland de minsta privata vårdgivarna, med en omsättning under 5 miljoner kronor, uppgick motsvarande siffra till 38 procent. Av dessa mindre vårdgivare var det 12 procent som i medeltal låg omkring referenspris för den utförda tandvården.

Sett till procentuell utveckling har tandvården den högsta tillväxten inom svensk privat vård- och omsorgssektor, men representerar också det minsta undersegmentet sett till dess omsättning enligt Grant Thorntons Vårdrapport 2024. Den privata tandvårdsmarknaden uppvisade en fortsatt hög tillväxttakt på 8,4 procent under 2023. Lönsamhetsmarginalen för tandvård var 10,4 procent under 2023, vilket kan jämföras med en lönsamhetsmarginal för privat vård- och omsorgssektor i sin helhet på 5,4 procent.

TLV:s uppräknings av referenspriserna tar hänsyn till den allmänna löneutvecklingen för behandlare och övrig kostnadsutveckling i tandvården. Utredningen har jämfört prisutvecklingen för referenspriserna samt för vårdgivarpriserna inom folktandvården och hos de privata utförarna. Priserna på tandvård har under perioden 2009–2023 stigit mer än både konsumentprisindex (KPI) och producentprisindex för tjänster (TPI). Under perioden steg KPI med 35 procent och TPI med 31 procent. Motsvarande ökning för de privata vårdgivarnas priser var 60 procent. Folktandvårdens priser steg med 59 procent och referenspriserna med 43 procent.

Prissättningen i tandvården skiljer sig över landet, både vad gäller privata och offentliga utförare. Folktandvården i Region Västmanland har lägst prisavvikelse (+3 procent), jämfört med referenspriserna för de 40 vanligaste åtgärderna under 2024 enligt underlag från TLV. De högsta prisavvikelserna bland regionerna ses hos Folktandvården i Stockholm AB (+30 procent), Folktandvården i Region Blekinge (+26 procent) och Region Örebro län (+29 procent). De privata vårdgivarna har i genomsnitt högre prisavvikelse än folktandvården i alla regioner, förutom i Region Örebro län där privata vårdgivare har samma procentuella prisavvikelse

som folktandvården. På nationell nivå är prisavvikelsen +16 procent för folktandvården och +27 procent för privata vårdgivare.

En allt lägre andel av den vuxna befolkningen besöker tandvården. År 2010 besökte 60 procent av befolkningen, 24 år eller äldre, tandvården åtminstone en gång under året. Motsvarande andel 2023 var 52 procent. Andelen årliga besökare i tandvården har därmed sjunkit med 8 procentenheter mellan dessa år.

TLV:s rapport Utveckling av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet visar att efter att hänsyn tagits till strukturella förändringar har tandläkarnas årliga vårdproduktion minskat med 17 procent inom den privata sektorn under åren 2009–2019, mätt som beräknat antal minuter i behandlingsstolen. Nedgången i den årliga tandvårdsproduktionen resulterade i att tandvårdsbranschens totala produktion inom det statliga tandvårdsstödet sjönk över tid, trots att antalet tandläkare ökade under perioden. Vårdtiden per invånare och år minskade från 47 till 38 minuter mellan 2009 och 2019.

Utmaningar med personalförsörjningen inom tandvården har uppmärksamats i många år och undersökningar från SCB och Socialstyrelsen visar att arbetsgivarna i tandvården upplever en bristande tillgång på personal inom alla tandvårdens yrkesgrupper. Socialstyrelsens statistik visar att det 2021 fanns drygt 9 000 sysselsatta tandläkare och ungefär 5 100 sysselsatta tandhygienister. Denna statistik inkluderar tandläkare och tandhygienister som arbetar både inom och utanför det statliga tandvårdsstödet. Antalet tandläkare per 100 000 invånare har gått ner något under de senaste tio åren. Det är en tydlig trend mot fler yngre tandläkare i landet. År 2021 var 25 procent av alla tandläkare under 35 år. Motsvarande siffra 2010 var 15 procent. Att det blivit fler yngre tandläkare medför att andelen erfarna tandläkare har minskat och yngre tandläkare är inte lika produktiva som äldre mer erfarna tandläkare.

Vad prisutvecklingen inom tandvården kan bero på

Prisutvecklingen på insatsvaror, ökade lokal- och lönekostnader och andra kostnadsförändringar innebär att vårdgivarna över tid har behövt höja priserna på tandvård. Nedan anges exempel på omständigheter som kan påverka prisutvecklingen på behandlingar inom statligt tandvårdsstöd.

En omständighet som kan leda till prisökningar är det faktum att en stor del av de patienter som i dag besöker tandvården inte tycks vara särskilt känsliga för prisförändringar. Vidare kan smärta och sjukdomstillstånd innebära att patienten oundvikligen måste åtgärda sina besvär oavsett kostnad.

Bristfällig konkurrens mellan vårdgivare påverkar också priserna. Bristande benägenhet eller möjlighet hos patienten att byta behandlare skapar marknadsmakt hos vårdgivarna och försämrar konkurrensen. När ett vårdbehov uppstår går patienten oftast till den klinik som man tidigare gått till, även om priset har blivit något eller till och med mycket högre. Att priset förändras är något patienten möjligen upptäcker först vid besöket. Den bristande benägenheten att byta tandläkare påverkas även av att patienten kan ha svårt att bilda sig en uppfattning om kvalitet och vad som är ett rimligt pris för vården. Patienten har ofta sämre kunskap om sitt vårdbehov och tillgängliga behandlingsalternativ än behandlaren.

Vårdgivaren har därmed ett informationsövertag vad gäller såväl pris som diagnos och val av behandling. Ytterligare ett skäl till att patienten stannar kvar hos samma vårdgivare, vilket försämrar konkurrensen, är att ett byte ofta är förknippat med kostnader eftersom den nya vårdgivaren behöver göra en egen bedömning av patientens vårdbehov. En vårdgivare har även en skyldighet att efter utförd undersökning eller behandling inom tandvårdsstödet erbjuda patienten att få en kallelse till en ny undersökning inom lämplig tid, vilket förstärker relationen. På flera platser i landet är också utbudet av tandläkare begränsat, vilket innebär att patienten kan behöva acceptera ett högt pris för att få vården utförd. En stor prisspridning på en marknad är i regel ett tecken på en dåligt fungerande konkurrens. Åtgärden basundersökning är den enda åtgärden där prisspridningen är förhållandevis låg. När det gäller andra åtgärder är prisspridningen hög mellan olika vårdgivare, för exempel se rubriken Det bör införas ett reglerat högsta vårdgivarpris nedan.

Utvecklingen av privattandvården och den fria prissättningen har lett till att tandvårdspersonal kan arbeta mindre och samtidigt få en rimlig lön, vilket framgår av Socialstyrelsens rapport *Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvård samt tandvård* (2023) s. 59. En sådan verksamhet kan behöva höja sina priser för att nå ekonomisk lönsamhet. En vårdgivare kan etablera en verksamhet och ansluta sig till det statliga tandvårdsstödet på valfri plats i landet. Högst antal tandläkare per capita i privat sektor finns i Stockholm, Göteborg, Malmö och Halland. Som utredningen konstaterar är utbudet av tandvård i framför allt Stockholm avsevärt större än efterfrågan. Eftersom alla kostnader vid en klinik fördelas på patienterna som besöker denna, innebär en situation med efterfrågebrist att kostnaderna fördelas på färre patienter per behandlare än vad referensprisberäkningen stipulerar.

Vidare kan regelverket för statligt tandvårdsstöd i viss mån påverka prisutvecklingen. En sådan är förekomsten av referenspriser. Även om referenspriset inte utgör något absolut prisgolv visar utredningens statistik att allt färre patienter de senaste åren möter ett vårdgivarpris som är under eller på referensprisinivå. En annan reglering som kan påverka prisutvecklingen är högkostnadstrappans gränser på 3 000 och 15 000 kronor som inte har höjts sedan införandet i juli 2008. Eftersom referenspriserna höjs årligen får allt fler patienter ta del av högkostnadsskyddet, vilket skapar ett successivt utrymme för vårdgivarna att höja sina priser. Genom högkostnadsskyddet blir en höjning av priset för vissa behandlingar inte lika kännbar för patienten som om patienten själv bekostar hela behandlingen utan tandvårdsersättning.

Sedan tandvårdsstödet infördes 2008 har den tekniska utvecklingen på tandvårdsmarknaden bl.a. inneburit möjligheter för vårdgivaren att erbjuda patienten en behandling som uppfyller högt ställda krav på estetik. Sådana behandlingar kan gå utöver det som det statliga tandvårdsstödet kan ersätta, nämligen ett utseendemässigt godtagbart resultat, se 1 kap. 3 § första stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Eftersom det statliga referenspriset baseras på sådan tandvård som omfattas av nyssnämnda paragraf kan det innebära stora differenser jämfört med vårdgivarens pris.

En stor del av kostnaden för vissa behandlingar avser material, varför vårdgivarens förslag på material påverkar priset. En behandling ska enligt

3 § tandvårdslagen vara av god kvalitet och i förarbetena framhåller regeringen att man måste förutsätta att vårdgivarna strävar efter att använda material som uppfyller rimliga kvalitetskrav och som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är kostnaden för ett material av en rimlig standard som ingår i referenspriserna och som omfattas av tandvårdersättningen (prop. 2007/08:49 s. 64 och 65). *TLV* anger i sitt remissvar att materialvalet i referenspriserna ska vara av god standard och att kostnaden för tandtekniska produkter baseras på priser från svenska tandtekniska laboratorier.

Det går slutligen inte att bortse från att vårdgivare har ekonomiska incitament att hålla vinstmarginalen på en fortsatt hög nivå eller även öka marginalerna när det är möjligt. Likaså framgår av betänkandet När behovet får styra – ett tandvårdssystem för en mer jämlik tandhälsa (SOU 2021:8) att det finns regioner som ställer årliga vinstkrav på folktandvården, vilket driver upp prisbilden lokalt samtidigt som regionerna förutsätts lyda under självkostnadsprincipen enligt kommunallagen (2017:725). Självkostnadsprincipen innebär 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 dem som inte är bosatta inom regionen.

Det bör införas ett reglerat högsta vårdgivarpris

Utredningen har haft i uppdrag att analysera och lämna skalbara förslag på hur tandvårdens högkostnadsskydd kan förstärkas för att mer efterlikna det i övrig vård och där äldre med sämst tandhälsa prioriteras. I direktiven anges att det ska säkerställas att en eventuell reform inte urholkas av ökade tandvårdspriser och att satsade medel kommer patienterna till godo samt att förslagen ska vara kostnadseffektiva och främja en effektiv resursanvändning. Utredningens bedömning är att det är nödvändigt att reglera det högsta pris som vårdgivaren får ta ut inom ramen för det nya stödet. För utredningens förslag om en särskild bestämmelse om vad patientens kostnad som högst får uppgå till (se avsnitt 8).

Ett av skälen för prisreglering som utredningen lyfter är att en fri prissättning skulle riskera att leda till en ineffektiv reform. När de faktiska priserna på tandvårdsbehandlingar i dagens system överstiger referenspriserna ökar patienternas andel av kostnaden, eftersom patienterna betalar hela mellanskillnaden mellan referenspris och vårdgivarpris. Vårdgivarpriserna har ökat avsevärt över tid, betydligt mer än den allmänna prisutvecklingen, och sådana åtgärder som vanligen subventioneras inom den övre nivån i dagens högkostnadsskydd med 85 procents subvention har ett högre prispåslag än sådana åtgärder som patienten vanligen möter i början av en ersättningsperiod, exempelvis en basundersökning. Dessa faktorer medför sammantaget att högkostnadsskyddet blir mindre effektivt. Om prissättningen är fri förutsätts behandlingarna bli relativt kostsamma för patienten trots hög subvention.

Ett annat skäl för prisreglering som utredningen tar upp är att en hög subvention kombinerat med fri prissättning riskerar att leda till oskäligt höga vårdgivarpriser, eftersom varken patienter eller vårdgivare har några

betydande incitament att begränsa kostnaderna. Patientens priskänslighet kan skilja sig åt beroende på vilken typ av tandvård som efterfrågas, men tenderar generellt att minska när subventionen ökar, även om efterfrågan på tandvård i första hand beror på ett faktiskt vårdbehov.

Utredningen lyfter även att en hög subvention i kombination med fri prissättning riskerar att bli vårddrivande och leda till en överkonsumtion av tandvård, vilket gör reformen mindre kostnadseffektiv och motverkar en effektiv resursanvändning. Det tydligaste exemplet på hur höga tandvårdssubventioner i kombination med fri prissättning blivit kraftigt vårddrivande är den s.k. 65-plusreformen under 00-talet som ledde till ett kraftigt förändrat konsumtionsmönster och nästan tre gånger högre kostnader än beräknat.

Ett ytterligare skäl som utredningen för fram är att en reform som syftar till att möjliggöra för patienter med stora eftersatta tandvårdsbehov att få tandvård till en rimlig kostnad bör bygga på en enhetlig prissättning, trots att det även fortsättningsvis kommer att vara varierande priser beroende på vilken behandling som utförs. Med fri prissättning inom den särskilda tandvårdssättningen skulle priserna med all säkerhet variera stort. Många patienter skulle i detta fall uppleva det som otydligt vad den nya reformen innebär för deras tandvårdskostnader.

Mot denna bakgrund instämmer regeringen i utredningens bedömning att det är nödvändigt att reglera det högsta pris som vårdgivaren får ta ut inom ramen för det nya stödet.

Den fria prissättningen, som infördes 1999, var tänkt att främja effektivitet i tandvården genom utvecklade arbetssätt och kompetens samt genom stimulans till investeringar. Regeringen uttalade emellertid i förarbetena att ”om, trots allt, avregleringen av prissättningen leder till oacceptabla prishöjningar på tandvård kommer regeringen inte tveka om att återinföra prisregleringen” (prop. 1997/98:112 s. 24). Regeringen kan i dag konstatera att efter mer än 25 år med fri prissättning har det inte uppstått tillräcklig priskonkurrens och patientens ställning på tandvårdsmarknaden är, trots olika insatser, alltför svag, eller till och med ännu svagare än när tandvårdsstödet infördes 2008 eftersom priserna enligt utredningens statistik eskalerat från 2017 och framåt.

Enligt statistik från prisjämförelsetjänsten tandpriskollen.se, som drivs av TLV och som presenterar medianpriser från de priser som vårdgivaren rapporterar in till Försäkringskassan, varierar priserna kraftigt mellan olika regioner och olika vårdgivare. Dessa prisskillnader förstärker den ekonomiska ojämlikheten inom tandvården. Regeringen instämmer i *Region Norrbottens* och *Region Skånes* synpunkter att de stora variationerna i fråga om patientens kostnad för tandvård över landet inte är förenliga med tandvårdslagens mål om vård på lika villkor.

Det kan även ifrågasättas om en prissättning som vida överstiger referenspriset kan hållas inom den ram som 4 § tandvårdslagen ställer på att ersättningen ska vara skäligen med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. Ett vårdgivarpris som regelmässigt är dubbelt så högt, eller mer, jämfört med referenspriset drabbar framför allt patienten genom alltför höga tandvårdskostnader, men riskerar även att leda till övervinster som lockar till sig andra aktörer i branschen än vad som tidigare förutsatts. Mellanskillnaden mot referenspriset betalas helt av patienten. En sökning på tandpriskollen.se i maj 2025

visar att priset för ett implantat och en implantatkrona hos en vårdgivare i Göteborg under hösten 2024 varierade mellan ett vårdgivarpris motsvarande referenspriset och ett pris som översteg referenspriset med 102 procent, motsvarande 17 099 kronor i ytterligare kostnad för patienten beroende på vilken mottagning som besöks. Ett annat exempel är två tandstödda kronor i Härnösand där vårdgivarprisets påslag på referenspriset varierade mellan 9 och 187 procent, vilket kan öka patientens kostnad med 17 938 kronor. Ett tredje exempel är en undersökning och mindre omfattande behandling av parodontit hos tandhygienist i Stockholm där priset varierade mellan 38 procent lägre än referenspriset och 95 procent över referenspriset, en mellanskillnad på 1 835 kronor för patienten, trots att undersökningar vanligen är en åtgärd som prissätts lågt.

Tabell 8.1 Exempel på skillnader i vårdgivarpriser
Högsta och lägsta medianpris, juli-december 2024.

Plats	Åtgärds- kod	Referens- pris totalt	Lägsta vårdgivar- pris	Differens mot ref.pris	Högsta vårdgivar- pris	Differens mot ref.pris
Göteborg	420, 421, 850, 859	16 770 kr	16 770 kr	0	33 869 kr	17 099 kr
Härnösand	801 · 2	10 070 kr	11 002 kr	932 kr	28 940 kr	18 870 kr
Stockholm	111, 341	1 375 kr	850 kr	-525 kr	2 685 kr	1 310 kr

I patientexemplen ovan vill patienten i Göteborg ersätta en förlorad tand med implantat, patienten i Härnösand har frakturerat sina framtänder som behöver lagas, och patienten i Stockholm vill få en basundersökning och behandling av parodontal sjukdom mindre omfattande med anledning av parodontit utförd.
Källa: Tandpriskollen.se.

Det är vårdgivaren som har bevisbördan för att priset är skäligt och bedömningen utgår från tjänstens art, omfattning och utförande. I förarbetena uttalade regeringen att omständigheter i övrigt som kan påverka prisets skälighet t.ex. kan vara om åtgärderna krävt särskild kompetens, att vårdgivaren är specialist eller att tjänsten kräver arbete på övertid (prop. 1997/98:112 s. 74 och 75). Regeringen anser att det kan finnas skäl att på dagens tandvårdsmarknad i vissa fall ifrågasätta vårdgivarprisernas skälighet.

Regeringen ställer sig bakom utredningens förslag att vårdgivarens pris för en tandvårdsåtgärd som berättigar till särskild tandvårdsersättning inte ska få överstiga referenspriset för åtgärden. Regeringen instämmer inte i *Region Östergötlands* synpunkt att systemet skulle vara enklare att förstå och mer förutsägbart om prisregleringen även innebar att vårdgivaren inte kan ta ut ett lägre pris än referenspriset på viss åtgärd. Regeringen menar att det även fortsättningsvis alltid ska vara möjligt för vårdgivaren att ta ut ett lägre pris.

Regeringen instämmer med *Försäkringskassan* att utredningens förslag kan tolkas som att särskild tandvårdsersättning inte ska betalas ut alls för en tandvårdsåtgärd om vårdgivaren tillämpar ett högre pris än referenspriset för åtgärden. En sådan tolkning bedöms överensstämma med utredningens intentioner att satsade medel ska komma patienten till godo, att patienten inte ska betala mellanskillnaden mellan referenspriset och ett högre vårdgivarpris och att tandvård ska ges till en för patienten rimlig

kostnad. Regeringen föreslår därför att det av lagen ska framgå att för att särskild tandvårdsersättning ska lämnas får vårdgivarens pris för åtgärden inte överstiga referenspriset.

Vissa remissinstanser lyfter risken för att priserna för åtgärder som inte omfattas av prisregleringen ökar omotiverat och för att vårdutbudet minskar. Regeringen vill inte se en sådan utveckling och har därför för avsikt att nogsamt dels övervaka prisutvecklingen framöver för den tandvård som omfattas av allmän tandvårdsersättning, dels övervaka att patienterna som omfattas av reformen med reglerade priser inte möts av tillägg, åtgärds- glidning eller åtgärdsstapling (om ökad kontroll, se avsnitt 15) vid sidan av den särskilda tandvårdsersättningen. Det bör därefter utvärderas hur prisregleringen påverkar dels tandvårdsmarknadens sammansättning, tillgänglighet, produktivitet och lönsamhet, dels prisutvecklingen för den vård och behandling som omfattas av den fria prissättningen (om uppföljning, se avsnitt 14). Regeringen har dessutom för avsikt att återkomma i särskild ordning om utveckling av prisjämförelsetjänsten tandpriskollen.se.

Se avsnitt 9 i fråga om ytterligare medel till vårdgivaren för att stärka försättningarna för tillgången till tandvård.

Privattandläkarna eftersöker ytterligare lagstiftning för att skapa bättre konkurrensneutralitet mellan privata och offentliga aktörer samt reglering om ersättning i egen regi. Regeringen har viss förståelse för synpunkten men kan konstatera att det inte finns beredningsunderlag för detta i nuläget.

Ersättning för tandvård som utförts i ett annat EES-land

Försäkringskassan efterfrågar en analys av hur förslagen påverkar handläggningen av ersättning för tandvård som utförts utomlands.

Det framgår av 10 § lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (förkortad ersättningslagen) att för sådan tandvård som hade berättigat till stöd enligt lagen om statligt tandvårdsstöd om den hade tillhandahållits i Sverige ska ersättningen bestämmas till ett belopp som motsvarar vad Försäkringskassan skulle ha betalat om tandvården hade utförts i Sverige. Som nämns ovan föreslås i lagrådsremissen ett krav om att vårdgivarens pris inte får överstiga referenspriset för att särskild tandvårdsersättning ska lämnas för en tandvårdsåtgärd. Enligt regeringen vore det orimligt att ställa upp ett motsvarande krav på högsta tillåtna pris hos den utländska vårdgivaren för att en patient ska kunna få ersättning enligt ersättningslagen för kostnader för sådan tandvård som omfattas av särskild tandvårdsersättning. I ersättningslagen föreslås därför en bestämmelse som innebär att om den utländska vårdgivarens pris är högre än referenspriset kan patienten ändå få ersättning motsvarande den särskilda tandvårdsersättning som hade lämnats till vårdgivaren om tandvården hade utförts i Sverige.

Patienten ska alltid erbjudas en god vård

Några remissinstanser, bl.a. *Svenska Endodontiföreningen*, lyfter att de ser risker med försämrad vårdkvalitet och patientsäkerhet om snabbare och slarvigare behandlingar med lägre kvalitet utförs när ekonomiska incita-

ment för att tillhandahålla hög kvalitet minskar i ett prisreglerat system. Regeringen vill här påtala att tandvården ska bedrivas så att den uppfyller de i 3 § tandvårdslagen ställda kraven på en god tandvård, vilket innebär att den bl.a. ska vara av en god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen. Även i exempelvis patientsäkerhetslagen (2010:659) finns det bestämmelser om skyldigheter för vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal som måste efterlevas.

TLV betonar i sitt remissvar att referenspriserna inte ska täcka alla varianter av estetik och behandlingsformer, utan bara den tandvård som omfattas av 1 kap. 3 § i lagen om statligt tandvårdsstöd. Myndigheten förklarar att referenspriserna därför motsvarar den genomsnittliga kostnad som krävs för att utföra tandvård av god standard med utseendemässigt godtagbart resultat. Materialvalet ska vara av god standard och kostnaden för tandtekniska produkter i referenspriserna baseras på priser från svenska tandtekniska laboratorier. Detta medför att kostnader för tandvård som går utöver ett utseendemässigt godtagbart resultat, det vill säga som är av estetisk karaktär, inte ingår i beräkningen av referenspriserna. Regeringen instämmer i myndighetens synpunkt och vidareutvecklar resonemangen om vad referenspriserna ska omhänderta under rubriken Beräkning av referenspriser.

Arbetsmiljön i tandvården

Tjänstetandläkarna och *Högskolan Kristianstad* m.fl. lyfter att prisregleringen riskerar leda till en försämrad arbetsmiljö för personalen och till att branschens attraktivitet minskar. Regeringen ser givetvis att det är av stor vikt att arbetsmiljön för behandlande personal även fortsättningsvis är tillfredställande och stimulerande. Det är regeringens förhoppning att en ökad subvention leder till att patienter med dålig munhälsa ges möjlighet att åtgärda sina uppdämda behov. Att få delta i arbetet med att åstadkomma en förbättrad munhälsa för dessa patienter kan vara ett led i att skapa stimulerande arbetsuppgifter. I den mån som trycket från patienterna blir högt ser regeringen att behovs- och solidaritetsprincipen kan stödja personalen i att prioritera för att få en rimlig arbetsbörda.

Det reglerade vårdgivarpriset bör gälla för såväl allmäntandvård som specialisttandvård

Förslaget om reglerat högsta vårdgivarpris inom ramen för den särskilda tandvårdsersättningen omfattar såväl allmäntandvård som specialisttandvård. Svenska Endodontiföreningen föreslår att specialisttandvården lämnas utanför den särskilda tandvårdsersättningen för att möjliggöra en fortsatt tandvård av hög kvalitet. Regeringen delar inte den bedömningen, bl.a. då det riskerar att leda till omfattande remittering till specialister för vård som tandläkare inom allmäntandvården själva kan utföra. En remiss är en förfrågan om att någon annan tar över ansvaret för en patient, vanligen för att patienten behöver någon form av specialistkompetens för att få rätt vård. Vidare är det de patienter som är i behov av en specialistbehandling som dels kan ha stora behov, dels riskerar att möta en högre prisnivå generellt. Regeringen instämmer därför med utredningen om att

såväl allmäntandvård som specialisttandvård ska omfattas av det nya stödet.

Flera remissinstanser, bl.a. Privattandläkarna, ser att förslaget leder till en ökad risk för att patienter remitteras till specialist för att förflytta kostnaden från den egna kliniken, trots att kliniken har egen kompetens för att utföra tandvården. Endast sådan vård där behandlaren bedömer att denne inte har tillräcklig kompetens bör enligt regeringen remitteras till specialisttandvården. Regeringen kommer att följa utvecklingen på marknaden (se avsnitt 14).

”Referenspris för specialisttandvård” kan ligga till grund för beräkning av tandvårdsersättning under förutsättning bl.a. att patienten remitterats till specialisttandläkaren, vilket är i överensstämmelse med hur det statliga tandvårdsstödet är utformat i dag. Region Skåne anser att begränsningen att specialister endast ska kunna tillämpa ”referenspris för allmäntandvård” om patienten själv kontaktar dem utan remiss, riskerar leda till att patienter med egenremiss nekas specialisttandvård eller att vården fördröjs. Att ta bort kravet på remiss för att få använda referenspris för specialisttandvård, för att möjliggöra att patienten själv söker specialisttandvård, kan enligt regeringens mening inte ses som kostnadseffektivt.

Svensk förening för oral protetik ställer frågan om specialisttandvård kan neka remitterade patienter vård i de fall remissen skrivs av ekonomiska skäl och inte avser specialisttandvård. Av 5 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. framgår att inkommande remisser ska bedömas och prioriteras av personal med formell och reell kompetens för uppgiften. Detta kan därför medföra att en remiss till specialistmottagningen inte bedöms vara prioriterad och därmed inte kan tas emot. Se även avsnitt 11 om införande av behovs- och solidaritetsprincipen.

Beräkning av referenspriser

I lagrådsremissen föreslås att det högsta priset som vårdgivaren får ta ut för tandvårdsbehandling inom ramen för särskild tandvårdsersättning är det statligt fastställda referenspriset för respektive tandvårdsåtgärd på allmän- eller specialisttandvårdsnivå. Referenspriserna framgår av TLV:s föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt tandvårdsstöd bilaga 2. Flertalet av de vårdgivare som är emot förslaget om prisreglering lyfter att referenspriserna inte är tillräckliga för att täcka de kostnader som vårdgivaren har för vården.

Med anledning av remissvaren som inkommit om hur referenspriserna beräknas och vilka kostnader som referenspriserna behöver omhänderta ser regeringen att det finns anledning att kommentera detta i vissa avseenden. Enligt regeringen behöver det finnas en balans mellan vad som är en rimlig kostnad för en behandling och vad som är en rimlig kvalitetsnivå. Det är inte givet att patienten ser eller upplever någon skillnad på olika kvalitetsnivåer. Den tandvård som staten subventionerar ska vara av en god kvalitet och ge patienten det som offentlig tandvård förmår att erbjuda, i likhet med övrig hälso- och sjukvård. TLV utgår i arbetet med att föreskriva om den tandvård som tandvårdsstödet omfattar bl.a. från Socialstyrelsens nationella riktlinjer, vilket innebär att om dessa riktlinjer juste-

ras så ändras även föreskrifterna och dess referenspriser. Det är därför regeringens bedömning att den följsamhet som *Region Jämtland Härjedalen* efterfrågar vid förändringar i riktlinjerna redan omhändertas. För utvecklade skrivningar om risk för ökad import från låglöneländer av produkter som inte följer det europeiska regelverket för medicintekniska produkter, se under rubriken Medicintekniska produkter i tandvården.

Sveriges Tandläkarförbund poängterar att referenspriset inte motsvarar normalpriset för tandvård och *Region Sörmland* lyfter att referenspriserna inte motsvarar marknadspris på ett flertal tandvårdsåtgärder. Regeringen kan konstatera att det inte heller är tanken bakom referenspriserna. Av förarbetena framgår att referenspriset bör vara ett normalpris för respektive åtgärd som speglar vad en åtgärd normalt bör kosta. Referenspriserna ska inte fastställas som ett genomsnitt av vårdgivarnas priser utan bör i stället baseras på en beräkning utifrån tidsåtgång för olika moment, materialåtgång, normala overheadkostnader (indirekta kostnader) osv. (prop. 2007/08:49 s. 64). Regeringen menar att detta även fortsättningsvis bör gälla och att med normalpris avses vad det normalt bör kosta, vilket inte är detsamma som marknadspris. Att utgå från det medianpris som finns på marknaden skulle cementera den höga kostnadsutveckling som råder i dag, vilket regeringen inte ser som ett alternativ. Det som däremot blir nytt jämfört med dagens stöd är att referenspriset kommer att utgöra den översta gränsen för det faktiska pris som patienten och staten gemensamt betalar till vårdgivaren för tandvård som berättigar till särskild tandvårdsersättning. Detta ställer ökade krav på Nämnden för statligt tandvårdsstöd inom TLV som fastställer referenspriserna.

Praktikertjänst AB påtalar att referenspriserna inte motsvarar faktiska kostnader för material, utrustning etc. Som utredningen påpekar är det en förutsättning för att TLV ska kunna göra korrekta beräkningar av referenspriser att vårdgivarna bistår myndigheten med uppgifter, vilket även *Region Sörmland* lyfter. Även uppgifter om vilken tid som krävs för att utföra olika åtgärder är av vikt, exempelvis längre tider vid specialisttandvård som Svenska Endodontiföreningen ser behov av. TLV behöver även få information om den tid som åtgår för att administrera tandvårdsstödet samt för att uppfylla krav på att dokumentera utförd vård och behandling, vilket bl.a. *Aqua Dental AB* påpekar är en tidsåtgång som ger påverkan på behandlarens beläggningsgrad. Myndigheten behöver i dialog med bransch och företrädare tydliggöra vilka uppgifter som behövs och hur och i vilket format som underlagen ska levereras. Som Sveriges Tandläkarförbund framhåller kan TLV även behöva överväga hur beräkningarna kan göras mer transparenta. Några vårdgivare, bl.a. *Region Halland*, lyfter vikten av att branschen och professionen får delta vid framtagandet av referenspriserna. Regeringen ser att det ingår i TLV:s nuvarande uppdrag enligt myndighetens instruktion att informera berörda om sin verksamhet och om sina beslut i Nämnden för statligt tandvårdsstöd och att myndigheten därför behöver hitta ett lämpligt tillvägagångssätt att få till en ökad dialog med branschen och professionen om referensprisernas beräkningar. Att regeringen redan 2008 förutsatte att olika synpunkter och krav kan förväntas inkomma från vårdgivarorganisationer, enskilda och andra intressenter framgår även av prop. 2007/08:49 s. 84.

Privattandläkarna anser att fastsittande protetik, som är individuellt anpassade produkter, inte kan erbjudas till ett fast pris. Regeringen instäm-

mer inte i detta utan konstaterar att mycket tandvård är individuellt anpassad, men att de tandtekniska företagen som konstruerar protetiken ändå har fasta priser för olika konstruktioner. Prissättning av tjänster innebär vanligen att ett normalpris beräknas, även om en avvikelse från det normala kan inträffa när tjänsten utförs i det enskilda fallet. När det gäller just fast protetik är åtgärderna i tandvårdsstödet nedbrutna på detaljnivå för att kostnadstäckning av en god standard ska vara möjlig att uppnå.

Praktikertjänst AB anser att referenspriserna bör ta hänsyn till geografiska skillnader i pris- och lönenivåer. Regeringen instämmer i att kostnader för att bedriva tandvård i olika delar av landet varierar, men ser inte att ett sådant utvecklingsarbete är görligt i närtid. En sådan förändring skulle komplicera regelverket och leder även till frågor om även patientens pris för utförd tandvård inom ramen för det nya stödet bör variera över landet.

Region Sörmland lyfter att referenspriserna behöver ge täckning för kompetensutveckling och samtidigt bekosta metod- och behandlingsutveckling. *SFPI* anser även att kostnad för innovation i tandvården ska omhändertas. Regeringen instämmer i synpunkten att behandlarens kompetensutveckling bör ingå i referensprisberäkningen. Redan i dag finns det, enligt vad regeringen förstår, ett sådant påslag i referenspriserna. Där emot ser regeringen att det inte är givet att innovation bör belasta referenspriserna och därigenom patientens kostnad. Nya innovativa metoder bör först utvärderas och omhändertas enligt nationella riktlinjer innan de ska få påverka referenspriserna.

Referenspriset ska enligt prop. 2007/08:49 s. 64 spegla vad en behandling bör kosta och TLV gör i dag beräkningar för att referenspriserna ska kunna täcka de genomsnittliga kostnader som är behövliga och som kan relateras till tandvårdens behandling av patienten. Tandvårdsföretag ska i likhet med annan företagsamhet drivas effektivt och med god produktivitet. Statligt tandvårdsstöd ska möjliggöra för vårdgivaren att erbjuda en behandling av god standard i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och med ett utseendemässigt godtagbart resultat. Alla varianter av estetik och behandlingsformer omfattas därför inte utan grunden till statligt tandvårdsstöd framgår av den av riksdagen beslutade portalparagrafen i 1 kap. 3 § lagen om statligt tandvårdsstöd. Det är regeringens uppfattning att TLV:s beräkningar av referenspriserna i dag håller en god kvalitet, samtidigt som dessa ytterligare kan förbättras genom att vårdgivarna i högre grad responderar på TLV:s utskick när myndigheten efterfrågar uppgifter från vårdgivare om kostnader och normal tidsåtgång för olika moment. Det är således i vårdgivarnas intresse att dela med sig av dessa underlag. Av 7 § offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) följer att underlagen hos TLV omfattas av absolut sekretess enligt 24 kap. 8 § andra stycket offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). TLV behöver samtidigt utveckla en ökad transparens för beräkningarna, särskilt vad gäller föreskrifterna som rör kostnader för medicintekniska produkter, och fortsätta sitt arbete med att regelbundet se över referenspriserna samt vid behov justera dessa.

Om finansiering av bl.a. ST-tjänster, forskning och handledning av nyexaminerad personal

Utredningen beskriver att det finns en brist på lärare inom utbildningarna för tandläkare och tandhygienister och att förutsättningarna för forskning inom odontologi och oral hälsa behöver förändras. Utredningen för fram att det skulle behöva tillsättas en särskild utredning med uppdraget att samlat se över lärosätenas förutsättningar att bedriva tandläkar- och tandhygienistutbildningar. *STHF* instämmer i dessa tankar och för fram att det finns en långvarig problematik med finansiering och avsaknad av riktade satsningar på forskning inom odontologi och oral hälsa. Även *Svensk Förening för Parodontologi och Implantologi (SFPI)* för fram att det är nödvändigt att finansieringen och de strukturella förutsättningarna för odontologisk forskning och utbildning ses över.

Aqua Dental AB anför i sitt remissvar att reglerad prissättning i förlängningen innebär att annan finansiering behövs för att vårdgivare ska kunna ombesörja ST-tjänster, nischutbildningar, meriteringstjänster och forskningstjänster. Flera remissinstanser, bl.a. *Region Sörmland*, för fram att det även finns en kostnad i att handleda nyexaminerad personal.

Ansvar för att tillhandahålla platser för anställning inom tandläkares specialisttjänstgöring ligger enligt 13 § tandvårdslagen hos regionerna. Vid införandet av regleringen gjordes bedömningen att denna förtydligar det ansvar som dåvarande landstingen redan praktiskt har och att regleringen inte förutsattes leda till några ökade kostnader (prop. 2012/13:175 s. 89). Regeringen kan konstatera att det i nuläget inte finns beredningsunderlag för att vidare behandla frågan om finansiering relaterat till tandvårdsbehandlarnas specialistutbildning eller handledning av nyexaminerad personal.

Att göra tillval utanför särskild tandvårdsersättning

Några remissinstanser, såsom Sveriges Tandläkarförbund och *Region Västernorrland*, lyfter frågan om det finns möjlighet att använda ett annat material än vad som ingår i den särskilda tandvårdsersättningen, om patienten föredrar det eller om vårdgivaren bedömer att ett annat material behövs. Det anförts att patientens egna preferenser och valfrihet riskeras om patienten inte får välja en annan kvalitet. Praktikertjänst AB anger som exempel patientens önskan att få en tandstödd krona i guld.

Regeringen konstaterar att TLV beräknar sina referenspriser utifrån standardmaterial och behandlingsmetoder som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet förväntas ge god effekt till en rimlig kostnad, med hjälp av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård. I myndighetens föreskrifter om statligt tandvårdsstöd finns bestämmelser som tydliggör när en tandvårdsåtgärd kan tillämpas och vid vissa åtgärder även vilken slags produkt som omfattas. För åtgärd 800 *Permanent tandstödd krona* framgår av föreskrifterna att en krona, eller onlay, som är laboratorieframställd eller framställd med CAD/CAM-teknik ingår. I den allmänna åtgärdstexten framgår även att alla material och moment vid behandling ingår i åtgärden, med en exemplifierande text om de olika momenten. Det tydliggörs även att tandtekniskt arbete oavsett framställningsmetod ingår samt all kostnad för tandtekniskt material. Regeringen vill tydliggöra att det val som TLV baserar sin beräkning av referenspriset på inte behöver

vara det material eller den metod som vårdgivaren måste använda vid behandling. Patienten kan i samråd med tandläkaren exempelvis välja en metallkeramisk krona som uppfyller de krav som ställs på produkten enligt åtgärd 800, trots att TLV baserar sin beräkning av referenspriset på en zirkoniakrona. Patienten kan också, på förslag från tandläkaren, välja att karies i tanden tas bort med hjälp av laser, medan TLV beräknar referenspriset på traditionell borrar.

Inom ramen för den särskilda tandvårdsersättningen kommer patienten även fortsättningsvis, i samråd med tandläkaren, att kunna välja vilka slags dentala produkter och behandlingsmetoder som ska användas, under förutsättning att valet bl.a. uppfyller de krav som ställs i TLV:s föreskrifter och även i övrigt är i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och övriga berörda författningar. Skillnaden jämfört med vad som gäller för allmän tandvårdsersättning är att vårdgivaren inte får ta ut ett högre pris än referenspriset för åtgärden. I avsnitt 10 föreslås en definition av vårdgivarens pris. Vårdgivarens pris ska utgöra det totala priset för samtliga material och moment som ingår i den ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden, inklusive dentalt material och tandtekniskt arbete. En ordning som innebar att vårdgivaren fick ta ut ytterligare kostnader av patienten vid sidan av den tandvårdsåtgärd som utförs skulle underminera den tänkta effekten av reformen.

Förslaget innebär således inte någon möjlighet för patienten att göra tillval i bemärkelsen betala ytterligare ersättning för behandlingen utanför den särskilda tandvårdsersättningen. Regeringen ser att det för flertalet patienter är komplicerat att ta ställning till dessa val på grund av patientens generella informationsunderläge och få personer torde välja något annat än det som behandlaren förordar, i den mån patienten ställs inför frågan. En jämförelse kan även här göras med övrig hälso- och sjukvård där patienten inte behöver ta ställning till frågan vilket knä-, eller höftledsimplantat som ska inopereras eller vilken metod för suturering som blir bäst. När det gäller andra val som exempelvis hjälpmedel där komforten, utseende och effekten av en viss teknik, som en hörapparat, i förväg kan upplevas av patienten finns större skäl till valmöjlighet. Patienten ska därmed alltid kunna lita på att det val som görs av vårdgivaren och behandlaren är i enlighet med gällande rätt samt i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. För protetiska konstruktioner som ska reparera eller ersätta en eller flera förlorade tänder är det inte möjligt att i förväg, innan patienten fattar beslut, prova olika varianter och kontrollera tuggförmågan eftersom konstruktionen tillverkas just för denna individ och inte finns att tillgå som universell kopia i förväg. En patient som hellre vill ha en guld-krona än en krona i porslin torde göra det valet helt av estetiska skäl, vilket är utanför tandvårdsstödet ram.

Medicintekniska produkter i tandvården

Med medicintekniska produkter avses exempelvis fyllningsmaterial som används för att reparera en skada i en tand, men även kronor och implantat för att ersätta förlorade tänder. Inom tandvården används vanligen begreppet *tandteknik* för att beskriva individuellt framställda specialanpassade medicintekniska produkter som kronor och broar samt *dentala material* för att beskriva det material som stannar kvar i munnen såsom implantat-

skruvar, benersättningsmedel och fyllningsmaterial. Med specialanpassad produkt avses en produkt som tillverkats efter skriftlig anvisning från en person som genom sina yrkeskvalifikationer är behörig enligt nationell rätt och som på sitt ansvar ger speciella konstruktionsegenskaper åt produkten som är avsedd att användas endast för en viss patient och uteslutande för dennes individuella förhållanden och behov. Sådana produkter som specialanpassats för patienten, exempelvis en tandstödd krona, köps ofta in av vårdgivaren från tandtekniska laboratorier och blir därigenom en tandteknisk kostnad. Laboratoriet kan i sin tur använda sig av underleverantörer som kan vara etablerade inom eller utanför EU/EES. Ansvar för produkten ligger hos laboratoriet även om produkten tas in från tredje man.

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2017/745 av den 5 april 2017 om medicintekniska produkter, om ändring av direktiv 2001/83/EG, förordning (EG) nr 178/2002 och förordning (EG) nr 1223/2009 och om upphävande av rådets direktiv 90/385/EEG och 93/42/EEG (förkortad MDR-förordningen) gäller för alla medicintekniska produkter som används i tandvården. En medicinteknisk produkt som uppfyller de i förordningen ställda kraven får röra sig fritt över hela gemenskapsmarknaden. MDR-förordningen innehåller en mängd detaljerade krav som tillverkaren måste följa för att produkter ska vara lämpliga, säkra och effektiva. Utöver MDR-förordningen finns lagen (2021:600) med kompletterande bestämmelser till EU:s förordningar om medicintekniska produkter samt föreskrifter på området.

Referenspriserna bygger enligt den ansvariga myndigheten TLV på priser för produkter från svenska tandtekniska laboratorier som uppfyller de krav som i dag gäller för medicintekniska produkter. Många remissinstanser, bl.a. *Sveriges tandteknikerförbund*, *Umeå universitet* och *Region Skåne*, lyfter en oro för att prisregleringen riskerar att pressa priserna på svensk tandteknik till en nivå där det inte längre är ekonomiskt hållbart att producera dem, alternativt att billig medicinteknik importeras. De anser att patientsäkerheten äventyras om reglerad prissättning leder till en ökad import av produkter som inte följer de europeiska regelverken om kvalitets- och säkerhetsstandarder i produktionen med krav på dokumentation och spårbarhet av ingående material m.m. TLV anser att det finns ett behov att utreda alternativ som kan möjliggöra bibehållen kvalitet i kombination med prisreglering. En möjlig lösning skulle exempelvis vara att lyfta ut den tandtekniska kostnaden till separata referenspriser, alternativt särredovisa den tandtekniska delen av referenspriset för åtgärden. Regeringen ser positivt på att tydliggöra den tandtekniska kostnaden för såväl vårdgivare som patient.

Regeringen kan konstatera att det inte är i enlighet med det europeiska regelverket att erbjuda patienten medicintekniska produkter som inte uppfyller de krav som ställs i MDR-förordningen. Detta gäller oberoende av om produkterna har tillverkats i Sverige eller utomlands och oberoende av vilken aktör som tillhandahåller de produkter som inom tandvården slutligen ska användas och erbjudas till patienten. I artikel 5.1 i MDR-förordningen framgår att en medicinteknisk produkt endast får släppas ut på marknaden eller tas i bruk om den uppfyller kraven i förordningen och när produkten på vederbörligt sätt levererats och installerats, underhålls och används för avsett ändamål. Produkten ska exempelvis vara lämplig för

sitt avsedda ändamål, vara säker och effektiv och får inte äventyra patientens kliniska tillstånd eller säkerhet. Det ställs även krav på produkternas konstruktion och tillverkning, på val av material och substanser och på kompatibilitet med biologisk vävnad. Importörer får enligt artikel 13.1 i MDR-förordningen endast släppa ut sådana produkter från tredje land på unionsmarknaden som uppfyller kraven i förordningen.

För verksamheter som omfattas av tandvårdslagen gäller även Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2021:52) om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården. Enligt 2 § i föreskrifterna ska vårdgivaren fastställa rutiner för användning och hantering av medicintekniska produkter i verksamheten. Vårdgivaren ska genom rutinerna säkerställa bl.a. att endast säkra och medicinskt ändamålsenliga produkter tillförs patienterna och att produkterna kan spåras.

Regeringen konstaterar att TLV remitterat ut förslag till ändringar av myndighetens föreskrifter om statligt tandvårdstöd (dnr 03307/2026). Myndigheten föreslår bl.a. en ny bestämmelse som innebär att tandimplantat och specialanpassade produkter som används under en behandling måste ha dokumentation som uppfyller de krav som ställs i MDR-förordningen för att en tandvårdsåtgärd ska ge rätt till tandvårdsersättning. Förslaget föreslås träda i kraft samtidigt som förslagen i denna lagrådsremiss.

Den kommunala självstyrelsen

Kommunerna sköter lokala och regionala angelägenheter av allmänt intresse på den kommunala självstyrelsens grund. Enligt 14 kap. 3 § regeringsformen (RF) bör en inskränkning i den kommunala självstyrelsen inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till de ändamål som har föranlett den.

Av patienter som får tandvård som avses i 7 § 2 och 3 tandvårdslagen får regionen ta ut vårdavgifter enligt grunder som regionfullmäktige bestämmer, om inte något annat är särskilt föreskrivet. Andra punkten i nämnda paragraf avser specialisttandvård för personer från och med det år då de fyller 20 år, och tredje stycket avser övrig tandvård för personer från och med det år då de fyller 20 år i den omfattning som regionen bedömer lämplig. Förslaget om reglerat högsta pris för tandvård inom ramen för särskild tandvårdsersättning innebär en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen eftersom regionens möjlighet att besluta om högre avgifter för sådan tandvård än vad som motsvarar referenspriserna därmed upphör. Förslaget bedöms dock inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet, dvs. att förstärka tandvårdens högkostnadsskydd och därigenom ge lägre tandvårdskostnader för patienterna samt säkerställa att satsade medel kommer patienterna till godo utan att stödet urholkas. Regeringen bedömer inskränkningen i den kommunala självstyrelsen som proportionerlig och därmed godtagbar.

Närings- och etableringsfrihet

Att begränsa möjligheterna till ersättning från patienten för viss behandling innebär en inskränkning i de berörda vårdgivarnas rätt att bedriva näringsverksamhet. Näringsfriheten regleras bl.a. i 2 kap. 17 § regeringsformen (förkortad RF). Begränsningar i rätten att driva näring eller utöva

yrke får införas endast för att skydda angelägna allmänna intressen och aldrig i syfte enbart att ekonomiskt gynna vissa personer eller företag.

Det övergripande syftet med förslaget om reglerat högsta pris är att säkerställa att det förstärkta högkostnadsskyddet inte urholkas och att satsade medel kommer patienterna till godo. Detta är ett sådant angeläget allmänt intresse som motiverar inskränkningar i de nämnda friheterna. Vid en intresseavvägning mellan behovet av begränsade kostnader för patienterna och skyddet för vårdgivarens intressen framstår inskränkningen som både angelägen och väl avvägd.

Regeringen bedömer att begränsningen av näringsfriheten inom tandvården är proportionerlig i relation till det övergripande syftet. Förslagen innebär därmed godtagbara inskränkningar av berörda vårdgivares rätt att bedriva näringsverksamhet.

9 Förutsättningarna för tillgången till tandvård behöver stärkas

Regeringens förslag: Det ska upplysas om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om att statligt tandvårdsstöd ska lämnas i form av ett tillägg till den särskilda tandvårdsersättningen.

Utredningens förslag överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslår en upplysningsbestämmelse om att regeringen kan meddela föreskrifter om att statligt tandvårdsstöd även ska lämnas i form av kommundypstillägg till vårdgivaren. Förslaget avviker även lagtekniskt från regeringens förslag. Vidare föreslår utredningen ett bemyndigande som innebär att regeringen får meddela föreskrifter om undantag från 4 kap. 8 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

Utredningen föreslår även bestämmelser i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd om att ett så kallat kommundypstillägg får lämnas till vårdgivaren för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts och som berättigar till särskild tandvårdsersättning. Tillägget beräknas utifrån var patienten är bosatt. Tillväxtverkets kommundypsindelning och referenspriset för den vård som utförts inom särskild tandvårdsersättning ska vara grunden för tillägget till vårdgivaren. För patienter boende i blandad kommun ska tillägget vara 10 procent av referenspriset och för patienter boende i en landsbygdskommun ska tillägget vara 20 procent av referenspriset för slutförd vård och behandling. Försäkringskassan föreslås få meddela föreskrifter om kommundypsindelningen. En ansökan om särskild tandvårdsersättning ska också anses omfatta en ansökan om kommundypstillägg.

Remissinstanserna: Av de remissinstanser som uttalar sig ställer sig en majoritet positiva, eller försiktigt positiva till förslaget, bl.a. *Socialstyrelsen*, *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Region Halland* och *Region Kalmar län*. *Region Sörmland* ser en möjlighet till att kommundypstillägget kommer öka antalet tandläkare utanför storstadsregionerna

förutsatt att man i dessa kommuner även ser över förbättringar i infrastrukturen som kan vara viktiga, exempelvis tillgång till barnomsorg, skola och sjukvård. *Region Östergötland* anser att ett tillägg, tillsammans med ökad produktivitet på grund av minskade intäkter, på sikt kan bidra till ett mer jämlikt utbud av tandvård över landet.

Flera remissinstanser anser dock att det även behövs andra åtgärder. SKR anser att ytterligare styrning behövs för att säkra tillgång till jämlik tandvård i hela landet. *SKPF Pensionärerna* välkomnar tillägget men förespråkar ytterligare åtgärder för att säkerställa tillgången till tandvård i glesbygd, inklusive utbildning av fler tandvårdsutövare och ekonomiska incitament. Även *Region Skåne*, som delvis tillstyrker förslaget, anser att andra åtgärder behövs utöver tillägget. *Aqua Dental AB* föreslår ett etableringsbidrag utöver tillägget. *Tandläkare - Egen Verksamhet (TEV)* har svårt att se hur förslaget kommer att flytta personal från storstad till landsbygd och ser hellre ett större grepp, exempelvis etableringsersättningar som riktas mot fler nystartade kliniker, alternativt stöd för att expandera befintliga kliniker. En satsning mot småföretagare skulle ge mer tandvård till patienterna och mer moms tillbaka till staten. Ett annat alternativ skulle kunna vara att öronmärka pengar för att anställa fler personal. *Folkhälsomyndigheten* ser positivt på andemeningen i förslaget.

Att tillägget endast kommer att ha en liten effekt framför bl.a. *Region Skåne* som bedömer att det kommer bli svårt för tandvården att ta emot den ökade efterfrågan i delar av landet där kapacitetsbristen är stor. *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)* motsätter sig inte förslaget men är tveksam till den verkliga effekten som tillägget kan ha på tillgängligheten.

Synpunkter om vilka effekter som tillägget kan föra med sig lämnas av bl.a. *Region Skåne* som anför att tillägget skulle kunna leda till ett större antal kliniker i kranskommuner till storstäderna där tillägg finns. *Region Örebro län* ser en risk för tandvårdsturism. *Praktikertjänst AB* menar att kliniker i Stockholm, Göteborg och Malmö, som inte kommer att få ta del av något tillägg, tillsammans med prisregleringen riskerar att stängas ner och att patienter ställs utan tandvård. *Malmö universitet* ser en risk för att patienter prioriteras utifrån geografiskt läge i stället för vårdbehov. *Region Kronoberg* pekar på att det kan finnas en risk att patienter från landsbygden eller mindre samhällen hänvisas till storstadsregioner för sin behandling, vilket skulle innebära att de extra tillägg som är avsedda för att stärka vården i glesbygden inte används för sitt syfte. Regionen ser det inte som förenligt med en jämlik tandvård att tandvården erbjuds olika ersättning beroende på var patienten är bosatt. TLV lyfter att de patienter som i dag upplever tandvården som otillgänglig p.g.a. brist på vårdgivare i närområdet inte direkt gynnas av att vårdgivare i storstadsområdena får möjlighet till ekonomisk kompensation när de erbjuder tandvård till inresande patienter från landsbygden. *Sveriges Tandläkarförbund* anser att förslaget tillägg är otillräckligt för att lösa bemanningsproblemen i glesbygdsområden och anser inte att pengarna kommer att nå fram till kliniker då väntetiden på tandvård ofta är flera år. Orter som i dag helt saknar tandvård kommer inte att nås av stödet då det är kopplat till patienten.

Några remissinstanser, exempelvis *Region Västernorrland* och *Sveriges Tandhygienistförening (STHF)*, ser ambitionen med tillägget som god men är tveksamma till om nivåerna är tillräckliga. Föreningen gör därför

bedömningen att kommundypstilläggen behöver vara högre och mer differentierade för att det på sikt ska ge mer tandvårdsresurser i de områden i Sverige där tillgången på tandvårdspersonal är låg. *Västra Götalandsregionen (VGR)* lyfter tanken att tilläggets nivåer borde innebära en viss överkompensation för att stimulera en förändrad etablering. Även *Sveriges folktandvårdsförening (SFF)*, som är positiva till förslaget, bedömer att tilläggen behöver vara högre. *Tjänstetandläkarna* har uppfattningen att tillägget är för lågt för att utgöra någon skillnad. Sveriges Tandläkarförbund anser att stödet är för litet för att det ska ge förutsättningar till nyetableringar i de områden där behoven är som störst. Region Skåne tillägger att åldersdemografin skiljer sig väsentligt över landet och att reformen innebär att en större andel av tandvårdsmarknaden blir prisreglerad där populationen är äldre, vilket ofta är fallet i glesbygd. *Region Jämtland Härjedalen* ser att det finns en risk att tillägget inte ger effekt lokalt på mindre orter då det inte går att rekrytera oavsett tillägg. Region Örebro län bedömer att de goda intentionerna inte löser utmaningen med tillgång till tandvård i glesbygd. *Privattandläkarna* lyfter att de negativa effekterna av en prisreglering först och tydligast kommer drabba de regioner där det redan råder brist på tandvård och att tillägget inte väger upp de negativa effekterna även om det mildrar effekten något.

Vissa remissinstanser lämnar förslag på justering även på andra sätt än ersättningsnivån. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* förordar en indelning i sex kommundyper i stället, vilket skulle göra utformningen mer träffsäker. *Region Värmland* pekar på att tilläggen och styrningen av dessa behöver analyseras vidare för att se om Tillväxtverket har den mest relevanta indelningen. För regionens del finns det kommuner, exempelvis Filipstad och Säffle, som delas in som blandad kommundyp men där tillgången på tandvård är begränsad. *Gävle kommun*, som tillhör gruppen blandad kommundyp, ser negativt på att patienter bosatta i blandad kommun ger det lägre påslaget och landsbygdskommun det högre. *Region Kronoberg* vill att distansätgärder via videokontakt undantas från kommundypstillägget för att inte gynna de oseriösa aktörerna. Även Region Skåne och Region Halland gör bedömningen att distanskontakter bör undantas. Malmö universitet ifrågasätter varför ersättningen inte i stället utgår från tandläkarmottagningens geografiska läge. *Region Uppsala* anser att förslaget att tillägget ska följa patienten och inte vårdgivaren är bra men att det är svårt att förutspå hur det kommer falla ut.

SFF betonar vikten av att effekten av tilläggen kontinuerligt och med täta intervall följs och analyseras, för att säkerställa att dess konstruktion bidrar till att öka tandvårdens kapacitet i hela landet. Eventuellt kan justeringar behöva göras av tilläggens procentsatser och/eller differentiering. *Region Norrbotten* har liknande synpunkter om uppföljning för att vid behov justera.

Försäkringskassan är positiv till att förslaget om tillägget utgår från patientens folkbokföringsadress eftersom det bedöms minska risk för fusk och fel jämfört med att utgå från en uppgift som vårdgivaren förfogar över. Myndigheten anser att det inte är lämpligt att Försäkringskassan ska föreskriva om kommundyper på det sätt som utredningen föreslår eftersom det är oklart om myndigheten kan föreskriva om hur förhållandena i en viss kommun ser ut. Det är även väsentligt att Tillväxtverket har ett uppdrag att administrera indelningen och att denna uppdateras regelbundet.

Försäkringskassan önskar vidare vissa förtydliganden om handläggningen av tillägget vad gäller patienter som har rätt till vårdförmåner enligt Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) avstyrker förslaget om tillägg eftersom det är svårt att bedöma om det kommer att få avsedd effekt. Myndigheten är även tveksam till att det statliga tandvårdsstödet, som riktar sig till patienter, är rätt verktyg att stimulera tandvårdsmarknaden med.

Skälen för regeringens förslag

Tandvårdens kapacitet är starkt begränsad i delar av landet

Den generella urbaniseringstrenden, som inte enbart gäller tandvården, får betydande negativa effekter på utbudet av tandvård utanför storstadsområdena. I dag är tandvårdens kapacitet i delar av landet starkt begränsad av svårigheterna att rekrytera och behålla tandläkare och tandhygienister. Enligt Socialstyrelsens uppföljning för 2022 uppger 17 av 21 regioner att det råder brist på tandläkare och 19 av 21 regioner att det råder brist på tandhygienister. Rekryteringsproblemen är störst inom folktandvården, men även privata vårdgivare beskriver svårigheter att attrahera personal till kliniker utanför storstadsregionerna. I mer glest befolkade regioner och delar av regioner försvåras situationen ytterligare av att få privata vårdgivare väljer att etablera sig utanför storstadsområdena.

Det finns geografiska skillnader i antalet behandlare

Tandläkartätheten är högst i storstadskommunerna Stockholm, Göteborg och Malmö och uppgår där till 94 tandläkare per 100 000 invånare. Motsvarande siffror uppgår till 78 i blandade kommuner och till 71 i landsbygdskommuner. Antalet tandhygienister är mer lika fördelat mellan kommuntyperna och varierar mellan 40–46 tandhygienister per 100 000 invånare.

Det är endast i storstäderna som antalet privata tandläkare per 100 000 invånare är högre än antalet tandläkare i folktandvården. Antalet privata tandläkare per capita i storstäderna är nästan dubbelt så högt jämfört med kommuntyperna täta blandade, glesa blandade, tätortsnära landsbygd och gles landsbygd. I kommuntypen mycket gles landsbygd är antalet privata tandläkare per 100 000 invånare endast 13. I storstad är motsvarande siffra 60 tandläkare per 100 000 invånare. De privata tandvårdsföretagen är i princip inte etablerade i den mycket glesa landsbygden.

Det finns geografiska skillnader i tandhälsa

Utredningen visar att de geografiska skillnaderna i fråga om tandhålsomåttet "antal kvarvarande tänder" uppvisar större variationer när en jämförelse görs per kommun än per region. Ett fullt betandat bett har 32 tänder. Andelen patienter med 20 eller fler kvarvarande tänder varierar från 65 till 91 procent mellan rikets kommuner. Andelen är lägst i de norra delarna av landet och i mindre tätbefolkade kommuner. Utredningens beräkningar visar på en geografisk ojämlik tandhälsa, främst bland äldre. Liknande regionala skillnader visas även i andra studier.

De kommuner som har lägst besöksfrekvens i tandvården är Övertorneå, Haparanda, Jokkmokk och Övertorneå. Kommunerna har få tandläkare per capita men inte allra lägst. Utredningen visar att ett lågt antal tandläkare per capita i en kommun inte behöver betyda att en låg andel av befolkningen i samma kommun besöker tandvården. Åtta kommuner har inte några tandläkare alls (Heby, Torsås, Storfors, Lekeberg, Laxå, Ockelbo, Bjurholm och Sorsele). Trots detta uppgår besöksfrekvensen i sex av dem till omkring 50 procent. Invånarna i dessa och andra kommuner tar sig till en tandvårdsmottagning i en annan kommun, en resa som kan variera kraftigt i längd i olika delar av landet.

För regeringen är det av vikt att munhälsan blir mer jämlik över landet och att en patient kan få den tandvård som han eller hon behöver oavsett bostadsort.

Det finns behov av utbudsstimulerande åtgärder

Utredningen ser ett behov av utbudsstimulerande åtgärder för att tandvården i hela landet ska kunna möta en ökad efterfrågan på tandvård. En reform med syftet att fler med behov ska kunna erbjudas tandvård och få en bättre munhälsa kommer inte att uppnå det syftet om den inte också konstrueras så att det sker en viss geografisk omfördelning av de statliga subventionerna.

Regeringen anser att det är bekymmersamt att bristen på behandlare i delar av landet är stor och att det är väsentligt att tandvården i dessa delar av landet stimuleras. Utredningens förslag om ett kommuntypstillägg och lämnade remissvar kommer därför att behandlas i särskild ordning. Utredningens förslag innebär ett nytt, tidigare obeprövat grepp som, om det skulle införas, behöver en kontinuerlig uppföljning för att utvärdera dess effekt och om det finns skäl att förändra tilläggets storlek och fördelning över tid.

Det föreslås endast en upplysningsbestämmelse i lagen

Som nämns ovan kommer regeringen att behandla utredningens förslag till kommuntypstillägg i särskild ordning.

Statligt tandvårdsstöd innebär i princip en sådan typ av gynnande regelverk som bör omfattas av regeringens restkompetens (prop. 2007/08:49 s. 52). I 1 kap. 1 § lagen om statligt tandvårdsstöd finns dock en bestämmelse som fastställer i vilka former statligt tandvårdsstöd lämnas, dvs. de två olika tandvårdsbidragen samt den nuvarande och den föreslagna tandvårdsersättningen. Det bör därför tydliggöras i lagen att det kan finnas föreskrifter om andra former av statligt tandvårdsstöd på en lägre nivå än lag. Utredningen föreslår en upplysningsbestämmelse som innebär att regeringen med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen (RF) kan meddela föreskrifter om att statligt tandvårdsstöd även ska lämnas i form av kommuntypstillägg till vårdgivaren. Regeringen anser däremot att bestämmelsen bör utformas på ett mer neutralt sätt än utredningen föreslår, dvs. avse föreskrifter om ett tillägg till den särskilda tandvårdsersättningen, och även omfatta vidaredelegation till myndighet (jfr 8 kap. 7 och 11 §§ RF).

För att vårdgivaren ska kunna få ersättning enligt lagen om statligt tandvårdsstöd ska ansökan om ersättning, enligt 4 kap. 8 §, ges in till Försäkringskassan inom två veckor från det att den tandvårdsåtgärd för vilken

ersättning begärs har slutförts. Om det finns särskilda skäl, kan Försäkringskassan betala ut ersättning även om ansökan har kommit in för sent. Utredningen föreslår ett nytt andra stycke till paragrafen som innebär att regeringen får meddela föreskrifter om undantag från första stycket. Utredningens förslag till bemyndigande i lag motiveras med utredningens förslag till förordningsändring att en ansökan om särskild tandvårdsersättning också ska anses omfatta en ansökan om kommuntypstillägg. Regeringen konstaterar att föreskrifter om att vårdgivaren ska kunna få ett tillägg till den särskilda tandvårdsersättningen omfattas av regeringens restkompetens. Regeringen har redan med stöd därav möjlighet att meddela föreskrifter exempelvis om vad som krävs i form av ansökan för att få tillägget. Något bemyndigande i lag behövs därmed inte.

10 En definition av vårdgivarens pris införs

Regeringens förslag: Det ska införas en definition av vårdgivarens pris. Med *vårdgivarens pris* ska avses det totala priset för samtliga material och moment som ingår i den ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden, inklusive dentalt material och tandtekniskt arbete.

Utredningens förslag överensstämmer i sak med regeringens men har en annan språklig utformning.

Remissinstanserna: *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)*, *Region Jönköpings län* och *Region Skåne* m.fl. tillstyrker förslaget. *Ekonomistyrningsverket (ESV)* anser att förslaget skapar transparens och förbättrar förutsättningarna för Försäkringskassans kontroller av vårdgivarens pris. Även *Pensionärernas riksorganisation* tillstyrker förslaget eftersom risken för oväntade tilläggskostnader, som kan slå hårt mot äldre patienter med begränsade ekonomiska resurser, undviks. *Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)* ser att förslaget innebär att priset blir tydligare och enklare att förstå för patienten och att det möjliggör korrekta prisjämförelser. *Försäkringskassan* informerar om att myndigheten i dag har få möjligheter att upptäcka om patienten drabbas av tilläggskostnader och önskar en översyn över vilka verktyg som behövs i denna kontroll för att förslaget ska få fullt genomslag.

Skälen för regeringens förslag: Föreskrifterna om statligt tandvårdsstöd anger sällan vilken metod som ska användas vid behandlingen för att tandvårdsersättning ska kunna lämnas. Om patienten exempelvis har en kavitet i tanden efter ett kariesangrepp som ska repareras kan karies tas bort på flera olika sätt. Referenspriset är beräknat på kostnaden för traditionell borrning, men även metoder som laser kan användas så länge metoden är i enlighet med vetenskap eller beprövad erfarenhet. TLV har i referensprisberäkningarna valt en behandlingsmetod som enligt vetenskap och beprövad erfarenhet förväntas ge god effekt till en rimlig kostnad med stöd av Socialstyrelsens nationella riktlinjer för tandvård.

Referenspriset omfattar kostnaden för hela tandvårdsåtgärden vilket även vid behov inkluderar dentalt material samt tandtekniskt arbete. Dentalt material är material som stannar kvar i munnen med syftet att laga eller

ersätta en förlorad tand såsom implantatskruvar, benersättningsmedel och fyllningsmaterial. För varje åtgärd där dentalt material ingår omfattar referenspriset kostnaden för ett material som är i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Om man vill veta vilket dentalt material som referenspriset för respektive åtgärd är beräknat på finns detta angivet på myndighetens hemsida. Patienten kan i samråd med behandlaren inför behandlingen välja ett annat material.

Utredningen beskriver att om en patient exempelvis hellre vill att den moderna, men dyrare, lasermetoden används för att ta bort karies i en tand ska kostnaden för metoden finnas med i vårdgivarens pris för att utföra behandlingen, inte läggas utanför åtgärden för att laga och fylla tanden som ett tillägg för laserbehandling. Vårdgivaren kan hantera detta genom att ha flera priser för en och samma tandvårdsåtgärd för lagning, vilka alla kan medföra tandvårdsersättning till patienten beräknat på referenspriset för åtgärden. Detsamma gäller val av dentalt material.

Enligt utredningen finns det vårdgivare som avsiktligt lägger viss ersättning för metod eller material utanför det vårdgivarpris som rapporteras till Försäkringskassan för att priset per åtgärd i prisjämförelsetjänsten tandpriskollen.se ska framstå som mer fördelaktigt. Materialet eller metoden tillförs sedan till patientens kostnader på kvittot vid sidan av tandvårdsstödet och betalas till fullo av patienten. Tillvägagångssättet förutses enligt utredningen inte nödvändigtvis medföra att patienten går miste om statligt tandvårdsstöd, men det kan inte uteslutas. Tillvägagångssättet kan även vara svårt för patienten att förstå och ifrågasätta.

Regeringen instämmer i utredningens bedömning att det är väsentligt att patienten inte drabbas av fördyrande tilläggskostnader. En patient som jämför vårdgivares priser på tandpriskollen.se inför ett besök ska kunna räkna med att priset är ungefär detsamma vid besöket, även om prisjämförelsetjänsten visar upp medianpriset för respektive åtgärd. Av särskild vikt är detta när patienten är berättigad till särskild tandvårdsersättning eftersom incitamentet för vårdgivaren att rekvirera ersättning vid sidan av reglerat pris då är högre.

Regeringen ställer sig därmed bakom utredningens förslag att en definition av vårdgivarens pris bör införas i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Med vårdgivarens pris ska avses det totala priset för samtliga material och moment som ingår i den ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden, inklusive dentalt material och tandtekniskt arbete. Det är detta vårdgivarpris som ska rapporteras in till Försäkringskassan vid en ansökan om utbetalning av statligt tandvårdsstöd (15 § förordningen [2008:193] om statligt tandvårdsstöd). Det är också det pris som ska framgå av de prislister som ska finnas tillgängliga för patienten (8 § samma förordning). Dessutom innebär definitionen att patienten bättre kan bilda sig en uppfattning om vårdgivarens pris jämfört med referenspriset för viss behandling.

Ett sätt för Försäkringskassan att upptäcka om patienten drabbas av tilläggskostnader är att myndigheten i en efterhandskontroll från vårdgivaren begär in en kopia av kvittot till patienten i enlighet med 3 kap. 2 § lagen om statligt tandvårdsstöd. I den mån Försäkringskassan är i behov av ytterligare verktyg får detta hanteras i särskild ordning.

11 Skyldighet att ta emot patienter och prioritera patienter efter behov

Regeringens förslag: En vårdgivare som är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd ska, om det inte finns särskilda skäl, vara skyldig att ge patienter den ersättningsberättigande tandvård som de behöver.

Principen om att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till vården ska föras in i tandvårdslagen.

Utredningens förslag överensstämmer delvis med regeringens. Utredningen föreslår en skyldighet att ta emot patienter som omfattas av lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd om vårdgivaren inte saknar förutsättningar för detta. Utredningen föreslår vidare att behovs- och solidaritetsprincipen förs in i lagen om statligt tandvårdsstöd.

Remissinstanserna: Få remissinstanser lämnar synpunkter på dessa förslag. Av de som kommenterar förslagen är majoriteten positiva eller i stort positiva. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)*, *Region Skåne*, *Västra Götalandsregionen (VGR)*, *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* och *Region Norrbotten* m.fl. tillstyrker eller är positiva till båda förslagen.

Inspektionen för socialförsäkringen (ISF) påtalar att förslaget om skyldighet att ta emot patienter och prioritera efter deras behov innebär att en viktig princip införs i statligt tandvårdsstöd. Inspektionen konstaterar dock att det kan bli svårt att kontrollera och följa upp principen samt att skyldigheten består i att ta emot patienter, inte hur vårdgivaren arbetar för att styra sitt inflöde av kunder.

Västra Götalandsregionen anser att det vore värdefullt att en liknande skyldighet för vårdgivarna även skulle omfatta patienter inom de regionala tandvårdsstöden, då det ytterligare skulle bidra till en ökad tillgänglighet för alla invånare.

Karolinska Institutet lyfter att reformens fokus på ökade resurser till äldre patienter kan leda till att det blir svårare för yngre patienter med specialistbehov att få tillgång till vård, vilket i sig kan skapa obalans i vården. Även *Göteborgs universitet* och *Region Uppsala* lämnar liknade synpunkter. *Region Kronoberg* anför att det kan finnas en risk att andra behövande i samma åldersgrupp får sämre tillgång till nödvändig tandvård i områden med högt tryck på tandvården. *Region Västernorrland* beskriver att den prioriteringslista som finns i regionerna prioriterar tandvård till akut- och barntandvård högre än till vuxna patienter, vilket kan skapa problem för medarbetarna när efterfrågan ökar i denna grupp.

Utredningens föreslagna skyldighet att ta emot patienter gäller inte om vårdgivaren saknar förutsättningar för detta. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, som instämmer i utredningens förslag, eftersöker tydlighet kring vad som menas med att förutsättningar saknas samt hur man säkerställer att systemet följs. En skyldighet skapar tydliga ramar för konkurrens mellan vårdgivare. Även *Region Östergötland* anser att förslaget i denna del behöver förtydligas eftersom folktandvården i många regioner har begränsade resurser och inte kan omhänderta vuxna patienter med anledning av att akuta patienter och barn och unga behöver prioriteras före

vuxna patienter. *Sveriges folktandvårdsförening (SFF)* är positiv till utredningens förslag, men är mycket tveksam till att skyldigheten kan åsidosättas om vårdgivaren kan visa att det saknas förutsättningar för att ta emot dessa patienter. Det kan enligt föreningen vara mycket svårt för Försäkringskassan att kontrollera exempelvis att vårdgivaren saknar personella resurser, vilket i förlängningen innebär att intentionerna med skyldigheten inte uppnås. Även ISF ser att det trots lagstadgad skyldighet finns en risk att vårdgivare på olika sätt ändå prioriterar patienter som inte omfattas av den särskilda tandvårdsersättningen och att det kan bli svårt att kontrollera i vilken utsträckning vårdgivarna lever upp till skyldigheten. *Region Sörmland* delar utredningens slutsats men anser att förslaget behöver utvecklas och förtydligas med avseende på hur kontrollen av vårdgivare som nekar vård till denna grupp ska genomföras samt vad konsekvensen blir om vårdgivare inte lever upp till detta krav. *Försäkringskassan* påpekar att det finns svårigheter att upptäcka om äldre patienter nekas vård eftersom det inte uppstår ett ärende hos myndigheten i dessa fall. Bedömningar av om vårdgivaren har tillräckliga personella resurser eller vilka avvägningar som är lämpliga ur patientsäkerhetsskäl är avvägningar som myndigheten inte gör i dag och som kräver såväl annat underlag som annan kompetens. Myndigheten påpekar att eftersom den enda konsekvensen som det kan bli fråga om i dessa fall är avanslutning, bör det övervägas om det är lämpligare att dessa kontroller utövas av någon annan myndighet.

Praktikertjänst AB framför att det är verksamhetens lokala förutsättningar för att bedriva högkvalitativ tandvård som ska avgöra om en mottagning har eller saknar förutsättningar att ta emot nya patienter. Verksamheter måste även få utrymme att behandla patienter utanför särskild tandvårdsersättning vid åtgärder som exempelvis inte ryms inom referenspriset, till exempel vid avvikande materialval.

Tjänstetandläkarna är emot tvingande regleringar och ser inte heller att det är nödvändigt med en sådan skyldighet. Frågan förutsätts lösas sig själv om förutsättningarna och möjligheterna för att kunna ta emot patienter är de rätta eller kan anpassas efter rådande omständigheter. *Sveriges Tandläkarförbund* för ett liknande resonemang.

När det gäller förslaget om behovs- och solidaritetsprincipen är *Region Stockholm* tveksam till att införa de etiska principerna endast för det statliga tandvårdsstödet, eftersom det skulle påverka patienter inom de regionala tandvårdsstöden negativt hos de privata vårdgivarna. Såväl *Region Västerbotten* som *Svensk Förening för Cariologi* anser att behovs- och solidaritetsprincipen behöver införas i tandvårdslagen för att göra tandvården mer jämlik. Utan en sådan ändring riskerar tandvårdens mer dysfunktionella delar att ytterligare cementeras och tandvården splittras. Flera regioner, bl.a. *Region Östergötland* och *Region Halland*, motsätter sig att prioriteringar ska regleras i lagen om statligt tandvårdsstöd och förespråkar att det i stället är i tandvårdslagen de etiska principerna för tandvårdens prioriteringar ska föras in.

Region Blekinge ser en risk för undanträngningseffekt för vissa patientgrupper då föreslagen lagändring tvingar vårdgivaren att prioritera särskild tandvårdsersättning, oavsett behov, då det i dagsläget enbart är ålder som är kriteriet. Det kan leda till att patienter med större vårdbehov i gruppen 20–66 år nedprioriteras, eftersom det är brist på personella resurser inom tandvården, framför allt i områden utanför storstadsregionerna.

Sveriges Tandläkarförbund lyfter att de står bakom de etiska principerna men att de behöver ställas emot varandra och att det bör göras på beslutsfattande regional nivå, inte hos den enskilda vårdgivaren.

Region Skåne och Region Uppsala gör bedömningen att det i praktiken kommer vara svårt att avgöra om vårdgivare följer behovsprioriteringarna.

Region Västernorrland ser att förslaget kräver att folktandvården hantlar fler administrativa uppgifter, såsom att identifiera patienters rättigheter, vilket kan påverka arbetsmiljön och minska tiden för patientvård.

Skälen för regeringens förslag

Vårdgivarens skyldighet att ge patienter inom statligt tandvårdsstöd den tandvård som de behöver

I tidigare tandvårdsstöd, såväl 2 § i den upphävda tandvårdstaxan (1973:638) som 2 § i den upphävda förordningen (1998:1337) om tandvårdstaxa, fanns bestämmelser som innebar att vårdgivaren är skyldig att, i den mån det är möjligt, ta emot patienter för tandvård samt att akuta fall därvid ska behandlas med förtur. Någon motsvarande skyldighet att ta emot patienter infördes däremot inte i lagen om statligt tandvårdsstöd och regleringen om att prioritera akuta fall placerades i tandvårdslagen för att omfatta all tandvård.

Merparten av de äldre patienterna går till privata vårdgivare, vilka i högre grad än folktandvården kan drivas i vinstsyfte. En lagning av en tand på en patient som bara har rätt till allmän tandvårdsersättning omfattas av den fria prissättningen, medan en lagning på en patient som har rätt till särskild tandvårdsersättning omfattas av prisregleringen enligt regeringens förslag. Samtidigt behöver det inte vara någon skillnad på den behandling som utförs, vare sig i tidsåtgång, material eller personella resurser. Det kommer därför att finnas ekonomiska incitament för vårdgivare att prioritera patienter som ger högre ersättning för samma behandling oavsett behov.

Regeringen delar utredningens uppfattning att en vårdgivare som valt att ansluta sig till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd och därmed uppbär statliga medel inte fritt ska kunna prioritera sina patienter efter den intäkt de kan ge utan att det är patienternas behov av tandvård som ska vara styrande. Utredningen föreslår en skyldighet för anslutna vårdgivare att ta emot patienter som omfattas av lagen för ersättningsberättigande tandvård. Enligt regeringens mening bör det tydligt framgå av lagtexten att skyldigheten inte bara omfattar att ta emot patienter utan även att ge dem den ersättningsberättigande tandvård som de har behov av.

Regeringen vill samtidigt, med anledning av remissvaren från bl.a. *Praktikertjänst AB*, tydliggöra att skyldigheten inte innebär att patienter inom statligt tandvårdsstöd har företräde till tandvården, utan behovs- och solidaritetsprincipen gäller för all tandvård oavsett vilket ersättnings-system som patienten omfattas av (se under rubriken Behovs- och solidaritetsprincipen förs in i tandvårdslagen). Skyldigheten innebär inte heller att patienter som är berättigade till särskild tandvårdsersättning ska ges företräde framför yngre patienter inom tandvårdsstödet med större behov och rätt till allmän tandvårdsersättning, utan den yngre patienten ska ges företräde om behoven är större. Skyldigheten innebär däremot att vårdgivaren inte kan välja vilka patienter denne vill ta emot inom det statliga

tandvårdsstödet. Vidare gäller bestämmelsen endast för personer som är berättigade till statligt tandvårdsstöd. Det innebär att grupper som asylsökande och personer som vistas i landet utan nödvändiga tillstånd inte omfattas av denna skyldighet från vårdgivarens sida.

Kontroller av en mottagnings vårdpanorama eller åldersfördelning behövs för att se om äldre patienter endast får undersökningar och förebyggande åtgärder medan yngre patienter erbjuds ett annat vårdutbud. Vårdgivaren kan också tidigare ha haft en stor andel äldre patienter men sedan slutat att rapportera in vård på patienter som är 67 år och äldre. Vidare kan patienter kontakta myndigheterna om att de inte längre bereds möjlighet till vård och behandling, alternativt plötsligt får betala fullt pris utan tandvårdsstöd. *Försäkringskassan* anser att det bör övervägas om det är lämpligare att kontrollerna av om vårdgivarna uppfyller sin skyldighet utövas av någon annan myndighet. Regeringen kommer framöver att särskilt överväga hur denna kontroll bäst hanteras.

Västra Götalandsregionen önskar att skyldigheten även ska omfatta patienter inom de regionala särskilda tandvårdsstöden. Regeringen konstaterar att det saknas beredningsunderlag för att ta ett sådant förslag vidare inom ramen för denna lagrådsremiss.

Vårdgivarens skyldighet gäller inte om det finns särskilda skäl

Utredningen föreslår att vårdgivarens skyldighet att ta emot patienter inte ska gälla om vårdgivaren saknar förutsättningar för detta. Vid sådana förändringar av en mottagnings vårdpanorama som talar för att inte alla patienter tas emot eller inte erbjuds ett fullständigt vårdutbud, bör en kontroll ske om det finns en trovärdig och acceptabel anledning till förändringarna.

SFF är negativ till förslaget att skyldigheten ska kunna åsidosättas. Regeringen instämmer däremot med utredningen i att det behövs en undantagsbestämmelse. Det kan konstateras att även den tidigare reglerade skyldigheten att ta emot patienter innehöll en begränsning: ”i den mån det är möjligt”. Enligt regeringen bör undantaget utformas på ett mer vittomfattande sätt än utredningen föreslår. Skyldigheten för vårdgivaren att ge patienter den vård som de behöver bör enligt regeringen gälla om det inte finns särskilda skäl.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys m.fl. eftersöker förtydliganden om vad undantaget innebär. Regeringen ställer sig bakom utredningens bedömning att vårdgivarens skyldighet inte bör gälla vid avsaknad av personella resurser för att ta sig an ytterligare patienter. En folktandvårdsmottagning som har ett omfattande barnuppdrag, eller en privat vårdgivare som genom avtal med en region tagit på sig ett stort sistahandsansvar för barn i området, skulle kunna anses sakna personella resurser för fler patienter. Det kan också anses finnas särskilda skäl för exempelvis en renodlad protetisk specialistklinik att inte behöva ta emot patienter för återkommande basundersökningar eller behandling av karies. Vad som i övrigt kan anses som särskilda skäl får överlämnas åt rättstillämpningen att avgöra.

Behovs- och solidaritetsprincipen förs in i tandvårdslagen

Behovs- och solidaritetsprincipen, dvs. att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården, är en av de etiska principerna i hälso- och sjukvårdslagens målsättningsreglering. De med mindre behov ska av solidaritet avstå resurser till dem med större behov. De etiska principerna togs fram av Prioriteringsutredningen i betänkandet Vårdens svåra val (SOU 1993:93) som en vägledning i en tid av ökade förväntningar på vården, vilket tillsammans med begränsade ekonomiska resurser ställde krav på prioriteringar inom vården i betydelsen att värdera och rangordna behov inför beslut om resursfördelning. Principerna fastställdes av riksdagen genom antagandet av propositionen Prioriteringar inom hälso- och sjukvården (prop. 1996/97:60). Behovs- och solidaritetsprincipen regleras för övrigt hälso- och sjukvård i 3 kap. 1 § andra stycket tandvårdslagen (2017:30).

Utredningen om ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård föreslår att behovs- och solidaritetsprincipen ska föras in i lagen om statligt tandvårdsstöd, om de etiska principerna inte förs in i tandvårdslagen.

Regeringen menar att behovs- och solidaritetsprincipen är central för målsättningen att skapa ett mer jämlikt tandvårdssystem och anser därför, i likhet med flera remissinstanser, att den bör föras in i tandvårdslagen och inte i lagen om statligt tandvårdsstöd. Härigenom uppkommer inte de svårigheter vid tillämpningen som exempelvis *Region Kronoberg* ser kring prioritering mellan patienter som är berättigade till särskild tandvårdsersättning respektive stöd i form av nödvändig tandvård för vuxna med särskilda behov utan principen omfattar därmed all tandvård.

Det är viktigt att understryka att det handlar om en vägledande princip, inte ett krav eller en grund för sanktioner. Principen är avsedd som vägledning i såväl organisering som praktisk vardaglig hantering av patientflöden. Det kommer fortfarande vara regionens eller vårdgivarens ansvar att ytterst bestämma hur verksamheten ska organiseras och bedrivas. Principen kan även stödja den privata vårdgivaren som ställs inför att prioritera tid och resurser eller den enskilda behandlaren i den kliniska vardagen. Regeringen instämmer inte i *Sveriges Tandläkarförbunds* synpunkt att den enskilda vårdgivaren inte ska behöva göra en sådan bedömning. Det kan konstateras att tandvården redan i dag i varierande utsträckning tillämpar en prioriteringsordning som innebär att patienter med större behov ges företräde framför patienter med mindre behov. Regeringen ställer sig därmed något frågande till *Region Västernorrlands* synpunkt att det blir ökad administration av att identifiera patienters behov. Att bedöma patienters behov av tandvård bedöms redan i dag vara en naturlig del av en behandlares dagliga arbete.

Av principen följer att en vårdgivare ska beakta behoven hos mer utsatta patienter, som har mindre möjligheter än andra patienter att påverka och ställa krav. Tandvården får genom förslaget ett tydligare ansvar att utreda och undersöka var det finns behov. Detta kan särskilt anses gälla barns och ungas möjlighet till en fullständig tandvård, men även vuxna som inte genomgått en undersökning på länge kan prioriteras för en sådan.

Det statliga tandvårdsstödet utformning med åtgärdsbaserad ersättning innebär en viss risk för överkonsumtion av tandvård. Patientens uttalade efterfrågan på viss vård, vårdgivarens lönsamhetskrav, kompetensförsörj-

ningen och 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. Ur ett jämlikhetsperspektiv är det väsentligt att patienter prioriteras efter behov och att ekonomiska hänsyn och ersättningssystem inte styr patientens möjlighet att få tandvård. I ett system med begränsade resurser, såväl personella som ekonomiska, får en prioriteringsordning för vilka patienter eller patientgrupper som ska behandlas med förtur större betydelse. Så är fallet i dag på många platser i landet.

Ett led i regeringens arbete med att skapa förutsättningar för tandvårdens prioriteringar är Socialstyrelsens uppdrag att utveckla en nationell modell för riskbedömning inom tandvården (S2023/01524 och S2024/01260). Ett sådant system kan komma att ligga till grund för bl.a. den tandvård som patienten bör erbjudas, där en patient med hög risk för försämrad munhälsa ska ha ett kortare besöksintervall än patienter med låg risk.

Även inom privattandvården kan tillämpningen av en behovs- och solidaritetsprincip innebära att resurserna i högre grad än i dag styrs från friska patienter till patienter med större vårdbehov. Det statliga tandvårdsstödet utformning är i detta avseende centralt. Enkelt uttryckt behöver tandvårdsstöden vara utformade så att det blir mindre motiverat att kalla patienter med inga eller små vårdbehov till undersökningar utförda av tandläkare i större utsträckning än vad som är odontologiskt motiverat, exempelvis för att patienten själv efterfrågar det eller för att kliniken traditionellt arbetat på det sättet. Det är väsentligt att skilja mellan en patients behov av tandvård och patientens efterfrågade önskemål om tandvård.

Regeringen anser att endast 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. Att behandla patienter med tandvård som inte är subventionerad får således ses som ett lågt prioriterat behov, vilket kan utföras i mån av outnyttjad kapacitet. En utgångspunkt för prioriteringen bör enligt regeringen vara sådan tandvård som kan berättiga till statligt tandvårdsstöd enligt 1 kap. 3 § lagen om statligt tandvårdsstöd, nämligen tandvård som patienten behöver och som syftar till att åstadkomma frihet från smärta och sjukdomar, förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder eller ett utseendemässigt godtagbart resultat.

För att åstadkomma ett mer jämlikt tandvårdssystem är en central fråga vilka patienter som ska prioriteras. Generellt bedöms det rimligt att prioritera patienter vars revisionsintervall, dvs. tiden mellan två tandvårdsbesök för undersökning i förebyggande syfte, har överskridits, eftersom dessa patienter bedöms ha ett relativt stort behov av att besöka tandvården. Först därefter är det reellt möjligt att ställa det faktiska behandlingsbehovet mot andra patients behov genom en prioritering. Det är under en undersökning som många problem upptäcks innan de växt sig kännbara och exempelvis orsakar smärta och skadan är då vanligen irreversibel. Därför är det centralt även med beaktande av behovsprincipen att brett uppmuntra och kalla till regelbundna undersökningar oavsett bekräftat behov.

Det är dock viktigt att framhålla att 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 normalt sett betalar den största delen av kostnaden för behandlingen själv. Den omständigheten att en patient kan ha ett omfattande behov som tandvården skulle prioritera högt, men som inte är möjligt att tillgodose på grund av patientens betalningsförmåga, skulle kunna tala emot införandet av en behovsprincip i tandvårdslagen. Regeringen vill därför understryka att behovs- och solidaritetsprincipen omfattar alla patienter oavsett betalningsförmåga, men att betalningsförmågan kan påverka den praktiska tillämpningen av principen. 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 men med betalningsförmåga. En sådan konsekvent tillämpning av behovs- och solidaritetsprincipen är inte förenlig med tandvårdssystemets finansieringsmodell och förutsätter ett förändrat system med avsevärt lägre patientkostnader för alla patienter med stora behov.

Patienter med akuta besvär

Av behovs- och solidaritetsprincipen framgår indirekt att akuta problem ska behandlas med hög prioritet och därför hanteras med förtur. Bestämmelsen i 3 § andra stycket tandvårdslagen om att akuta fall ska ges förtur kan därför utgå. Förslaget avser inte att förändra tandvårdens mottagande av akuta patienter. Dessa anses vanligen ha ett stort behov av vård på grund av exempelvis svår värk och ska följaktligen prioriteras.

Regionernas prioriteringsordning

Inom regionerna finns av regionfullmäktige fastställda prioriteringsordningar för folktandvårdsklinikernas hantering av patientflödena. Folktandvården har enligt 7 § tandvårdslagen att svara för regelbunden och fullständig tandvård för personer till och med det år de fyller 19 år, vilket innebär att barn enligt lagen är högt prioriterade. Den fullständiga tandvården för barn omfattar såväl allmän- som specialisttandvård. Folktandvården ska även svara för specialisttandvård för personer från och med det år de fyller 20 år. Därtill ska folktandvården, i den omfattning som regionen bedömer lämplig, svara för övrig tandvård för personer från och med det år de fyller 20 år. Regionen ska enligt 8 § tandvårdslagen planera tandvården med utgångspunkt i befolkningens behov av tandvård samt se till att det finns tillräckliga resurser för patienter med särskilda behov av tandvårdsinsatser och att patientgrupper med behov av särskilt stöd erbjuds tandvård. Regionen 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.

Region Västernorrland ser att regionen enligt fastställd prioriteringslista sätter akuta patienter och barnpatienter högre än vuxna patienter, vilket kan skapa problem för behandlarna när efterfrågan ökar hos de äldre. Behovs- och solidaritetsprincipen kan enligt regeringen vara till hjälp vid fastställande av ny prioriteringsordning för regionen. Att barn och unga trots behovs- och solidaritetsprincipen kan prioriteras högt kan enligt regeringen motiveras av regionernas särskilda ansvar för barnen enligt 7 § tandvårdslagen, men det kan även anses väsentligt att se till att tandhälsan

hos de unga genom förebyggande tandvård förblir god så att de inte tränger undan personer med större behov av mer omfattande vård och behandling.

Den kommunala självstyrelsen

Även om behovs- och solidaritetsprincipen för tandvårdens prioritering är avsedd som vägledning och det även fortsättningsvis kommer att vara regionernas och vårdgivarnas ansvar att ytterst bestämma hur verksamheten ska organiseras och bedrivas, får förslaget anses innebära en viss inskränkning i den kommunala självstyrelsen. Förslaget om en skyldighet för anslutna vårdgivare att ta emot patienter innebär också en viss inskränkning, även om regionen redan har ett lagstadgat ansvar att erbjuda tandvård åt bl.a. dem som är bosatta inom regionen. Förslagen anses dock inte gå utöver vad som är nödvändigt med hänsyn till ändamålet, dvs. att på samma sätt som inom övrig hälso- och sjukvård lagreglera principen om att resurserna ska fördelas solidariskt efter behov. Regeringen bedömer inskränkningen i den kommunala självstyrelsen som proportionerlig och därmed godtagbar.

12 Informationsinsatser i samband med genomförandet av särskild tandvårdsersättning

Regeringens bedömning: En eller flera myndigheter bör få i uppdrag att informera allmänhet och vårdgivare om det nya tandvårdsstödet och även svara för de informationsinsatser som i övrigt kommer att krävas.

Utredningens förslag överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att Försäkringskassan ska ges i uppdrag att bl.a. utföra vissa informationsinsatser. Utredningen lyfter Försäkringskassans ansvar att ge information till berörda om socialförsäkringen och de övriga förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för. Mot bakgrund av den utvidgning av det statliga tandvårdsstödet som förslaget om det nya stödet innebär, anser utredningen att Försäkringskassan bör överväga att genomföra särskilda informationsinsatser riktade såväl till allmänheten som till särskilt berörda grupper inför ikraftträdandet.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanserna är positiva till förslagen i stort. *Sveriges kommuner och Regioner (SKR)* vill särskilt betona att informationen kommer att vara avgörande och att inte alla informationsinsatser ger någon verkan. *Region Västernorrland* förordar en kommunikationssatsning till medborgarna vid implementeringen av stödet i många olika kanaler så att det blir väl känt för alla berörda. *Privattandläkarna* upplyser om att risken för ett marknadsmisslyckande är uppenbar på en asymmetrisk marknad som tandvårdsmarknaden. För att minska denna risk behöver patientens tillgång till information förbättras, framför allt vad gäller priset och kvaliteten hos olika vårdgivare, men även avseende faktorer som vilken behandling patienten behöver och vilka alternativ till behandling som finns. Privattandläkarna anser att prisjämförelse-

tjänsten tandpriskollen.se ska kompletteras med kvalitetsparametrar. Även *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)* ser att det i samband med införandet av det förstärkta högkostnadsskyddet finns behov av att informera patienterna om vilken behandling som omfattas av det statliga tandvårdsstödet så att patienterna kan bilda sig en god uppfattning om vilken typ av vård de kan förvänta sig. *Sveriges Tandhygienistförening (STHF)* lyfter att det bör övervägas om Försäkringskassan ska få i uppdrag att informera allmänheten inför och efter lansering av den nya reformen. Många vet inte i dag vad stöden innebär och vad man har rätt till, okunskap kan vara ett av de viktigaste skälen till att man inte besöker tandvården. *SPF Seniorerna* anser att information och kommunikation inom tandvårdsområdet till patienter, hälso- och sjukvården samt tandvårdens aktörer behöver förbättras och utvecklas. Det gäller dels om de komplicerade regelverk som styr ersättning för utförd behandling, dels om förebyggande åtgärder, orala sjukdomar och kopplingen mellan munhälsa och allmän hälsa. *SKPF Pensionärerna* vill tillägga vikten av att inkluderande informationsmaterial sprids via samarbetsorganisationer, föreningar och vårdcentraler för att verkligen nå alla äldre.

Tjänstetandläkarna anser att det är av avgörande betydelse vid denna typ av förändring att tandvårdspersonalen har hunnit få adekvat utbildning i det nya systemet.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys påpekar att de i en tidigare rapport konstaterat att vårdgivaren har ett stort ansvar att informera patienter om kostnaden för behandling, men att det inte finns någon enskild aktör som har ett samlat informationsansvar för tandvårdssystemet. Exempelvis ansvarar Försäkringskassan för att informera om det statliga tandvårdsstödet och regionerna för information om det regionala tandvårdsstödet, medan TLV tillhandahåller information om prisnivåer i tandvården.

Skälen för regeringens bedömning: Patienterna inom tandvården behöver stärkas genom informationsinsatser för att få ökad kunskap och kunna göra informerade val. Kunskapen hos allmänheten om hur statligt tandvårdsstöd fungerar i dag är relativt begränsad, vilket visats i olika studier av bl.a. Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. Nära tre fjärdedelar av patienterna uppger i Vård- och omsorgsanalys rapport Tala om tänder – Patienters erfarenheter och behov av information om tandvården (2022) att de vill ha mer information om tandvårdsbidrag och högkostnadsskydd samt om kostnader för besök och behandlingar inom tandvården. Mot bakgrund av den utvidgning av det statliga tandvårdsstödet som föreslås, gör regeringen bedömningen att en eller flera myndigheter bör ges i uppdrag att genomföra särskilda informationsinsatser riktade såväl till allmänheten som till berörd åldersgrupp inför ikraftträdandet. Försäkringskassan har redan i dag enligt sin instruktion ett ansvar att ge information till berörda om socialförsäkringen och de övriga förmåner och ersättningar som myndigheten ansvarar för och det är enligt regeringen lämpligt att myndigheten även svarar för vissa av de informationsinsatser som kommer att krävas.

13 Beloppsgränser och ersättningsnivåer inom det allmänna skyddet mot höga kostnader

Regeringens bedömning: Bestämmelsen om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om beloppsgränser och ersättningsnivåer inom den allmänna tandvårdsersättningen bör fortsätta gälla som förut.

Det bör övervägas att indexera beloppsgränserna för allmän tandvårdsersättning. Det bör även vara möjligt att på sikt justera ersättningsnivåerna inom högkostnadsskyddet utan hinder av tidigare ställningstaganden.

Utredningens förslag och bedömning överensstämmer inte med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att den bestämmelse som uppger om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om beloppsgränser och ersättningsnivåer inom den allmänna tandvårdsersättningen ändras på så sätt att den inte längre ska omfatta vidaredelegation till myndighet.

Utredningen gör bedömningen att det bör övervägas om beloppsgränserna och ersättningsnivåerna på sikt ska indexeras.

Remissinstanserna: Få remissinstanser har synpunkter på förslaget och bedömningen. Av de remissinstanser som uttalar sig om förslaget att regeringen övertar ansvaret för att bestämma beloppsgränser och ersättningsnivåer inom allmän tandvårdsersättning är fler positiva än negativa. Vad gäller bedömningen om indexering av högkostnadsskyddet är flertalet som uttalar sig positiva. *Pensionärernas Riksorganisation (PRO)*, *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)*, *Region Sörmland* och *Region Östergötland* ställer sig positiva till förslaget att beloppsgränser och ersättningsnivåer inom den allmänna tandvårdsersättningen ska bestämmas av regeringen och anser att indexering bör övervägas. *Sveriges folktandvårdsförening (SFF)* ser att en indexering av aktuella nivåer förefaller rimligt och utgår från att beslut om förändringar i beloppsgränser och ersättningsnivåer föregås av ett tätt samråd med berörda myndigheter.

Västra Götalandsregionen (VGR) ställer sig frågande till förändringen av TLV:s uppdrag när det gäller att bestämma beloppsgränser och ersättningsnivåer. *Tjänstetandläkarna* och *Sveriges Tandläkarförbund* ser en utmaning i att regeringen övertar beslutanderätten eftersom det kan innebära ett mindre förutsägbart system som är negativt för att kunna bedriva en trygg och långsiktigt stabil verksamhet.

Skälen för regeringens bedömning

Lagförslaget bör inte genomföras

Högkostnadstrappan inom den allmänna tandvårdsersättningen, dvs. de beloppsgränser (karensbelopp och övre beloppsgräns) och ersättningsnivåer (procentsatser) som gäller för ersättningen, regleras i dag i 3 § TLV:s föreskrifter och allmänna råd (TLVFS 2008:1) om statligt

tandvårdsstöd. För att bestämmelserna om vilka delar av det statliga tandvårdsstödet som en patient har rätt till ska finnas samlade i en och samma författning föreslår utredningen att beloppsgränser och ersättningsnivåer inom den allmänna tandvårdsersättningen i fortsättningen ska regleras i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd.

I 2 kap. 6 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd finns en bestämmelse som upplyser om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer meddelar föreskrifter om bl.a. de nämnda beloppsgränserna och ersättningsnivåerna. Utredningen föreslår att upplysningsbestämmelsen ändras på så sätt att möjligheten att vidaredelegera till myndighet tas bort. Regeringen anser däremot att bestämmelsen även i fortsättningen bör utformas så att den upplyser om hur normgivningsmakten enligt regeringsformen är fördelad på restkompetensens område (8 kap. 7 och 11 §§ regeringsformen).

Indexering av beloppsgränser

I den proposition som låg till grund för införandet av det statliga tandvårdsstödet (prop. 2007/08:49) anfördes att vid bedömningen av på vilken nivå skyddet mot höga kostnader ska träda in, bör en utgångspunkt vara hur stora kostnader som de flesta patienter i normalfallet kan finansiera utan större problem. Det konstaterades att cirka 20 procent av patienterna under ett år har tandvårdskostnader som är 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. En lämplig nivå på karensbeloppet, vid beaktande av de finansiella ramarna för reformen och behovet av att hålla kostnaderna under kontroll, var enligt regeringen därför 3 000 kronor. En rimlig nivå på den procentuella ersättningen bedömdes vara 50 procent av kostnaderna. För personer som har mycket höga kostnader bedömdes emellertid inte denna ersättningsnivå ge 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 (prop. 2007/08:49 s. 76).

I det betänkande där den nämnda propositionen behandlades uttalade socialutskottet att de av regeringen förordade ersättningsnivåerna liksom förslaget i övrigt var väl avvägt (bet. 2007/08:SoU9 s. 17).

De nämnda beloppsgränserna och ersättningsnivåerna inom tandvårdens högkostnadsskydd (3 000 respektive 15 000 kronor samt 50 respektive 85 procent av kostnaderna) har inte ändrats sedan stödet infördes 2008. I och med att referenspriserna årligen justeras av TLV medan gränserna för att få ta del av högkostnadsskyddet hållits oförändrade har fler patienter över tid fått ta del av skyddet. Samtidigt har ett utrymme skapats för vårdgivarna att höja sina priser.

Utredningen gör bedömningen att en indexering av det allmänna högkostnadsskyddet på sikt bör övervägas. Den särskilda tandvårdsersättningen kommer att bygga på referenspriser, vilka räknas upp när kostnader för löner och material m.m. stiger. Detta innebär att den andel av referenspriset som patienten ska betala inom det nya stödet kommer att stiga i antal kronor över tid. För att upprätthålla likvärdighet mellan dem som tar del av den allmänna tandvårdsersättningen och dem som främst nyttjar den särskilda tandvårdsersättningen bör enligt utredningen be-

loppsgränser och ersättningsnivåer inom det allmänna högkostnads-skyddet indexeras.

Regeringen instämmer i utredningens bedömning att en indexerings bör övervägas av de beloppsgränser som gäller inom den allmänna tandvårds-ersättningen. Även ersättningsnivåerna bör på sikt kunna justeras utan hinder av tidigare ställningstaganden.

14 Uppföljning och utvärdering av reformens konsekvenser och effekter

Regeringens bedömning: Det är väsentligt att reformens olika delar följs upp och att konsekvenser för och effekter på tandvårdsstödet, tandvårdsmarknaden och munhälsan utvärderas. En eller flera myndigheter bör därför få detta i uppdrag.

Tandhälsomåttén bör utvecklas för att bättre mäta den aktuella munhälsan hos befolkningen.

Utredningens förslag och bedömning överensstämmer i huvudsak med regeringens bedömning. Utredningen föreslår att Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) ska ges i uppdrag att följa upp och utvärdera konsekvenser och effekter av reformen. Utredningen lämnar även förslaget att Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att följa upp reformen med avseende på munhälsan i befolkningen samt bedömningen att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utveckla befintliga tandhälsomått.

Remissinstanserna: Remissinstanserna är positiva till förslagen i stort och lämnar synpunkter på vad som bör följas upp. *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV)* tillstyrker förslaget. *Konkurrensverket* menar att det är svårt att bedöma hur utfallet av förslaget skulle bli dels på vårdmarknaden, dels för statens kostnader givet reformens omfattning, referensprisets nivå och storleken av subventionen. Uppföljning av reformen blir därför viktig för att se om syftet med den uppfylls och hur konkurrensen påverkas. *Västra Götalandsregionen (VGR)* anser att även risken för att vissa vårdgivare väljer att lämna tandvårdsstödet och eventuella konsekvenser av detta på bl.a. tillgängligheten till tandvård bör följas upp. *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)* lyfter vikten av uppföljning av reformens påverkan på tillgänglighet, geografisk omfördelning och sänkning av patientens vårdkostnader. SKR betonar särskilt att den dynamiska effekten som det föreslagna kommuntypstillägget eventuellt har på tillgänglighet noga bör följas upp och analyseras. Detta mot bakgrund av erfarenheter av tidigare tandvårdsreformer som trots goda intentioner inte lett till avsedd och önskad effekt.

Det är enligt Konkurrensverket angeläget att kontinuerligt följa upp vilka avvägningar som är lämpliga utifrån syftet med reformen och påverkan på konkurrensen. Även *Region Västernorrland* lyfter behov av täta och kontinuerliga uppföljningar av stödet så justeringar kan ske med täta mellanrum för att förbättra och även förenkla tandvårdssystemet. Även risken för välfärdsbrott bör utvärderas.

VGR instämmer med utredningens bedömning att minskade kostnader för patienten kan leda till odontologiskt omotiverad konsumtion av vård och bedömer det som angeläget att detta följs upp. *Sveriges Folk tandvårdsförening (SFF)* betonar särskilt risken att vårdgivare höjer patientavgiften inom delar av det statliga tandvårdsstödet som inte omfattas av föreslagen prisreglering. Detta kan riskera att andra patientgrupper undviker tandvården av ekonomiska skäl.

Utredningens förslag är en delredovisning efter tre år och en slutredovisning efter sex år. *Region Norrbotten* anser att rapporteringen bör ske i snabbare takt för att säkerställa att förändringarna har avsedd effekt så att folktandvårdens möjlighet att utföra vuxentandvård inom det statliga stödet ökar. Regionen ser annars en risk att prisregleringen får en negativ effekt på folktandvårdens ekonomi. Regionen tillägger att uppföljning även behöver ske av att reformen inte blir underfinansierad.

Många remissinstanser pekar på att en successiv utvärdering är av yttersta vikt, bl.a. *Region Östergötland*. *Region Sörmland* ser positivt på att reformen följs upp i flera steg och i samverkan med andra myndigheter innan en eventuell utökning av reformen sker. Även *Inspektionen för vård och omsorg (IVO)* påpekar att samverkan mellan myndigheter är angeläget i uppföljning och utvärdering av reformen.

Tjänstetandläkarna påpekar att i det fall det blir förändringar i tandvården förväntar sig förbundet att få vara delaktigt i utvärderingen rörande såväl upplägg som analys och diskussion. *Sveriges Tandhygienistförening (STHF)* ser det som mycket värdefullt att tandvårdens samtliga legitimerade professionsföreträdare får ta del av myndigheternas arbete med uppdragen. *Myndigheten för vård- och omsorgsanalys* och VGR instämmer i utredningens förslag om uppdrag till TLV samt ser att särskilt effekterna på tandvårdens kapacitet och tillgänglighet behöver följas upp för att säkerställa att det inte sker försämringar i en redan ansträngd situation för tandvården. Därtill blir det viktigt att säkerställa att prisregleringen inte leder till prisökningar på andra behandlingar som inte ingår i särskild tandvårdsersättning. *Region Skåne* tillstyrker förslaget att TLV ges i uppdrag att följa upp reformen och vill betona vikten av att uppföljningen görs av de ekonomiska effekterna kopplat till reformen med särskild fokus på åtgärdsglidning, åtgärdsstapling och välvärdsbrottslighet.

Region Uppsala anser att uppföljningen borde läggas på Försäkringskassan eller ISF då TLV inte ansvarar för de register som behövs för att utvärdera verksamheten samt ansvarar för införandet. *Socialstyrelsen* anser att TLV bör ges uppdrag att följa upp prisutvecklingen, statens utgifter och tandvårdsmarknaden, men att frågor om undanträngningseffekter för andra målgrupper på systemnivå, konsekvenser för tandvårdens kapacitet och personalförsörjning, liksom tandvårdskonsumtion och regionala effekter ingår i Socialstyrelsens befintliga uppdrag att följa utvecklingen på systemnivå. Även effekter för barn- och ungdomstandvård, specialisttandvård och regionala tandvårdsstöd samt tandvårdens roll i frågor som rör beredskap och civilt försvar bör ingå i Socialstyrelsens uppdrag. *Praktikertjänst AB* menar att utvärdering och uppföljning ska genomföras av en oberoende part, exempelvis Statskontoret eller Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, och att uppdraget därför inte bör genomföras av TLV.

Region Skåne tillstyrker förslaget att Socialstyrelsen ges i uppdrag att följa upp reformen med fokus på munhälsan i befolkningen. *Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU)* instämmer i förslaget om uppföljning och att utveckla befintliga tandhälsomått, vilka kan integreras med tandhälsoregistret och på sikt användas i forskningsstudier. *Enköpings kommun* ser positivt på utredningens bedömning att Socialstyrelsen bör ges i uppdrag att utveckla tandhälsomåtten. Socialstyrelsen kommenterar i sitt remissvar att myndigheten tidigare har identifierat behov av utveckling av tandhälsoregistret och befintliga tandhälsomått samt att inkludera fler målgrupper.

Skälen för regeringens bedömning

Kontinuerlig uppföljning är nödvändig

Regeringen anser det angeläget att den föreslagna reformen följs upp ur olika perspektiv. Regeringen kommer att beakta inkomna remissynpunkter när uppdrag lämnas till berörda myndigheter. En kontinuerlig uppföljning ses som nödvändig över en längre tidsperiod och det är av vikt att myndigheterna samverkar i detta arbete. Uppföljningen kan bl.a. komma att omfatta nedanstående delar.

Reformens påverkan på statens kostnader för tandvård

Kostnaderna för statligt tandvårdsstöd följs redan i dag. Att priset är reglerat inom förslaget om särskild tandvårdsersättning bidrar förvisso till viss kostnadskontroll såvitt avser statens utgifter, men det finns flera andra faktorer som kan påverka statens utgifter. De beräkningar som utredningen utfört av dynamiska effekter kan inte göras med exakthet och antaganden som gjorts är därmed behäftade med viss osäkerhet.

Prisutveckling inom den fria prissättningen

Det är väsentligt att det förstärkta högkostnadsskyddet inte urholkas och att satsade medel kommer patienterna till godo. Vid ett införande av en reglerad prissättning på tandvårdsmarknaden är uppföljning av yttersta vikt eftersom ett reglerat högsta pris kommer att förändra förutsättningarna på marknaden och även kan ha påverkan på konkurrensen. Genom att viss tandvård även fortsättningsvis kommer att omfattas av fri prissättning, medan annan tandvård kommer att prisregleras, kommer den ekonomiska incitamentsstrukturen att se olika ut för olika delar av marknaden. En och samma vårdgivare kommer att erbjuda tandvård till reglerat pris och samtidigt erbjuda samma eller annan tandvård till det pris vårdgivaren själv sätter.

Prisutvecklingen bör följas upp och utvärderas med utgångspunkt i det angivna syftet med reformen och för att kunna bedöma reformens effekt och ändamålsenlighet. En väsentlig del blir därför att följa utvecklingen av priserna på den del av tandvårdsmarknaden som inte är prisreglerad. En utvecklad prisjämförelsesajt kan här vara ett viktigt verktyg för att ge ytterligare stöd till patienterna.

Tandvårdskonsumtion

Det är av vikt att tandvårdskonsumtionen följs upp och utvärderas, bl.a. om det sker någon förändring i konsumtionsmönster, för såväl de patienter som omfattas av den särskilda tandvårdsersättningen och ett reglerat högsta pris som de patienter som är berättigade till allmän tandvårdsersättning. Ett särskilt fokus kan vara om reformen förmår att nå andra patientgrupper än de som tidigare besökt tandvården samt om det sker förändringar i vårdpanoraman.

Tandvårdskonsumtionen bör följas upp och utvärderas med utgångspunkt i det angivna syftet med reformen – att det statliga högkostnads-skyddet förstärks så att de som berättigas till särskild tandvårdsersättning erbjuds tandvård till en kostnad som ligger närmare kostnaden för övrig vård.

Om det införs ett tillägg till den särskilda tandvårdsersättningen i syfte att stimulera tandvård i glesbygd och landsbygd bör effekterna av detta tillägg ingå i uppföljningen. Bland annat bör granskas om de patienter som omfattas får tandvård i sitt närområde eller i storstäderna, samt om deras tandvårdskonsumtion ökar.

Tandvårdsmarknadens konkurrenssituation, tillgänglighet, kapacitet, produktivitet och lönsamhet

Regeringen instämmer i *Konkurrensverkets* synpunkt att det är svårt att bedöma hur utfallet av förslagen blir på tandvårdsmarknaden och att uppföljning av reformen för att se hur konkurrensen påverkas därför blir väsentlig. Ett särskilt fokus kan behövas avseende de vårdgivare som i dag uppvisar större differenser i sina priser jämfört med referenspriserna. Det har även lämnats remissynpunkter, av bl.a. *Västra Götalandsregionen (VGR)* och *Sveriges Kommuner och Regioner (SKR)*, om att det finns risker att tillgängligheten till tandvård kommer att minska och att marknaden kommer att påverkas av reformen. Det har även förts fram att remittering av patienter av ekonomiska skäl kommer att förekomma. Regeringen ser att det är av vikt att följa upp tandvårdens kapacitet och förmåga att möta en ökad efterfrågan på tandvård i olika delar av landet och inom såväl allmäntandvård som specialisttandvård. Det är också angeläget att över tid följa om risken som lyfts om att vårdgivare väljer att avveckla verksamheten och därigenom lämna anslutningen till statligt tandvårdsstöd realiserar och vilken påverkan det i så fall får på konkurrensen lokalt. Med anledning av såväl den föreslagna prisregleringen som utredningens förslag i syfte att stimulera tandvård i glesbygd och landsbygd, innehåller reformen faktorer som kan påverka marknads kapacitet och utbud i såväl positiv som negativ bemärkelse, vilket behöver följas upp över tid. Bland annat kan det behöva analyseras om patienter med begränsade valmöjligheter i sin geografiska närhet får tillgång till tandvård och var tandvården produceras. Om regeringen senare föreslår att utredningens förslag om ett procentuellt tillägg på vårdgivarens ersättning utifrån var patienten är bosatt införs, innebär det ett nytt och oprövat inslag i fördelningen av det statliga tandvårdsstödet. Vidare bör privata och offentliga tandvårdsproducenters produktivitet, rörelsemarginal och lönsamhet följas upp, i syfte att utvärdera hur reformen påverkar de ekonomiska förutsättningarna att bedriva tandvård.

Ett väsentligt inslag i reformen är även att det finns en kontroll och tillsyn av vårdgivarna som säkerställer att det råder en sund konkurrens (se avsnitt 15).

Munhälsans utveckling och utvecklade tandhälsomått

Det förstärkta skyddet mot höga kostnader är tänkt att ge lägre tandvårds-kostnader för patienterna, vilket kan bidra till en besöksfrekvens anpassad efter patientens behov och därigenom bättre munhälsa genom behövlig 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. Uppföljning behöver därför ske om särskild tandvårds-ersättning leder till en förbättrad munhälsa för berörda patienter.

Det är samtidigt angeläget att även följa upp effekter på munhälsan i den övriga befolkningen, i syfte att analysera eventuella undanträngnings-effekter av reformen som påverkar munhälsan bland andra patientgrupper.

För detta uppdrag kan det vara nödvändigt att utveckla dagens tand-hälsomått till att bättre följa effekter på munhälsan som inte påverkas av antalet intakta eller kvarvarande tänder, exempelvis om den icke intakta tanden är lagad eller inte. En tand med kariesangrepp som inte är om-händertaget kan genom smärta försvåra tuggförmågan. En icke kvar-varande tand kan vara ersatt av ett implantat som ger fullgod tuggförmåga. Regeringen ser även att det kan finnas skäl att i måtten involvera hela munhälsan och inte endast en bedömning av tänderna, såsom förmågan att tugga. Munhälsomått synes därför på sikt vara ett bättre begrepp än tand-hälsomått.

15 Kontroll och tillsyn av vårdgivarna

Regeringens bedömning: För att minimera riskerna för brott och felaktiga utbetalningar bör kontrollen av ärenden om särskild tand-vårdsersättning vara mer omfattande än den kontroll som utförs i dag inom allmän tandvårdsersättning. Även tillsynen av vårdgivarna behöver utökas.

Utredningens bedömning överensstämmer i huvudsak med rege-ringen. Utredningen anger att det är Försäkringskassans kontroll som bör vara mer omfattande samt att myndigheten även bör kontrollera för vilka tandvårdsåtgärder som patienten debiterats när ersättningsberättigande tandvård utförts och med vilka belopp.

Remissinstanserna: De flesta remissinstanserna är positiva till be-dömningen om kontroll i stort. *Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)* påpekar att en större översyn över Försäkringskassans kontrollmöjligheter behövs inför en så omfattande reform eftersom de anser att de föreslagna kontrollerna inte är tillräckliga. Riskerna ökar avsevärt med ökade statliga utgifter för tandvårdsstöd i ett system med låga krav på vårdgivarnas inrapporteringar, ineffektiva kontroller i efterhand, låga incitament att göra rätt och en stor mängd oavsiktliga fel. *Försäkringskassan* ser att myndighetens kontrollmöjligheter behöver ses över i vissa delar. *Region*

Skåne bedömer att reformen kan bli ekonomiskt kostsam. Då patientens kostnader för tandvården blir små i förhållande till statens kostnader, ökar risken att vårdgivare använder sig av överdiagnostik och överdebitering av behandlingsåtgärder genom åtgärdsglidning och åtgärdsstapling. När patientens kostnader är små minskar också incitamentet att välja kostnads-effektivare behandlingar. Om kontrollfunktioner inte kan stävja överdebiteringar inom reformen riskerar den att bli så pass kostsam att den inte blir varaktig. Ett tidigare exempel på detta är 65-plus-reformen. Även *Region Uppsala* ser risker med åtgärdsglidning och åtgärdsstapling för att kompensera för fast pris och lyfter att reformen måste följas av en väl utvecklad granskningsfunktion. *Konkurrensverket* framhåller att det är viktigt med kontroll och tillsyn av vårdgivarna för att säkerställa en sund konkurrens där patienterna får den vård de är berättigade till. Konkurrensverket delar utredningens bedömning att särskild tandvårdsersättning har till syfte att ge patienterna lägre tandvårdskostnader och att patienten inte ska drabbas av omotiverade tillägg.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) konstaterar att förslagen kan innebära behov av ökad tillsyn och kontroll för myndigheten. Regional obalans i tillgång på tandvårdspersonal leder till ett ökat patienttryck på de verksamheter som bedrivs, vilket i sin tur kan leda till ökade patientsäkerhetsrisker i form av exempelvis felbeslut eller felbehandlingar och uppskjutna eller uteblivna behandlingar. Om vårdgivaren får svårare att få kostnadstäckning för omfattande protetik- och implantatbehandlingar kan patienterna erbjudas tandvård med sämre teknik och billigare komponenter, alternativt att mindre av den mest avancerade tandvården erbjuds inom särskild tandvårdsersättning. Dessa patientsäkerhetsrisker bedöms kunna leda till ett potentiellt större inflöde av ärenden med högre komplexitet och förväntas leda till ökade resursbehov hos IVO. Även samverkan mellan myndigheter behöver fortsatt utvecklas, för att på ett mer effektivt sätt komma till rätta med potentiellt fusk och överutnyttjande av tandvårdsstödet.

Domstolsverket konstaterar att konsekvenserna för Sveriges domstolar med anledning av utredningens förslag framstår som svårbedömda och kommer därför följa målutvecklingen. Även *Kammarrätten i Stockholm* lyfter liknande synpunkter.

Skälen för regeringens bedömning: Utredningen gör bedömningen att Försäkringskassans kontroll av ärenden om särskild tandvårdsersättning bör vara mer omfattande än den kontroll som sker i dag. Utredningen ser utifrån erfarenheter från tidigare prisreglering vissa risker när reglerade priser återinförs. En sådan risk är åtgärdsglidning, där vårdgivaren väljer en större eller svårare åtgärd än den som faktiskt utförs när den mer omfattande åtgärden har ett högre referenspris, såväl vid rapportering till Försäkringskassan som vid patientens debitering. En annan risk är att vårdgivaren åtgärdsstaplar, det vill säga väljer att debitera en extra åtgärd vid sidan av den utförda åtgärden för samma behandling för att få en högre ersättning totalt sett. Åtgärdsstapling utförs antingen med en extra åtgärd som vårdgivaren skapar i sitt journalsystem som inte finns inom tandvårdsstödet och som inte heller rapporteras till Försäkringskassan, eller med en ytterligare åtgärd inom tandvårdsstödet. Enligt utredningen har antalet efterhandskontroller hos Försäkringskassan successivt minskat i antal över tid sedan stödet infördes 2008. För att patienten inte ska drabbas av omoti-

verade tillägg som ökar patientens kostnad för tandvården anser utredningen att Försäkringskassan behöver utöka antalet kontroller av inrapporterad behandling i efterhand jämfört med i dag. Utredningen anser även att kontrollerna bör utökas till att omfatta de kostnader som patienten debiteras vid sidan av den ersättningsberättigande tandvården, i syfte att kringgå prisregleringen. Regeringen instämmer i utredningens bedömning om att behoven av efterhandskontroller av inrapporterad tandvård ökar i och med förslagen om ett reglerat högsta pris. Tillika ökar behoven av att även kontrollera den debitering som sker mot patienten som en del av efterhandskontrollen. Regeringen konstaterar att Försäkringskassan, med stöd av 3 kap. 2 § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, har möjlighet att inhämta material som rör undersökning eller behandling av en patient. Försäkringskassan kan hålla inne ersättning i avvaktan på att få del av uppgifterna enligt 4 kap. 8 a § andra stycket samma lag. Ytterst kan vårdgivaren komma att avanslutas enligt 19 § första stycket 5 förordningen om statligt tandvårdsstöd. För regeringens ställningstagande i fråga om ISF:s synpunkter om otillräckliga verktyg för kontroll (se avsnitt 5).

Regeringen instämmer i IVO:s synpunkt om behovet av ökad tillsyn och kontroll för att tillse att kvaliteten inom tandvården fortsätter att vara god och ser med tillförsikt mot en ökad samverkan mellan berörda myndigheter. Tillsyn behövs även av medicintekniska produkter, såväl egetillverkade som införskaffade.

16 Personuppgiftsbehandling och sekretess

Regeringens bedömning: Den personuppgiftsbehandling som tillkommer med anledning av förslagen är förenlig med EU:s dataskyddsförordning. Den befintliga reglering som finns på området är tillräcklig för personuppgiftsbehandlingen och någon ytterligare reglering av behandlingen behöver inte införas.

Det finns inte behov av några ytterligare bestämmelser om sekretess.

Utredningens bedömning överensstämmer med regeringens.

Remissinstanserna: *Integritetsskyddsmyndigheten* har inga synpunkter på utredningens förslag.

Skälen för regeringens bedömning

Vilken ny personuppgiftsbehandling kommer att ske med anledning av förslagen?

Förslagen i denna lagrådsremiss innebär inte i sig att personuppgifter kommer att behandlas i större omfattning än i dag. Däremot kommer utredningens förslag till förordningsändringar med anledning av ett kommuntypstillägg till den särskilda tandvårdsersättningen att innebära en utökad personuppgiftsbehandling, om regeringen går vidare med förslaget. Förslaget förutsätter att Försäkringskassan behandlar uppgift om i vilken kommun patienten är bosatt (se avsnitt 9), en uppgift som i dag inte behandlas och som därför skulle leda till en ökad personuppgiftsbehandling.

Förslaget medför även en utökad uppgiftsskyldighet för Försäkringskassan i förhållande till Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) om patientens kommuntypstillhörighet (boende i storstad, blandad kommun, landsbygd) i syfte att TLV ska kunna fullgöra sin verksamhet i fråga om beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet och att följa upp utvecklingen på tandvårdsområdet.

Regelverk för personuppgiftsbehandlingen hos berörda aktörer

Vid Försäkringskassans behandling av personuppgifter i verksamhet som avser statligt tandvårdsstöd gäller 114 kap. socialförsäkringsbalken. Försäkringskassan får bl.a. behandla personuppgifter om det är nödvändigt för att tillgodose behovet av det underlag som krävs för att bedöma eller fastställa förmåner och ersättningar och för att handlägga ärenden (8 § 1 och 3).

Vid TLV:s personuppgiftsbehandling inom det statliga tandvårdsstödet gäller förordningen (2011:306) om behandling av personuppgifter i Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets verksamhet i fråga om det statliga tandvårdsstödet. Av 4 § första stycket framgår att TLV får behandla personuppgifter om det behövs för att fatta beslut om utformningen av det statliga tandvårdsstödet, genomföra uppföljning av utvecklingen på tandvårdsområdet och tillhandahålla information i prisjämförelsetjänsten tandpriskollen.se.

De nämnda bestämmelserna kompletteras av Europaparlamentets och 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 (här benämnd EU:s dataskyddsförordning), lagen (2018:218) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning (dataskyddslagen) samt förordningen (2018:219) med kompletterande bestämmelser till EU:s dataskyddsförordning.

Rättslig grund för behandling av personuppgifter

En grundläggande förutsättning för att en behandling av personuppgifter ska vara laglig och tillåten är att den ryms inom någon av de rättsliga grunderna för behandling som finns i artikel 6.1 i EU:s dataskyddsförordning.

De rättsliga grunderna för den behandling av personuppgifter som kan tillkomma med anledning av de förslag som redovisas ovan är dels att behandlingen är nödvändig för att fullgöra en rättslig förpliktelse som åvilar den personuppgiftsansvarige (artikel 6.1 c), dels att den är nödvändig för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (artikel 6.1 e).

Syftet med behandlingen ska fastställas i den rättsliga grunden eller, i fråga om behandling enligt artikel 6.1 e, vara nödvändigt för att utföra en uppgift av allmänt intresse eller som ett led i den personuppgiftsansvariges myndighetsutövning (artikel 6.3). Personuppgiftsbehandlingen kommer för Försäkringskassans del att ske i syfte att fullgöra uppgifterna att handlägga ärenden enligt lagen och förordningen om statligt tandvårdsstöd. För TLV:s del kommer personuppgiftsbehandlingen att ske i syfte att genom-

föra de författningsreglerade uppgifterna att besluta om utformningen av det statliga tandvårdsstödet och följa utvecklingen på tandvårdsområdet.

Regeringen bedömer att grunden för och även syftet med personuppgiftsbehandlingen kommer att vara fastställt i nationell rätt på det sätt som krävs enligt artikel 6.3.

Regeringen gör även bedömningen att förslagen inte innebär någon behandling av känsliga personuppgifter som kräver särskilt hänsynstagande.

Personuppgiftsbehandlingen bedöms vara proportionerlig

Om personuppgiftsbehandlingen ska kunna godtas ska de förslag som lämnas vara nödvändiga och proportionerliga ur personuppgiftshänseende (artikel 6.3 andra stycket sista meningen). De personuppgifter som kan komma att behandlas med anledning av förslagen är till allra största delen av förhållandevis harmlös karaktär.

De förslag till bestämmelser om uppgiftsskyldighet som utredningen föreslår kommer, om de tas vidare, att utformas så att enbart de uppgifter som behövs för vissa redan befintliga angivna ändamål omfattas. Vidare tillämpas vid behandlingen de skyddsåtgärder som följer av 114 kap. socialförsäkringsbalken och dataskyddslagen. Även dataskyddsregelverket i övrigt och bestämmelser om sekretess i offentlighets- och sekretesslagen (2009:400), förkortad OSL, medför ett skydd för den personliga integriteten. Den utökade personuppgiftsbehandling som förslagen kan komma att medföra är nödvändig för att på ett effektivt och ändamålsenligt sätt uppnå syftet med förslagen, dvs. att öka möjligheterna till mer jämlik tandhälsa över landet. Några alternativa men mindre integritetskänsliga sätt att uppnå ändamålen med förslagen bedöms inte finnas.

Regeringen bedömer sammantaget att intrånget i den personliga integriteten med anledning av utredningens förordningsförslag, om regeringen går vidare med dessa, får anses vara motiverat och proportionerligt. Den personuppgiftsbehandling som blir aktuell bedöms inte innebära ett sådant betydande intrång i den personliga integriteten som avses i 2 kap. 6 § andra stycket regeringsformen (jfr prop. 2009/10:80 s. 182–185).

Sekretess

Hos Försäkringskassan gäller sekretess enligt 28 kap. 1 § första stycket 5 OSL för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det kan antas att den enskilde eller någon närstående till denne lider men om uppgiften röjs och uppgiften förekommer i ärende enligt lagstiftningen om statligt tandvårdsstöd. Uttrycket personliga förhållanden avser så vitt skilda förhållanden som t.ex. en persons adress eller yttringarna av ett psykiskt sjukdomstillstånd. Även uppgift om en persons ekonomi kan sägas falla under begreppet personliga förhållanden (prop. 1979/80:2 Del A s. 84).

Av 7 § offentlighets- och sekretessförordningen (2009:641) framgår att avseende undersökningar om effekter av förändringar av det statliga tandvårdsstödet hos TLV gäller sekretess enligt 24 kap. 8 § andra stycket OSL för uppgifter som avser en enskilds personliga eller ekonomiska förhållanden och som kan hänföras till den enskilde.

Regeringen anser att de redovisade sekretessbestämmelserna skulle ge ett godtagbart skydd för de uppgifter om enskildas hälsotillstånd och andra personliga förhållanden som omfattas av förslagen. Regeringen föreslår därför i denna lagrådsremiss inga bestämmelser som skärper sekretessen.

17 Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Regeringens förslag: Lagändringarna ska träda i kraft den 1 januari 2026.

Regeringens bedömning: Det finns inte något behov av övergångsbestämmelser.

Utredningens förslag överensstämmer inte med regeringens. Utredningen föreslår att lagändringarna ska träda i kraft den 1 juli 2026. Vidare föreslår utredningen en övergångsbestämmelse till lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd om att för tandvårdsåtgärder som har påbörjats före ikraftträdandet men inte slutförts, tillämpas de föreskrifter som gäller vid tidpunkten för slutförandet.

Remissinstanserna: Få remissinstanser har uttalat sig om förslaget till tidpunkt för ikraftträdande och det samlade resultatet är delat. *Region Sörmland* anser att utredningens förslag om ett ikraftträdande den 1 juli 2026 är rimligt för att minska riskerna för en alltför stor mängd uppskjuten vård. Regionen ser även positivt på övergångsbestämmelsen. *Privattandläkarna* refererar till införandet 2008 och lyfter att det är avgörande att Försäkringskassans it-stöd är färdigutvecklat vid införandet så att tandvård kan rapporteras in utan att stora problem uppstår.

Vissa remissinstanser menar att tidpunkten för ikraftträdandet bör skjutas fram. *Sveriges Tandläkarförbund* är kritiskt till ett påskyndat införande av reformen, då den innehåller stora förändringar som kräver kunskap på vårdgolven runt om i landet. Förbundet anser att reformen är alltför komplex för att kunna forcera tidsplanen. Det krävs omfattande utbildningsinsatser för att ett eventuellt införande ska kunna ske på ett korrekt sätt. *Region Jönköpings län* anser att det är kort om tid för att införa en så omfattande reform där förberedelser kommer krävas i journalsystem och nya arbetssätt. Redan i dag finns det problem med de digitala systemen och administrationen får inte ta tid från patienterna.

Andra remissinstanser, som *Sveriges folktandvårdsförening (SFF)*, *Västra Götalandsregionen (VGR)* och *Region Kalmar län* anser att det är viktigt att lagändringarna införs skyndsamt, då det redan nu finns signaler om att äldre patienter skjuter upp sin vård i väntan på reformen, vilket kan medföra en försämrad munhälsa. Samtidigt anser VGR att det är viktigt att reformen inte införs innan alla berörda myndigheter har slutfört sina förberedelser. Det finns annars en risk för ökad administration, försämrad arbetsmiljö och sämre tillgänglighet, vilket i sin tur kan påverka munhälsan negativt. Även *Sveriges Tandteknikerförbund* ser att tiden mellan information till patienterna och genomförandet av reformen är för lång,

vilket riskerar leda till en dramatisk nedgång för svensk tandteknik om patienter som omfattas av reformen avbokar sin planerade behandling i avvaktan på ökad subvention. För tandtekniska kåren innebär en sådan stor nedgång av beställningar en risk för permitteringar och uppsägningar. Även *Föreningen för svensk dentalhandel* lämnar liknande synpunkter och tillägger att även tandvårdsbranschens utvecklings- och investeringsvilja riskerar att minska avsevärt fram till reformens ikraftträdande.

Region Östergötland bedömer att de föreslagna förändringarna medför ett behov av utveckling av digitala journal- och stödsystem samt av utbildnings- och informationsinsatser till behandlare och patienter. Såväl offentliga som privata vårdgivare behöver ges tid för att anpassa journal- och stödsystemen. *Region Värmland* önskar nödvändiga föreskrifter med tydliga övergångsregler och att journalsystem och andra it-system hinner uppdateras innan förändringen träder i kraft.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) instämmer i utredningens bedömning om att myndighetens arbete med att utforma och besluta om föreskrifter för särskild tandvårdsersättning kommer att ta ett år i anspråk. Ett regeringsbeslut och en aktuell proposition att utgå från i myndighetens arbete kommer dock förmodligen att kunna tas fram tidigast under hösten 2025. Bristande tid för genomförande riskerar att leda till att det som beslutas i propositionen inte kan genomföras på ett ändamålsenligt sätt.

Försäkringskassan lämnar bedömningen att det är möjligt att införa delar av reformerna som föreslås i betänkandet till den 1 januari 2026, men att det inte är möjligt för myndigheten att hantera utredningens förslag om ändringar i periodernas längd för att tillgodoräkna sig allmänt och särskilt tandvårdsbidrag förrän det nya it-systemet är i drift. *Sveriges tandhygienistförening (STHF)* lyfter att reformen kräver omfattande förberedelser. Försäkringskassans planer på ett nytt it-system under 2027 torde innebära utvecklingsinsatser i ett befintligt system som inom kort behöver bytas ut, vilket inte ses som resurseffektivt. *Inspektionen för socialförsäkringen (ISF)* avstyrker förslaget om ikraftträdande den 1 juli 2026 och menar att det varken är lämpligt eller rimligt. Det finns uppenbara fördelar med att utreda och utforma ett förstärkt tandvårdsstöd som är mer enhetligt och som inte bygger på att det ska förändras inom kort efter ikraftträdandet.

Skälen för regeringens förslag och bedömning

Ikraftträdandebestämmelser

Utredningen föreslår att lagförslagen ska träda i kraft den 1 juli 2026. Enligt regeringen är det väsentligt att reformen införs skyndsamt, då bl.a. *SFF* signalerar att patienter äldre än 65 år skjuter upp sin vård i väntan på reformen, vilket, tvärt emot reformens syfte, i stället kan medföra en försämrad munhälsa för gruppen. Enligt *Sveriges Tandteknikerförbund* och *Föreningen för svensk dentalhandel* är ett tidigarelagt ikraftträdande även av vikt för tandteknikerbranschen. Regeringen föreslår därför att reformen ska träda i kraft redan den 1 januari 2026.

Vissa remissinstanser förordar att regeringen ska avvakta ett system för bedömning av patientens risk och munhälsa innan ett förstärkt högkostnadsskydd införs. Regeringen gör i avsnitt 6 bedömningen att en

åldersgräns i dag är det bästa alternativet och att det också kommer att vara det under en överskådlig tid.

STHF lyfter Försäkringskassans pågående arbete med att ta fram ett helt nytt it-system för tandvårdsstödet och att tidpunkten för lanseringen av detta inte är ensad med tandvårdsreformens föreslagna ikraftträdande. Regeringen kan informera om att Försäkringskassan, som enligt uppdrag förbereder inför tandvårdsreformen, för närvarande konstruerar en modul för särskild tandvårdsersättning som även kan nyttjas i det kommande it-system som ska ersätta det nuvarande systemet (se S2025/00158). Regeringen har förståelse för synpunkterna från bl.a. *Privattandläkarna* om vikten av att it-systemet är klart för drift vid ikraftträdandet för reformen och har därför en pågående dialog med Försäkringskassan om hur arbetet med it-systemet fortlöper.

Övergångsbestämmelser

Utredningen föreslår en övergångsbestämmelse till lagen om statligt tandvårdsstöd som innebär att för tandvårdsåtgärder som har påbörjats före ikraftträdandet men inte slutförs förrän efter ikraftträdandet, ska de föreskrifter tillämpas som gäller vid tidpunkten för slutförandet. Enligt utredningen föreslås bestämmelsen för tydlighets skull, för att klargöra den ordning som ändå gäller.

Tandvårdsersättning lämnas när tandvårdsåtgärden är slutförd och har rapporterats in till Försäkringskassan. Vanligen slutförs tandvårdsåtgärden i samband med tandvårdsbesöket. Det finns dock tandvårdsåtgärder som tar tid att slutföra och som därmed kan komma att påbörjas innan reglerna om särskild tandvårdsersättning trätt i kraft men slutförs först efter ikraftträdandet. Eftersom åtgärden ersätts först när den slutförts blir de nya bestämmelserna tillämpliga oavsett när åtgärden påbörjats. Enligt regeringens mening är en sådan övergångsbestämmelse som utredningen föreslår därmed inte nödvändig.

18 Konsekvensbeskrivningar

18.1 Ekonomiska konsekvenser för staten

I detta avsnitt redovisas hur statens utgifter påverkas av förslagen om särskild tandvårdsersättning. Beräkningarna nedan skiljer sig något från beräkningarna i betänkandet SOU 2024:70 eftersom de bygger på tandvårdskonsumtionen 2023. I utredningen var det tandvårdskonsumtionen för 2021 som låg till grund för beräkningarna. En annan skillnad är att nedanstående beräkningar är genomförda i mikrosimuleringsmodellen FASIT. Det gör att framskrivningen av tandvårdspriserna och demografi (antalet äldre i befolkningen) för åren 2026–2028 skiljer sig något i förhållande till utredningen.

Beräkningarna är osäkra och ska tolkas med försiktighet. Osäkerheten beror i huvudsak på att det är svårt att beräkna storleken på den ökade efterfrågan på tandvård som kommer att uppstå som en konsekvens av reformen. Det beror också på att utbudet av behandlare är begränsat och

tillgången varierar över landet. Bristen på behandlare är som störst utanför storstäderna. Det är också svårt att bedöma omfattningen av hur många patienter som kommer att vänta med tandvårdsbesök till efter ikraftträdandet. Vidare har vårdgivarna sannolikt redan börjat anpassa sina verksamheter till förändrade förhållanden på tandvårdsmarknaden.

I tabell 18.1 presenteras statistiska beräkningsresultat och hur mycket den ökade efterfrågan på tandvård bedöms påverka statens utgifter. De statistiska beräkningarna visar hur statens utgifter påverkas utan hänsyn till några beteendeeffekter hos patienter eller vårdgivare som en konsekvens av reformen. En ökad statlig subvention till patienten i kombination med ett reglerat pris inom särskild tandvårdsersättning medför dock att fler personer kommer att efterfråga tandvård. Denna beteendeeffekt, eller dynamiska effekt, i form av ökad efterfrågan på tandvård, ökar också statens kostnader och är inkluderad i tabell 18.1. Tabellen visar att införandet av regeringens förslag om särskild tandvårdsersättning bedöms öka statens utgifter med nästan 2,5 miljarder kronor år 2026, exklusive dynamisk effekt i form av ökad efterfrågan på tandvård samt tillägg. Tillägget uppgår i beräkningarna nedan till utredningens förslag till kommundypstillägg om 10 procent av referenspriset för patienten som är bosatta i en blandad kommun och 20 procent på referenspriset för patienter bosatta i en landsbygdskommun. Beräkningarna i tabell 18.1 visar att tillägget ökar statens utgifter med omkring 480 miljoner kronor 2026 och med 500 miljoner kronor 2027. Kostnaderna kommer att omhändertas inom de ramar som riksdagen beslutar.

Tabell 18.1 Ökade utgifter för staten som en konsekvens av förslagen om särskild tandvårdsersättning
Miljoner kronor

Utgifter	År 2026	År 2027	År 2028
Särskild tandvårdsersättning	2 460	2 500	2 540
Tillägg	480	500	520
Dynamisk effekt*	770	790	820
Försäkringskassan	51	64	85
Socialstyrelsen	10	10	10
Tandvård- och läkemedelsförmånsverket	8	5	5
Summa	3 779	3 869	3 980

Anm. *Ökad efterfrågan på tandvård enligt huvudscenariot i SOU 2024:70.
Källa: egna beräkningar i FASIT 2023 version 1.

Eftersom de dynamiska beräkningarna av den ökade efterfrågan är behäftade med osäkerhet finns i betänkandet SOU 2024:70 ett antal scenarion vad gäller storleken på effekten. I tabellen ovan visas kostnadseffekten av den högre efterfrågan på tandvård enligt utredningens huvudscenario. I huvudscenariot antas en priselasticitet på 0,2, vilket betyder att om priset på tandvård minskar med 1 procent så ökar tandvårds-konsumtionen med 0,2 procent. Enligt de uppdaterade beräkningarna i denna lagrådsremiss bedöms den ökade efterfrågan öka statens utgifter med 770 miljoner kronor 2026. Denna kostnad motsvarar den genom-snittliga tandvårds-konsumtionen för ungefär 160 000 patienter. Utred-

ningen beräknade motsvarande antal till omkring 150 000 patienter. Den ökade efterfrågan kommer dels från redan befintliga patienter som ökar sin tandvårdskonsumtion, dels från nya patienter som normalt inte besöker tandvården.

Sammantaget visar tabell 18.1 att statens utgifter beräknas öka med drygt 3,8 miljarder kronor 2026 och med nästan 3,9 miljarder kronor 2027 som en konsekvens av reformen. Kostnaderna kommer att omhändertas inom de ramar som riksdagen beslutar.

18.1.1 Beteendeförändringar som påverkar statens utgifter

Både utbud och efterfrågan på tandvård bedöms förändras som en konsekvens av reformen. Efterfrågan på tandvård beror i första hand på vilka faktiska vårdbehov som finns i befolkningen. Det innebär att det inte i första hand är priset som styr om en person besöker tandvården. Det är främst tandsjukdom och smärta som gör att personer måste besöka tandvården, vilket betyder att priskänsligheten på tandvård är förhållandevis låg i jämförelse med konsumtionen på många andra varor och tjänster. Tandvårdskonsumtion är ofta nödvändig och prioriteras därför privatekonomiskt av många människor.

En annan faktor som minskar priskänsligheten är att patienten oftast har sämre kunskap om sitt vårdbehov och tillgängliga behandlingsalternativ än den behandlare som utför vården. Likaså har patienter svårt att bilda sig en uppfattning om skillnader i kvalitet och pris hos sin befintliga vårdgivare jämfört med hos konkurrerande vårdgivare.

Priskänsligheten varierar också mellan olika grupper i befolkningen. Exempelvis är det rimligt att anta att låginkomsttagare är mer priskänsliga än höginkomsttagare. Regeringens samlade bedömning är densamma som utredningens, att efterfrågan på tandvård är relativt oelastisk (dvs. icke priskänslig). Efterfrågans priselasticitet bedöms av regeringen till 0,2 i tabell 18.1.

En konsekvens av reformen blir att personer som tidigare inte har haft råd att besöka tandläkare nu kommer att ha det. Det är i den första etappen främst pensionärer med låga inkomster som bedöms stå för den ökade efterfrågan på tandvård. Det är en grupp som i dag besöker tandvården i mindre utsträckning samt förmodas ha en sämre munhälsa än andra grupper av äldre i befolkningen.

Som nämnts bedöms en lägre kostnad för patienten innebära att en del patienter kommer att vänta med att besöka tandvården tills reformen har trätt i kraft. En följd av detta kan bli att besöksfrekvensen sjunker året före reformen, för att sedan stiga under året som reformen träder i kraft. En sådan uppskjuten efterfrågan på tandvård kan öka statens utgifter extra mycket under införandeåret. I beräkningarna ovan tas inte hänsyn till någon sådan effekt eftersom den är svår att beräkna.

En annan och varaktig konsekvens av reformen kan bli att personer som är några år yngre än den ålder som ger rätt till särskild tandvårdsersättning avvaktar med sina tandvårdsbesök tills de uppnår denna ålder. Med andra ord kan en underkonsumtion av tandvård eventuellt uppstå i denna grupp.

Det är svårt att bedöma storleken på denna permanenta effekt, varför den inte är inkluderad i tabell 18.1.

En annan möjlig konsekvens som påverkar statens kostnader är om ett högt efterfrågetryck på tandvård innebär att vårdgivarna inte vill, eller har möjlighet att, ta emot alla patienter. Det är brist på både tandläkare och tandhygienister i stora delar av landet. Om utbudet av behandlare inte klarar att tillgodose efterfrågan på tandvård minskar den statliga utgiftsökningen för tandvårdsstödet.

18.1.2 Konsekvenser för Försäkringskassan

Regeringens reform om ett förstärkt högkostnadsskydd kommer att ställa krav på utvecklings- och förberedelsearbete på Försäkringskassan. Det gäller framför allt it-utveckling samt vissa informationsinsatser.

Försäkringskassan kan även komma att behöva utöka sitt kontrollarbete och ändra sina riktlinjer för avanslutning med anledning av de ändringar som utredningen föreslår när det bl.a gäller vårdgivares skyldigheter. Försäkringskassan uppger att kostnaderna beräknas till 51 miljoner kronor 2026, 64 miljoner kronor 2027, 85 miljoner kronor 2028 och 61 miljoner kronor 2029. Kostnaderna kommer att omhändertas inom de ramar som riksdagen beslutar.

18.1.3 Konsekvenser för Socialstyrelsen

Utredningen föreslår att Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att följa upp konsekvenser och effekter av reformen på munhälsan i befolkningen samt ta fram ytterligare hälsomått för att mäta munhälsan. Därutöver bedömer regeringen att myndigheten kan komma att behöva medel för att inom ramen för reformen utveckla ett nationellt system för munhälso- och riskbedömning samt medel för att skapa förutsättningar för bättre prognoser inom tandvården. Regeringen avser att återkomma i frågan om ett sådant flerårigt uppdrag vid reformens ikraftträdande och bedömer att resultatet av arbetet därefter kan integreras i myndighetens reguljära uppföljning på området. Kostnaderna beräknas uppgå till 10 miljoner kronor per år under de första åren. Kostnaderna kommer att omhändertas inom de ramar som riksdagen beslutar.

18.1.4 Konsekvenser för TLV

Regeringen bedömer att den föreslagna reformen kommer att ställa krav på visst utvecklings- och förberedelsearbete på TLV. Det gäller framför allt föreskriftsarbete. Därutöver bedömer regeringen att myndigheten behöver stödja Socialstyrelsen i utvecklingen av ett nationellt bedömnings-system för munhälsoprofil och risk. Utredningen föreslår även att TLV ges i uppdrag att följa upp och utvärdera konsekvenser och effekter av reformen. Kostnaderna beräknas uppgå till 8 miljoner kronor 2026. TLV föreslås därefter tillföras 5 miljoner kronor per år 2027 och 2028. Kostnaderna kommer att omhändertas inom de ramar som riksdagen beslutar.

18.1.5 Konsekvenser för domstolsväsendet

Om utredningens förslag om utökade möjligheter för Försäkringskassan att avansluta vårdgivare genomförs i förordningen (2008:193) om statligt tandvårdsstöd kan detta leda till ett ökat antal mål i allmän förvaltningsdomstol. Samtidigt bedömer utredningen att förslaget om särskild tandvårdsersättning minskar antalet mål, vilket innebär att belastningen på domstolarna totalt sett blir oförändrad. Regeringen kommer noggrant att följa målstillströmningen för de allmänna förvaltningsdomstolarna.

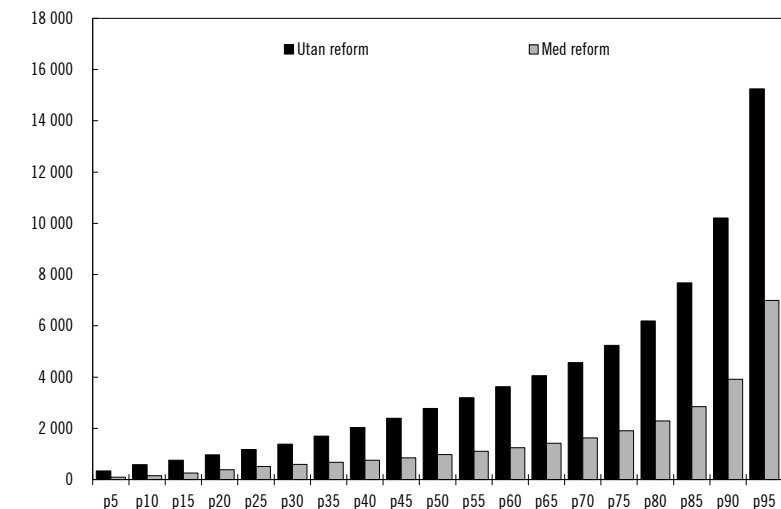
18.2 Ekonomiska konsekvenser för patienterna

I detta avsnitt redovisas hur den särskilda tandvårdsersättningen ekonomiskt förväntas påverka patienterna. Beräkningarna visar att cirka 80 procent av alla patienter som uppnått åldern för rätt till särskild tandvårdsersättning (exklusive patienter med abonnemang inom folktandvården) kommer att få minst en tandvårdsåtgärd utförd som berättigar till särskild tandvårdsersättning. Patienter som uppnått åldern för rätt till särskild tandvårdsersättning betalar för närvarande cirka 64 procent av kostnaden för den tandvård som de får inom ramen för det statliga tandvårdsstödet. Det innebär att staten finansierar övriga 36 procent. Med införandet av reformen beräknas patienternas kostnadsandel sjunka från drygt 64 procent till omkring 26 procent. Denna beräkning tar inte hänsyn till förändrade beteenden hos patienter eller vårdgivare. Prisregleringen kan innebära att vårdgivarna försöker kompensera för lägre lönsamhet genom att höja priserna mer än förväntat på tandvård som inte ger rätt till särskild tandvårdsersättning. På sådan tandvård är det fortsatt fri prissättning. Om en sådan effekt uppstår blir patienternas kostnadsandel högre än den som nämns ovan. Höjda priser på den tandvård som inte berättigar till särskild tandvårdsersättning innebär att tandvårdspatienter i alla åldrar direkt eller indirekt kommer att beröras av reformen. Regeringen avser att följa upp prisutvecklingen med anledning av reformen, se avsnitt 14.

Figur 18.1 visar berörda patienters tandvårdskostnad i kronor vid varje percentil. Percentil 50 visar mediankostnaden vilken beräknas uppgå till 2 800 kronor för berörda patienter utan reform. Med reformen beräknas mediankostnaden sjunka till ungefär 1 000 kronor. Ovanför percentil 95 finns de 5 procent av patienterna som betalar mest för sin tandvård. Kostnaden vid percentil 95 är drygt 15 000 kronor utan reformen. Med reformen är motsvarande siffra 7 000 kronor. Utan reformen är det ungefär 60 procent av patienterna som har en tandvårdskostnad som överstiger 2 000 kronor per år. Motsvarande siffra vid genomförd reform är cirka 25 procent.

Figur 18.1 Patientens tandvårdskostnad med och utan reform

År 2026. Patienter 67 år och äldre. Percentiler. Kronor



Källa: egna beräkningar i FASIT 2023 version 1.

Den genomsnittliga tandvårdskostnaden i kronor utan reform beräknas till 4 600 kronor 2026. Motsvarande siffra vid genomförd reform är ungefär 1 900 kronor, vilket är en prissänkning med drygt 59 procent. Utredningens beräkningar visar även att mer än två tredjedelar, närmare 75 procent, av de patienter som omfattas av den första etappen av reformen kommer att få en årlig kostnad på 1 400 kronor eller mindre, vilket skulle innebära ett högkostnadsskydd som mer liknar övrig vård. Högkostnadsskyddet inom den öppna hälso- och sjukvården uppgick 2024 till 1 400 kronor och höjdes 2025 till 1 450 kronor i samtliga regioner förutom Region Jämtland Härjedalen (1 300 kronor) för 2025. Det är ingen påtaglig skillnad mellan kvinnor och män när det gäller den genomsnittliga tandvårdskostnaden, varken med eller utan reformens införande.

Beräkningar visar att effekten av reformen i absoluta tal i kronor för olika inkomstgrupper är förhållandevis jämn. Som andel av den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet blir dock effekten större för grupper med låga inkomster: 0,8 procent för patienter i inkomstdecil 1 och 0,2 procent för patienter i inkomstdecil 10.

18.3 Ekonomiska konsekvenser för vårdgivarna

Regeringen föreslår att priserna för den tandvård som berättigar till särskild tandvårdsersättning ska regleras i form av ett pristak som uppgår till referenspriset på respektive åtgärd enligt TLV:s referensprislista. Beräkningar visar att omkring 30 procent av tandvårdsmarknaden kommer att prisregleras som en konsekvens av reformen. Storleken på tandvårdsmarknaden definieras och mäts som summan av vårdgivarpriserna, det vill säga vårdgivarnas totala intäkter, som inrapporterats till Försäkringskassan inom det statliga tandvårdsstödet.

Det föreslagna pristaket på den tandvård som berörs av reformen innebär att vårdgivarnas intäkter, utan hänsyn till några beteendeförändringar, kommer att sjunka. Denna statiska intäktsminskning utgörs av skillnaden i kronor mellan vårdgivarpris och referenspris för den tandvård som berörs av förslaget. Ju högre en vårdgivare i utgångsläget ligger i vårdgivarpris i förhållande till referenspris, desto större blir effekten i kronor för vårdgivarens intäkter.

Utan hänsyn till det av utredningen föreslagna kommuntypstillägget eller till beteendeförändringar beräknas vårdgivarnas intäkter sjunka med cirka 1,4 miljarder kronor 2026. Med kommuntypstillägget blir intäktsminskningen cirka 900 miljoner kronor. När den dynamiska effekten av en ökad efterfrågan på tandvård inkluderas bedömer regeringen, i likhet med utredningens huvudscenario, att den totala omsättningen på marknaden kan öka något. Det ska dock betonas att storleken på den ökade efterfrågan på tandvård är behäftad med en betydande osäkerhet.

18.3.1 Privata vårdgivare

De privata vårdgivarna kommer påverkas av reformen i större utsträckning än folktandvården eftersom de i genomsnitt har högre priser på tandvård än folktandvården. Den privata tandvården behandlar även äldre patienter med stora tandvårdsbehov i betydligt högre grad än folktandvården. Utan hänsyn till några beteendeförändringar, men inklusive utredningens föreslagna kommuntypstillägg, beräknas omsättningen för de privata vårdgivarna sjunka med cirka 900 miljoner kronor 2026, vilket motsvarar ungefär 300 kronor i lägre intäkt per patient. Lönsamheten inom tandvården är högre än i andra delar av vård- och omsorgssektorn. År 2023 var rörelsemarginalen inom tandvården 10,4 procent. Motsvarande siffror i primärvården var 5,9 procent, inom personlig assistans 2,4 procent och inom omsorg samt socialtjänst 6,5 procent (Grant Thornton 2024). Ett statistiskt beräkningsexempel visar att pristaket enligt regeringens förslag skulle innebära att rörelsemarginalen för de privata tandvårdsföretagen skulle sjunka från 10,4 procent till 5,7 procent. Utredningen visar att den genomsnittliga rörelsemarginalen i tandvården är lägre bland de större vårdgivarna i jämförelse med de mindre vårdgivarna. Utredningen visar också att de stora vårdgivarna har de högsta priserna på tandvård. Detta indikerar att de mindre vårdgivarna påverkas mindre av ett pristak i jämförelse med de större privata företagen på tandvårdsmarknaden. Andelen tandvårdsföretag med 0–4 anställda uppgick till 81 procent 2022.

De privata vårdgivarna beräknas dock få intäkter som sammantaget är högre än referensprisnivån även efter att förslaget om reglerat pris har införts. Det beror på tillägget och att cirka 70 procent av tandvårdsmarknaden fortsatt har fri prissättning. Efter införandet av särskild tandvårdsersättning beräknas tandvårdsföretagens totala intäkter, inklusive det föreslagna tillägget, bli cirka 18 procent högre än summan av referenspriserna för utförd tandvård.

När den dynamiska effekten av en ökad efterfrågan på tandvård inkluderas bedöms den totala omsättningen öka något på tandvårdsmarknaden. Hur omsättningen på marknaden samt statens utgifter påverkas beror dock på tandvårdsmarknadens kapacitet och omställningsförmåga.

Det finns flera sätt för de privata tandvårdsföretagen att upprätthålla sin lönsamhetsnivå. Om tillägget införs är ett sådant sätt att specifikt inrikta sig på patienter som är bosatta i blandade kommuner eller i landsbygds-kommuner. Ett annat sätt är att se över kostnaderna i verksamheten och ett tredje sätt är att öka produktiviteten, det vill säga utföra mer tandvård per tidsenhet. En rapport från TLV visar att tandläkarnas årliga tandvårdsproduktion per behandlare minskade med 17 procent inom den privata sektorn mellan åren 2009 och 2019 (TLV 2023). Vårdgivarna kan även öka sitt rörelseresultat genom att arbeta fler timmar.

18.3.2 Folktandvården

Skillnaden mellan vårdgivarpris och referenspris är lägre inom folktandvården än i den privata tandvårdssektorn. Det innebär att prisregleringen får mindre ekonomiska konsekvenser för folktandvården. År 2023 var vårdgivarpriserna i riket inom folktandvården i genomsnitt 12 procent högre än referenspriserna. I den privata sektorn var motsvarande siffra 25 procent. Om det av utredningen föreslagna kommuntypstillägget införs bedöms detta för folktandvården sammantaget i riket kompensera för hela den intäktsförlust som uppstår som en konsekvens av pristaket. Effekten kan emellertid skilja sig mellan olika regioner. Hur folktandvården i en region påverkas av reformen beror även på i vilken utsträckning patienterna som får tandvård utförd av folktandvården i regionen är bosatta i delar av landet som berättigar vårdgivaren till tillägg. Utredningens beräkningar visar att regionerna Stockholm, Blekinge och Örebro, på grund av en kombination av dessa två faktorer, i någon mån kan få en lägre intäkt per patient som en konsekvens av reformen. För folktandvården i Stockholm beror detta på att 18 av 25 kommuner i regionen är storstadskommuner och endast tre är landsbygdskommuner (Ekerö, Norrtälje och Nynäshamn). För Blekinge och Örebro beror den negativa effekten av prisregleringen främst på att dessa regioner i utgångsläget ligger förhållandevis högt över referenspriserna i sin prissättning av tandvården.

18.4 Konsekvenser för regioner och kommuner

Förslagen om förändringar av det statliga tandvårdsstödet får inte några direkta ekonomiska eller andra konsekvenser för kommunerna. Det är folktandvården i regionerna som påverkas av förslagen om särskild tandvårdsersättning samt av de planerade förordningsförändringarna. Avsnitt 18.3 visar att folktandvården sammantaget i riket inte bedöms få lägre intäkter som en konsekvens av reformen. Däremot kan effekterna skilja sig något åt mellan folktandvården i olika regioner (se SOU 2024:70). Om konsekvenser för den kommunala självstyrelsen (se avsnitt 8 och 11).

18.5 Övriga konsekvensbeskrivningar

18.5.1 Betydelse för brottsligheten och det brottsförebyggande arbetet

Regeringen kan konstatera att ett mer generöst stöd och minskat betalningsansvar för patienten ökar risken för fusk i form av överutnyttjande och att felaktiga uppgifter lämnas om patientens betalningar. Om utredningens förslag om tillägg till vårdgivaren genomförs kan risken för att vårdgivaren inte redovisar patientens andel av betalningen på rätt sätt öka. Det går inte heller att bortse från en förhöjd risk för omotiverade behandlingar, även om det i dessa fall inte alltid är givet att det är fråga om brottsligt beteende. Regeringen har den 15 maj 2025 beslutat lagrådsremissen Stärkt kontroll över tandvårdssektorn. Förslagen i den lagrådsremissen syftar till att öka patientsäkerheten och att minska fuskets kringutbetalningar av statligt tandvårdsstöd.

Regeringen bedömer också att kontrollerna av inrapporterad vård och behandling samt kontrollernas innehåll behöver öka så att det även kontrolleras vilken kostnad patienten får betala för utförd vård och behandling (se avsnitt 15).

18.5.2 Betydelse för konkurrenssituationen på tandvårdsmarknaden

Tandvården inom det statliga tandvårdsstödet bedrivs av offentliga och privata utförare på en konkurrensutsatt marknad med fri prissättning och fri etablering. Folktandvården är regionernas utförare av tandvård. I 16 av 21 regioner bedrivs folktandvårdens verksamhet i förvaltningsform och i fem regioner bedrivs tandvården i aktiebolagsform. De privata utförarna uppgår till ungefär 1 750 företag, varav 90 procent är aktiebolag. De privata tandvårdsföretagen bedriver 2 800 kliniker och folktandvården har ungefär 830 kliniker fördelat på de 21 regionerna. År 2023 var folktandvårdens marknadsandel 28 procent mätt i referenspriser och inklusive patienter med abonnemang inom det statliga tandvårdsstödet. Motsvarande andel 2015 var 36 procent. Folktandvårdens marknadsandel har därmed sjunkit över tid. Folktandvårdens andel av marknaden – mätt som andel av alla patienter inom statligt tandvårdsstöd – skiljer sig mellan regionerna. Folktandvården och de privata vårdgivarna tar delvis emot olika patienter. Det är betydligt vanligare bland äldre att besöka en privat tandvårdsklinik än bland yngre. Bland patienter som är 67 år och äldre är det 76 procent som besöker den privata tandvården. Folktandvården har en stark ställning bland yngre och unga vuxna genom regionernas avgiftsfria tandvård för barn och unga. I alla 21 regioner är numera de privata vårdgivarnas marknadsandel – mätt som andel av patienter inom statligt tandvårdsstöd – högre än folktandvårdens andel.

Regeringen gör bedömningen att priskonkurrensen är låg inom tandvården. Det syns genom stora prisavvikelser på de flesta åtgärderna och genom att referenspriserna ökar mer än exempelvis konsumentprisindex. Utredningen visar att priskonkurrensen på tandvårdsmarknaden alltså är låg och att konkurrens om patienterna, vilket kräver flera olika vårdgivare

på en ort, endast finns i ett fåtal större städer. Konkurrensen försämrats även av det faktum att patientens ställning alltjämt är svag och att patienten har ett informationsunderläge jämfört med behandlaren vad gäller omfattningen vårdbehovet, olika behandlingsalternativ, vårdgivarens prisläge och kvalitet.

Regeringen ser att den låga priskonkurrensen vid tandvårdsbehandling inom statligt tandvårdsstöd medför att prisregleringar behöver återinföras, vilket nu föreslås vid särskild tandvårdsersättning. Med utredningens förslag kommer den andel av marknaden som prisregleras att bli cirka 30 procent i reformens första steg. Att en prisreglering kommer att påverka marknaden är givet. Förslagen bedöms inte snedvrida konkurrensen mellan privata tandvårdsaktörer och folktandvården i respektive region, men de privata påverkas i högre grad med anledning av det generellt sett högre prisläget. Det är dock svårt att fullt ut förutspå konsekvenserna av prisregleringen vilket innebär att uppföljning och kontinuerlig utvärdering av reformen blir väsentlig.

18.5.3 Betydelse för olika grupper

Regeringen gör bedömningen att förslagets betydelse för jämställdheten mellan kvinnor och män är marginell. Skillnaderna mellan män och kvinnor när det gäller mun- och tandhälsa samt tandvårdskonsumtion är över lag små. Kvinnor har något bättre tandhälsa och har också något högre besöksfrekvens än män, med undantag för akuta besök där förhållandet är omvänt. Dessa skillnader är emellertid så små att de måste bedömas som försumbara i ett nationellt perspektiv.

Utredningens analyser visar att utrikes födda besöker tandvården i mindre utsträckning än inrikes födda. Bland patienter som besöker tandvården genomför dock utrikes födda fler besök per patient än inrikes födda. Utrikes födda patienter får även en högre genomsnittlig statlig subvention än inrikes födda. Detta visar att grupperna konsumerar olika mycket och olika typer av tandvård.

18.5.4 Bedömning av överensstämmelsen med de skyldigheter som följer av anslutningen till EU

Förslaget om särskild tandvårdsersättning hänförs inte till EU-rätten eller annan internationell rätt, utan är ett nationellt initiativ. Medlemsstaternas ansvar för att fastställa socialförsäkringsförmåner som avser hälso- och sjukvård samt att organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård och socialförsäkringsförmåner, särskilt förmåner vid sjukdom, respekteras fullt ut. Det finns således inget harmoniserat system för tandvårdsstöd, även om patientens fria rörlighet ska garanteras som en av fyra friheter inom EU. Det statliga tandvårdsstödet är en del av det svenska socialförsäkringssystemet. Vid sidan av de olika socialförsäkringssystemen i EU finns gemensamma regler som bestämmer vilken medlemsstats socialförsäkring som en person omfattas av genom Europaparlamentets och rådets förordning (EG) nr 883/2004 av den 29 april 2004 om samordning av de sociala trygghetssystemen. Nedan följer en redogörelse för hur förslagen

om särskild tandvårdsersättning är förenliga med EU-rättsliga principer om den inre marknaden.

Den fria rörligheten för personer – patientrörlighetsdirektivet och gränsöverskridande tandvård

Med gränsöverskridande hälso- och sjukvård avses enligt artikel 3 e Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU av den 9 mars 2011 om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård (patientrörlighetsdirektivet) hälso- och sjukvård som tillhandahålls eller förordnas i en annan medlemsstat än försäkringsmedlemsstaten. Patientrörlighetsdirektivet har inte som uttalat syfte att uppmuntra patienter att söka behandling utanför sin försäkringsmedlemsstat, men gör det lättare för patienten att få tillgång till gränsöverskridande hälso- och sjukvård som en del av den fria rörligheten. Det är alltså försäkringsmedlemsstaten som beslutar vilken vård som medborgarna har rätt till och hur systemet med finansiering och tillhandahållande av behandling ska fungera. Patienten bör inte få någon fördel av att behandlingen sker i annan medlemsstat och endast faktiska kostnader för vården bör ersättas. Av patientrörlighetsdirektivet framgår vidare att en medlemsstat ska se till att vårdgivare som verkar inom territoriet tillämpar samma arvoden för hälso- och sjukvård för patienter från andra medlemsstater som för inhemska patienter i motsvarande medicinska situation. Nationell lagstiftning som tillåter vårdgivaren att fastställa egna priser påverkas inte, förutsatt att de inte diskriminerar patienter från andra medlemsstater. Den svenska vårdgivaren ska, enligt 4 b § tandvårdslagen (1985:125), även tillhandahålla en specificerad faktura avseende kostnaderna för den tandvård en patient tagit emot om patienten avser att begära ersättning för sina kostnader för vården i enlighet med patientrörlighetsdirektivet.

Lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (förkortad ersättningslagen) reglerar vilken ersättning som patienten är berättigad till vid sådan utlandsvård. Av 6 § framgår att ersättning högst lämnas med de faktiska kostnader som har uppkommit för patienten. Vad som i övrigt gäller för tandvård inom statligt tandvårdsstöd framgår av 10 §. Försäkringskassan betalar ut ersättning för utförd tandvård, under förutsättning att behandlingen är ersättningsberättigande inom tandvårdsstödet regler, till ett belopp som motsvarar vad som skulle ha betalats ut om vården tillhandahållits i Sverige. Försäkringskassan gör således en beräkning av vilken ersättning som patienten är berättigad till, givet tidigare utförd vård inom ersättningsperioden, det vill säga beloppsgränser och ersättningsnivåer inom det allmänna högkostnadsskyddet, uttag av tandvårdsbidrag med mera. Förslagen i lagrådsremissen innebär att Försäkringskassan vid beräkning av ersättning enligt ersättningslagen även ska beakta om patienten hade varit berättigad till särskild tandvårdsersättning om tandvården hade utförts i Sverige. Det är mycket ovanligt att tandvård inom det statliga tandvårdsstödet utförs utomlands. År 2023 var 0,05 procent av patienterna utomlands när de fick ersättningsberättigande tandvårdsbehandling utförd.

Diskriminering och krav på likabehandling

Patienter från andra medlemsstater får inte diskrimineras i prissättningen. Icke-diskriminering är en grundläggande princip inom EU-rätten och framgår även av bl.a. artikel 18 första stycket i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF). Det är ovanligt att patienter söker sig till Sverige för att få tandvård utförd. Sverige har inte heller någon skyldighet att tillhandahålla planerad vård annat än till dem som omfattas av de svenska vårdförmånerna. Den behandlande medlemsstaten kan även, om det kan motiveras av tvingande hänsyn till allmänintresset, exempelvis kontrollera kostnaderna eller garantera tillräcklig tillgång till ett väl avvägt utbud av behandlingar. Sådana bestämmelser får inte leda till godtycklig diskriminering och de ska offentliggöras i förväg.

Regeringen ser inte att det finns skäl att föreslå bestämmelser kopplade till patienter från andra medlemsstater utan det behovet får i så fall visa sig vid uppföljning av reformen.

Konkurrens och statsstödsregler – ett tillägg till vårdgivaren för patienter bosatta utanför stora städer

Tjänster inom tandvårdsstödet utförs såväl av offentliga som privata vårdgivare. Det är patienten, inte vårdgivaren, som är berättigad till statligt tandvårdsstöd som ett skydd mot höga tandvårdskostnader, även om stödet betalas ut till vårdgivaren och dras av från patientens kostnad vid betalning hos vårdgivaren. Därför omfattas inte dagens tandvårdsstöd av statsstödsreglerna.

I syfte att stimulera tandvårdsutbudet för patienter boende i landsbygd och glesbygd lämnar utredningen förslag i förordningen om statligt tandvårdsstöd om ett tillägg till vårdgivare. Eftersom tillägget lämnas till företagen för deras ökade omkostnader har utredningen gjort en bedömning av om detta kan vara ett statsstöd i EU-rättens mening. Stöd som ges av en medlemsstat och som snedvrider eller hotar att snedvrida konkurrensen genom att gynna vissa företag, eller viss produktion, är inte förenliga med den inre marknaden om det påverkar handeln mellan medlemsstaterna. Endast stödets verkningar är relevant vid bedömningen om det är fråga om stöd enligt artikel 107.1 fördraget om Europeiska unionens funktionssätt (FEUF). Utredningens samlade bedömning är att det föreslagna tillägget inte påverkar samhandeln inom EU, med andra ord inte har gränsöverskridande effekter. Tillägget bedöms därför inte utgöra statligt stöd i den mening som avses i artikel 107.1 FEUF.

Regeringen avser att i särskild ordning ta ställning till utredningens förslag i denna del och till de remissvar som lämnats med anledning av förslaget.

Den fria rörligheten för tjänster – tjänstedirektivet

Det statliga tandvårdsstödet är ett stöd till patienten men regelverket reglerar samtidigt vilka tandvårdstjänster som tandläkare och tandhygienister kan tillhandahålla inom stödet. Tjänster som tillhandahålls av tjänsteleverantörer som är etablerade i en medlemsstat omfattas av Europaparlamentets och rådets direktiv 2006/123/EG av den 12 december 2006 om tjänster på den inre marknaden (förkortat tjänstedirektivet), ett

direktiv som genomförts genom bl.a. lagen (2009:1079) om tjänster på den inre marknaden. Hälso- och sjukvårdstjänster omfattas dock inte av tillämpningsområdet för tjänstedirektivet, oavsett hur de är organiserade och finansierade och oavsett driftsform.

Vad som gäller vid utövande av tjänster inom hälso- och sjukvård framgår under rubriken Den fria rörligheten för personer – patientrörlighetsdirektivet och gränsöverskridande tandvård.

19 Författningskommentar

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

2 § Målet för tandvården är en god tandhälsa och en tandvård på lika villkor för hela befolkningen.

Den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till vården.

Paragrafen innehåller bestämmelser om bl.a. mål för tandvården. Övervägandena finns i avsnitt 11.

Genom *andra stycket*, som är nytt, införs en etisk princip för prioriteringar inom tandvården: behovs- och solidaritetsprincipen. Principen innebär att patienter med större behov av tandvård ska ges företräde framför patienter med mindre behov. Principen är avsedd som vägledning i såväl organisering som praktisk vardaglig hantering av patientflöden. Exempelvis bör akuta problem i form av svår värk tas om hand med hög prioritet. En motsvarande bestämmelse för annan hälso- och sjukvård finns i 3 kap. 1 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30).

3 § *Tandvårdsverksamhet* ska bedrivas så att *kraven* på en god tandvård *uppfylls*. Det innebär att *tandvården* 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.

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 19 kap. 1 § socialtjänstlagen (2025:400).

Paragrafen innehåller bl.a. bestämmelser om hur tandvårdsverksamhet ska bedrivas och om vad en god tandvård innebär. Övervägandena finns i avsnitt 11.

Det nuvarande *andra stycket* om att akuta fall ska behandlas med förtur utgår. Att akuta fall ska prioriteras följer i stället av det nya *andra stycket* i 2 §.

Övriga ändringar är endast språkliga.

4 § Vårdgivaren får ta ut *en avgift av patienten* för undersökning och *behandling*. *Avgiften* ska vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt. *Särskilda bestämmelser om avgifter finns i 15 a § och i 2 kap. 6 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.*

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 syftar till att permanent ersätta förlorad vävnad.

I paragrafen finns bestämmelser om den avgift för tandvård som vårdgivaren får ta ut av patienten. Paragrafen innehåller även krav på vårdgivaren att lämna viss information till patienten.

I *första stycket* byts ordet "ersättning" mot "avgift" och det förtydligas att avgiften tas ut av patienten. Bytet av ord är inte avsett att innebära någon ändring i sak. Vidare ändras begreppet tandbehandling till behandling för att tydliggöra att även munnens vävnader, käke och slemhinna omfattas.

Stycket innebär att det som huvudregel råder fri prissättning för tandvårdstjänster, även om avgiften ska vara skälig. Upplysningen om att det finns särskilda bestämmelser om avgifter, enligt vilka fri prissättning inte gäller, utvidgas till att även omfatta den nya bestämmelsen i 2 kap. 6 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd. Enligt den bestämmelsen får vårdgivarens pris för en tandvårdsåtgärd som berättigar till särskild tandvårdsersättning inte överstiga referenspriset för åtgärden.

19.2 Förslaget till lag om ändring i lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd

1 kap.

1 § Denna lag innehåller bestämmelser om ersättning till vårdgivare för utförd tandvård (statligt tandvårdsstöd).

Statligt tandvårdsstöd lämnas i form av allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag, *allmän tandvårdsersättning* och *särskild tandvårdsersättning*.

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om att statligt tandvårdsstöd även ska lämnas i form av ett tillägg till den särskilda tandvårdsersättningen.

Paragrafen anger kortfattat vad lagen innehåller och redovisar de olika ersättningsformer som finns inom det statliga tandvårdsstödet. Övervägandena finns i avsnitt 5 och 9.

Andra stycket ändras på så sätt att den nya stödformen särskild tandvårdsersättning läggs till de olika ersättningsformerna. Samtidigt ändras benämningen på det nuvarande skyddet mot höga kostnader, tandvårdsersättning, till allmän tandvårdsersättning.

I *tredje stycket*, som är nytt, införs en upplysningsbestämmelse om att regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer med stöd av restkompetensen kan meddela föreskrifter om ytterligare en form av statligt tandvårdsstöd, nämligen ett tillägg till den särskilda tandvårdsersättningen.

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. *vårdgivarens pris*: *det totala priset för samtliga material och moment som ingår i den ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden, inklusive dentalt material och tandtekniskt arbete.*

Paragrafen innehåller definitioner av uttryck som används i lagen. Övervägandena finns i avsnitt 10.

Genom en ny *punkt 3* införs en definition av vårdgivarens pris. Med vårdgivarens pris avses det totala priset för samtliga material och moment som ingår i den ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden. Om dentalt material (material som finns kvar i munnen efter exempelvis en lagning) eller tandtekniskt arbete omfattas av åtgärden ska även detta ingå i vårdgivarens pris för åtgärden. Vad som ingår i ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder framgår av föreskrifter på myndighetsnivå (jfr 1 kap. 3 § tredje stycket).

Det är detta totala pris för tandvårdsåtgärden som vårdgivaren ska rapportera in till Försäkringskassan och som ska framgå av vårdgivarens prislister och patientens kvitto. Om tandvårdsåtgärden berättigar till särskild tandvårdsersättning enligt 2 kap. 6 §, får dock vårdgivarens pris inte överstiga referenspriset.

2 kap.

4 § *Allmän tandvårdsersättning lämnas för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under en ersättningsperiod om ett år. Ersättning lämnas med en viss andel av patientens sammanlagda kostnader överstigande det belopp som har fastställts enligt 5 § 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 ersättningsperiod ska påbörjas innan den tidigare ersättningsperioden har löpt ut.

Allmän tandvårdsersättning får inte lämnas för tandvårdsåtgärder som berättigar patienten till särskild tandvårdsersättning. Kostnader för sådana tandvårdsåtgärder ska inte beaktas vid beräkning enligt första stycket.

Av paragrafen framgår hur allmän tandvårdsersättning beräknas samt hur en ersättningsperiod påbörjas. Övervägandena finns i avsnitt 5.

I *första stycket* görs en justering med anledning av att det nuvarande skyddet mot höga kostnader, tandvårdsersättning, ändrar benämning till allmän tandvårdsersättning.

Av det nya *fjärde stycket* framgår att särskild tandvårdsersättning har företräde framför den allmänna ersättningen. Om patienten är berättigad till särskild tandvårdsersättning för en tandvårdsåtgärd får således allmän tandvårdsersättning inte lämnas för åtgärden. Samma patient kan däremot ha rätt till allmän tandvårdsersättning för sådana tandvårdsåtgärder som inte berättigar till särskild tandvårdsersättning. Av bestämmelsen framgår vidare att om patienten är berättigad till särskild tandvårdsersättning för viss behandling ska kostnaden för tandvårdsåtgärderna inte ingå i underlaget för beräkning av allmän tandvårdsersättning.

Övriga ändringar är endast språkliga och redaktionella. Bland annat flyttas upplysningsbestämmelserna i nuvarande fjärde och femte styckena till 2 kap. 5 §.

4 a § Vid beräkning av *allmän* tandvårdsersättning 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.

Första stycket gäller inte kostnader för tandvård som hade berättigat patienten till särskild tandvårdsersättning om tandvården hade tillhandahållits i Sverige.

I paragrafen regleras vad som gäller vid beräkning av allmän tandvårdsersättning om patienten haft kostnader för tandvård som utförts i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet. Övervägandena finns i avsnitt 5.

Första stycket justeras språkligt med anledning av att den nuvarande tandvårdsersättningen ska benämnas allmän tandvårdsersättning.

Andra stycket, som är nytt, innebär att om patienten haft kostnader för tandvård i ett annat EES-land, vilka lagts till grund för ersättning enligt lagen om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet, ska dessa kostnader inte beaktas vid beräkningen av allmän tandvårdsersättning för patienten, om tandvården hade berättigat patienten till särskild tandvårdsersättning om den hade tillhandahållits i Sverige. Se även 2 kap. 4 § fjärde stycket.

5 § 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 *allmän* tandvårdsersättning ska kunna lämnas,

2. med vilken andel av patientens sammanlagda kostnader överstigande beloppet enligt 1 som *allmän* tandvårdsersättning ska lämnas, och

3. *anmälan enligt 4 § tredje stycket och 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 allmän tandvårdsersättning som avviker från bestämmelserna om ersättningsperioder i 4 § första och tredje styckena.

Paragrafen, som i nuvarande lydelse betecknas 2 kap. 6 §, innehåller bestämmelser som upplyser om möjligheten att meddela föreskrifter med stöd av restkompetensen. Övervägandena finns i avsnitt 5.

Första stycket punkterna 1 och 2 ändras på så sätt att det förtydligas att det är allmän tandvårdsersättning som avses.

Första stycket punkt 3, som är ny, motsvarar nuvarande 2 kap. 4 § fjärde stycket.

Det nya *andra stycket* motsvarar nuvarande 2 kap. 4 § femte stycket.

Övriga ändringar är endast språkliga och redaktionella. Bland annat flyttas nuvarande punkt 3 i första stycket till den nya 2 kap. 9 §.

6 § *Särskild tandvårdsersättning lämnas för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under de förutsättningar som har fastställts enligt 7 § 1 och 2. Ersättning lämnas med en viss andel av referenspriset för den ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden eller, om vårdgivarens pris för den aktuella patienten är lägre än referenspriset, med en viss andel av vårdgivarens pris för åtgärden.*

För att särskild tandvårdsersättning ska lämnas får vårdgivarens pris för åtgärden inte överstiga referenspriset.

Paragrafen, som är ny, anger hur särskild tandvårdsersättning beräknas och vad vårdgivarens pris för tandvårdsåtgärder som omfattas av stödet som högst får uppgå till. Övervägandena finns i avsnitt 5 och 8.

Av *första stycket* framgår att särskild tandvårdsersättning under vissa förutsättningar lämnas för slutförda ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder. Genom en hänvisning till 7 § 1 och 2 framgår att det är regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer som fastställer dessa förutsättningar, dvs. vilka patienter och vilken tandvård som omfattas av stödet. Det krävs också för ersättning att tandvårdsåtgärderna är ersättningsberättigande enligt de föreskrifter som gäller på området (se kommentaren till 7 §).

Av *första stycket* framgår även att särskild tandvårdsersättning lämnas med en viss andel av referenspriset för den ersättningsberättigande tandvårdsåtgärden. Om vårdgivarens pris för åtgärden för den aktuella patienten är lägre än referenspriset ska dock ersättning lämnas med en viss andel av vårdgivarens pris. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan meddela föreskrifter om med vilken andel av referenspriset eller vårdgivarens pris som särskild tandvårdsersättning ska lämnas (se 7 § 3).

Enligt *andra stycket* gäller för att särskild tandvårdsersättning ska lämnas att vårdgivarens pris inte överstiger referenspriset för åtgärden. Om vårdgivarens pris överstiger referenspriset ska det således inte lämnas någon tandvårdsersättning till vårdgivaren även om utförd behandling i sig är ersättningsberättigande. Att vårdgivarens pris inte får överstiga referenspriset för tandvårdsåtgärden utgör ett undantag från huvudregeln om fri prissättning inom tandvården enligt 4 § första stycket tandvårdslagen (1985:125). Vad som ska ingå i vårdgivarens pris framgår av definitionen i 1 kap. 2 § 3.

7 § *Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om*

- 1. vilka patienter som kan vara berättigade till särskild tandvårdsersättning,*
- 2. vilken tandvård som kan berättiga till särskild tandvårdsersättning, och*
- 3. med vilken andel av referenspriset eller vårdgivarens pris som särskild tandvårdsersättning ska lämnas.*

I paragrafen, som är ny, finns en bestämmelse som upplyser om möjligheten för regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer att meddela vissa föreskrifter om särskild tandvårdsersättning med stöd av restkompetensen. Övervägandena finns i avsnitt 5, 6 och 7.

Föreskrifter kan för det första meddelas om vilka patienter som kan vara berättigade till särskild tandvårdsersättning (*punkt 1*). Det kan exempelvis vara fråga om att begränsa rätten till ersättning till personer över en viss ålder.

För det andra kan föreskrifter meddelas om vilken tandvård som kan berättiga till särskild tandvårdsersättning (*punkt 2*). Detta innebär en möjlighet att exempelvis fastställa att enbart vissa former av behandling, såsom behandling av sjukdoms- eller smärttillstånd, reparativ vård och rehabiliterande och habiliterande vård, omfattas av stödet. Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan också föreskriva exempelvis att viss behandling endast är ersättningsberättigande om den utförs på tänder inom en viss position i munnen.

Mer detaljerade bestämmelser om vilka tandvårdsåtgärder som är ersättningsberättigande och under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas för åtgärderna får meddelas på myndighetsnivå med stöd av befintligt bemyndigande i förordning.

Slutligen kan, enligt *punkt 3*, föreskrifter meddelas om med vilken andel av referenspriset eller vårdgivarens pris som särskild tandvårdsersättning ska lämnas. Se även 2 kap. 6 § första stycket.

9 § Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder.

Paragrafen, som är ny, motsvarar nuvarande 2 kap. 6 § 3.

3 kap.

4 § En vårdgivare som är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd är, om det inte finns särskilda skäl, skyldig att ge patienter som är berättigade till sådant stöd den ersättningsberättigande tandvård som de behöver.

Paragrafen, som är ny, innebär ett krav på vissa vårdgivare att ta emot patienter. Övervägandena finns i avsnitt 11.

Enligt 3 kap. 1 § första stycket gäller att vårdgivare måste vara anslutna till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd för att kunna få ersättning enligt lagen. Den nya bestämmelsen innebär att anslutna vårdgivare som huvudregel är skyldiga att ge patienter som är berättigade till statligt tandvårdsstöd den ersättningsberättigande tandvård som de behöver. Skyldigheten omfattar enbart att ge ersättningsberättigande tandvård, inte exempelvis rent estetisk tandvård. Skyldigheten innebär vidare att all slags tandvård som patienten behöver och som vårdgivaren har tillräcklig kompetens att utföra ska erbjudas. Bestämmelsen innebär således att vårdgivaren exempelvis inte får välja bort patienter som är mindre lönsamma eller enbart erbjuda tandvård som omfattas av den fria prissättningen.

Av bestämmelsen framgår dock att skyldigheten att ge patienten den tandvård som han eller hon behöver enbart gäller om det inte finns särskilda skäl. Undantagsregeln bör kunna tillämpas om vårdgivaren inte har tillräcklig bemanning för att ta emot ytterligare patienter i närtid, exempelvis på grund av ett omfattande uppdrag att ta emot barn. Ett annat exempel kan vara att en renodlad specialistklinik för bettfysiologi inte bör vara skyldig att tillhandahålla återkommande basundersökningar eller behandling av kariesangrepp.

Om vårdgivaren behöver prioritera mellan olika patienter gäller enligt 2 § andra stycket tandvårdslagen (1985:125) att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde framför dem med mindre behov.

19.3 Förslaget till lag om ändring i lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet

10 § För tandvård som hade berättigat *en patient* till stöd enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd om den hade tillhandahållits i Sverige ska ersättningen bestämmas till ett belopp som motsvarar *det tandvårdsbidrag och den tandvårdsersättning som* Försäkringskassan skulle ha betalat om tandvården tillhandahållits i Sverige. Detsamma gäller för läkemedel och övriga vårdprodukter som *patienten* har tagit emot vid vårdtillfället.

Vid beräkningen av ersättning för tandvård som hade berättigat till särskild tandvårdsersättning om den hade tillhandahållits i Sverige gäller inte 2 kap. 6 § andra stycket lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd.

I paragrafen finns bestämmelser om hur ersättning enligt lagen ska bestämmas när patienten haft kostnader för viss tandvård i ett annat EES-land än Sverige. Övervägandena finns i avsnitt 8.

Av *första stycket* följer att om patienten haft kostnader för sådan tandvård som hade berättigat till statligt tandvårdsstöd om vården hade utförts i Sverige ska ersättning lämnas med ett belopp som motsvarar vad Försäkringskassan skulle ha betalat om tandvården hade tillhandahållits i Sverige. I stycket läggs i förtydligande syfte till att det är just patienten som är berättigad till stöd samt att ersättning enligt lagen lämnas motsvarande det tandvårdsbidrag och den tandvårdsersättning som skulle ha lämnats om tandvården hade utförts här i landet.

Enligt 2 kap. 6 § andra stycket lagen om statligt tandvårdsstöd krävs det för att särskild tandvårdsersättning ska lämnas för en tandvårdsåtgärd att vårdgivarens pris inte överstiger referenspriset för åtgärden. *Andra stycket*, som är nytt, innebär att ersättning för tandvård som hade berättigat till särskild tandvårdsersättning om den hade tillhandahållits i Sverige ska beräknas enligt första stycket utan hinder av att den utländska vårdgivarens pris för tandvården överstiger det referenspris som gäller för tandvårdsåtgärderna i Sverige.

Sammanfattning av betänkandet Tiotandvård – ett förstärkt högkostnadsskydd för tandvård (SOU 2024:70) i nu relevanta delar

Bilaga 1

Uppdraget om ett förstärkt högkostnadsskydd

Utredningens förslag i korthet

Utredningen föreslår att ett förstärkt skydd mot höga kostnader för tandvård införs. Syftet med förslaget är att successivt minska tandvårdskostnaderna för patienter med ett av behandlaren konstaterat tandvårdsbehov och därigenom bidra till en bättre munhälsa för hela befolkningen.

Utredningen föreslår att den förstärkta tandvårdsersättningen till patienten benämns tiotandvård. Tiotandvård ska omfatta behandling av sjukdom och smärta, reparativ vård samt rehabiliterande och habiliterande vård. För sådan tandvård föreslås patienten betala 10 procent av referenspriset, alternativt 10 procent av vårdgivarens pris om detta är lägre.

För behandling i det statliga tandvårdsstödet som inte omfattas av tiotandvård gäller bestämmelserna om generell tandvårdsersättning, det vill säga det högkostnadsskydd som finns i dag.

Vårdgivare föreslås ersättas av staten för tiotandvård enligt referenspris, med avdrag för patientens kostnad på 10 procent – det vill säga det patienten själv betalar. Det innebär att vårdgivarens pris inom tiotandvård regleras, till skillnad från övrig tandvård inom det statliga tandvårdsstödet där prissättningen är fri.

För att tandvården i hela landet ska ha kapacitet att erbjuda tiotandvård föreslår utredningen att en högre ersättning i form av ett kommuntyps-tillägg lämnas till vårdgivaren för patienter bosatta utanför storstads-kommunerna.

Reformen föreslås bli skalbar genom att kriteriet för vilka patienter som ska omfattas av tiotandvård kan justeras stegvis i kombination med att medel tillförs tandvårdsanslaget för att täcka de ökade kostnaderna för staten. Utredningen bedömer att reformen tiotandvård bör utvidgas i den takt som tandvårdens kapacitet medger. Det första steget föreslås följas upp och utvärderas löpande. Beslut om ytterligare steg bör i möjligaste mån tas med beaktande av iakttagelser i nämnda uppföljning och utvärdering.

Det första steget av reformen tiotandvård föreslås genomföras från och med den 1 juli 2026. I detta första steg föreslås kriteriet för vilka patienter som ska omfattas av tiotandvård vara patientens ålder. Den ålder som föreslås är 67 år och äldre.

Inför reformens eventuella fortsatta steg bör övervägas att ersätta ålderskriteriet med en munhälsoprofil som kan genereras inom ramen för det nationella riskbedömningssystem som Socialstyrelsen getts i uppdrag av regeringen att utveckla. En munhälsoprofil kan på ett bättre sätt än en åldersgräns nå de patienter i befolkningen som har en sämre munhälsa.

Reformens närmare utformning och förväntade effekter

Patienten ska betala 10 procent av referenspriset och priserna på tiotandvård regleras

För sådan tandvård som omfattas av bestämmelserna om förstärkt tandvårdsersättning (tiotandvård) ska patienten betala motsvarande 10 procent av de utförda åtgärdernas aktuella referenspris enligt Tandvårds- och läkemedelsförmånsverkets (TLV:s) föreskrifter och allmänna råd om statligt tandvårdsstöd. Förslaget omfattar såväl allmäntandvård som specialisttandvård. Om vårdgivarens pris för en åtgärd är lägre än referenspriset ska patienten i stället betala 10 procent av vårdgivarens pris och förstärkt tandvårdsersättning ska lämnas med motsvarande 90 procent av vårdgivarens pris.

Ett kommuntypstillägg ska ges för tiotandvård

Utöver 90 procent av referenspris som förstärkt tandvårdsersättning och 10 procents patientandel lämnas ett procentuellt tillägg till vårdgivaren utifrån var patienten är bosatt, med utgångspunkt i myndigheten Tillväxtverkets kommuntypindelning, och referenspriset för den vård som utförts. För patient boende i storstadskommun ska tillägget vara +0 procent. För patient boende i blandad kommun ska tillägget vara +10 procent av referenspriset. För patient boende i landsbygdskommun ska tillägget vara +20 procent av referenspriset.

Tiotandvård ska omfatta tandvårdsbehandling av sjukdom och smärta, reparativ vård samt rehabiliterande och habiliterande vård med vissa begränsningar

Tiotandvård ska lämnas för tandvård som patienten behöver och som syftar till att åstadkomma en frihet från smärta och sjukdom, förmåga att äta, tugga och tala utan större hinder, eller ett utseendemässigt godtagbart resultat. Det innebär att tiotandvård ska omfatta behandling av tandvårdsstödet tillstånd för sjukdom och smärta, tillstånd för reparativ vård samt rehabiliterande och habiliterande tillstånd.

Ny fast tand- och implantatstödd protetik bakom tandposition 5 undantas från bestämmelserna om tiotandvård. För sådan behandling gäller i stället det befintliga generella skyddet mot höga kostnader och fri prissättning.

Tiotandvård ska erbjudas personer från och med det år de fyller 67 år

Äldre med sämst munhälsa ska definieras som personer som är 67 år eller äldre och som har behov av tandvårdsbehandling av sjukdom och smärta, reparativ vård samt rehabiliterande och habiliterande vård. Det förstärkta högkostnadsskyddet tiotandvård ska därför erbjudas personer från och med det år de fyller 67 år.

En munhälsoprofil bör på sikt ersätta ålder som kriterium för tiotandvård

Bilaga 1

En munhälsoprofil är ett mer ändamålsenligt kriterium än ålder för att identifiera patienter med sämst munhälsa. Det riskbedömningssystem som Socialstyrelsen under åren 2023 och 2024 getts i uppdrag av regeringen att utveckla bör, på sikt och med vissa anpassningar, kunna tillämpas för att fastställa munhälsoprofiler som utöver risk även omfattar en bedömning av befintlig oral hälsa. När ett sådant system finns tillgängligt bör en munhälsoprofil ersätta ålder som kriterium för tiotandvård.

Tiotandvård bör införas stegvis

Utredningen bedömer att reformen tiotandvård bör införas stegvis i den takt som tandvårdens kapacitet att möta en ökad efterfrågan medger. Det första steget, med ett ålderskriterium på 67 år och äldre, föreslås följas upp och utvärderas löpande. Eventuella beslut om ytterligare steg bör i möjligaste mån tas med beaktande av iakttagelser i uppföljning och utvärdering samt Socialstyrelsens arbete med riskbedömningssystemet.

TLV ska ges i uppdrag att följa upp och utvärdera konsekvenser och effekter av reformen tiotandvård

TLV ska ges i uppdrag att följa upp och utvärdera konsekvenser och effekter av reformen tiotandvård. Områden som uppföljningen och utvärderingen ska omfatta är bland annat tandvårdens kapacitet, prisutveckling, tandvårdskonsumtion inklusive regionala effekter, tandvårdsmarknadens sammansättning, produktivitet och lönsamhet samt statens utgifter. En delredovisning ska lämnas efter tre år och uppdraget ska slutredovisas efter sex år. TLV ska genomföra uppdraget i nära samverkan med Försäkringskassan och Socialstyrelsen. Även andra organisationer, däribland Sveriges Kommuner och Regioner och Privattandläkarna, bör beredas möjlighet att ta del av myndighetens arbete med uppdraget.

Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att följa upp reformen med avseende på munhälsan

Socialstyrelsen ska ges i uppdrag att följa upp reformen med avseende på munhälsan i befolkningen. Uppdraget ska lämnas vid reformens ikraftträdande och pågå i tre år samt därefter integreras i myndighetens reguljära uppföljning på området.

Försäkringskassan och TLV ska ges i uppdrag att förbereda införandet av reformen tiotandvård

Försäkringskassan ska ges i uppdrag att genomföra nödvändiga förberedande åtgärder för att reformen tiotandvård ska kunna införas från och med den 1 juli 2026. Uppdraget ska bland annat avse it-utveckling, föreskriftsarbete och vissa informationsinsatser. Vidare ska TLV ges i uppdrag att genomföra vissa åtgärder för att reformen tiotandvård ska kunna införas från och med den 1 juli 2026. Uppdraget ska främst avse att meddela föreskrifter.

Tiotandvård från 67 år beräknas öka statens kostnader med 3,4–4,5 miljarder per år

Vid ett införande av tiotandvård för personer som är 67 år eller äldre beräknas statens kostnader för tandvård öka i intervallet 3,4–4,5 miljarder kronor per år. Vid ett ikraftträdande vid halvårsskiftet 2026 beräknas statens kostnader i huvudscenariot öka med 1,9 miljarder kronor mellan juli och december 2026.

Vid en fullt utbyggd reform (patienter 20 år eller äldre) bedöms statens kostnader öka i intervallet 7,7–9,9 miljarder kronor. I huvudscenariot beräknas den ökade kostnaden för tandvård till cirka 8,4 miljarder kronor. Siffrorna ovan inkluderar en dynamisk effekt i form av ökad efterfrågan på tandvård samt kostnader för det föreslagna kommuntypstillägget. Kommuntypstillägget, vilket knyts till patienter i blandade respektive landsbygdskommuner, bedöms öka vårdgivarnas intäkter med 540 miljoner kronor vid en reform från 67 år och med 1,1 miljarder kronor när alla i åldersgruppen 20 år eller äldre inkluderas. Det ska nämnas att dessa ekonomiska konsekvensberäkningar är behäftade med osäkerhet. Det beror främst på att beräkningen av den ökade efterfrågan på tandvård som förväntas uppstå är osäker och svår att uppskatta.

Patienternas andel av kostnaden mer än halveras

Vid ett införande av tiotandvård för patienter som är 67 år eller äldre beräknas patienternas kostnadsandel sjunka från drygt 60 procent till omkring 25 procent för denna åldersgrupp. Vid en fullt utbyggd reform beräknas patienternas kostnadsandel sjunka från 63 procent till cirka 29 procent.

Den totala omsättningen på tandvårdsmarknaden beräknas öka

Vid införande av tiotandvård från 67 år bedöms den statiska effekten av prisregleringen (utan hänsyn tagen till en ökad efterfrågan på tandvård) innebära att omsättningen för vårdgivarna sjunker med omkring 800 miljoner kronor per år. Det är endast de privata vårdgivarna som bedöms få minskad omsättning. Beloppet motsvarar cirka 300 kronor i lägre intäkt per patient och år. För folktandvården bedöms inte omsättningen minska i någon nämnvärd omfattning. Förklaringen till det är att folktandvårdens priser i utgångsläget är lägre och att kommuntypstillägget i de flesta regioner kompenserar för effekten av prisregleringen. Vid en fullt utbyggd reform bedöms den statiska effekten av införandet av tiotandvård minska omsättningen på tandvårdsmarknaden med omkring 1,5 miljarder kronor. Även vid en fullt utbyggd reform är effekten på folktandvårdens omsättning sammantaget begränsad.

Inklusive den dynamiska effekten av en förväntad ökad efterfrågan på tandvård bedöms dock den totala omsättningen på tandvårdsmarknaden öka något i huvudscenariot vid ett införande av tiotandvård för personer som är 67 år eller äldre. Vid en fullt utbyggd reform och i huvudscenariot bedöms omsättningen öka med cirka 600 miljoner kronor som en konsekvens av reformen.

Tiotandvård från 67 år innebär att cirka 29 procent av marknaden prisregleras

Bilaga 1

Utredningens beräkningar visar att införandet av tiotandvård från 67 år innebär att ungefär 29 procent av tandvårdsmarknaden kommer att prisregleras. Storleken på tandvårdsmarknaden mäts som summan av vårdgivarpriser inom det statliga tandvårdsstödet. Om reformen implementeras för patienter 24 år eller äldre prisregleras ungefär 65 procent av marknaden.

Uppdraget om anpassningar i övriga delar av det statliga tandvårdsstödet

Utredningens uppdrag har varit att analysera och föreslå hur det nuvarande systemet för statligt tandvårdsstöd kan anpassas utifrån ett förstärkt högkostnadsskydd och lämna nödvändiga författningsförslag. Vidare har utredningen haft i uppdrag att säkerställa att förslagen utformas så att de minimerar riskerna för brott och felaktiga utbetalningar. Utredningen har också haft i uppdrag att analysera hur högkostnadsskyddet kan förstärkas på ett sätt som ger incitament som motverkar överutnyttjande bland vårdtagarna av tandvård och som främjar effektiv resursanvändning och vårdkvalitet bland tandvårdens aktörer.

Utredningens förslag och bedömningar

Skyldighet att ta emot ersättningsberättigade patienter och prioritera patienter efter behov

En vårdgivare som är ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd ska vara skyldig att ta emot patienter som omfattas av stödet för ersättningsberättigande tandvård, om vårdgivaren inte kan visa att förutsättningar för detta saknas. Den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till vården.

Beloppsgränser och ersättningsnivåer ska bestämmas av regeringen och indexering av högkostnadstrappan bör övervägas

Regeringen ska bestämma beloppsgränser och ersättningsnivåer inom det generella skyddet mot höga kostnader i likhet med övriga bestämmelser om ATB, STB och förstärkt tandvårdsersättning inom tiotandvård.

Nuvarande bemyndigande till TLV att meddela föreskrifter om vilka beloppsgränser och ersättningsnivåer som ska gälla för generell tandvårdsersättning ska upphävas. Som en följd av förslaget ska även TLV:s uppdrag i denna del ändras till ett bemyndigande att meddela föreskrifter om vilka tandvårdsåtgärder som kan berättiga till ersättning och under vilka förutsättningar ersättning kan lämnas, referenspriser samt när i andra fall som förhandsprövning ska ske.

Det bör övervägas om beloppsgränser och ersättningsnivåer inom det generella skyddet för höga kostnader på sikt ska indexeras.

Vårdgivarpriset för viss åtgärd inom statligt tandvårdsstöd ska innehålla alla kostnader för vald behandlingsmetod och material

Vad ett vårdgivarpris innefattar ska definieras i lag. När vårdgivaren utför en ersättningsberättigande behandling ska alla kostnader som ingår i åtgärden, alla material och moment vid behandling samt i förekommande fall även dentalt material och tandteknisk kostnad, om detta ingår i åtgärden, ingå i vårdgivarens pris för åtgärden.

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

Härigenom föreskrivs att 4 § tandvårdslagen (1985:125) ska ha följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

4 §¹

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.*

Vårdgivaren får ta ut ersättning för undersökning och *behandling*. Ersättningen ska vara skälig med hänsyn till behandlingens art, omfattning och utförande samt omständigheterna i övrigt.

I 15 a § finns särskilda bestämmelser om den avgift som vårdgivaren får ta ut av patienten. Vid förstärkt tandvårdsersättning enligt 2 kap. 4 b § lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd finns särskilda bestämmelser om den kostnad som vårdgivaren får ta ut av patienten.

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.

Denna lag träder i kraft den 1 juli 2026.

¹ Senaste lydelse 2011:1188.

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 1 kap. 1 och 2 §§, 2 kap. 4 och 6 §§, 3 kap. 1 § och 4 kap. 8 och 11 §§ ska ha följande lydelse,

dels att rubriken närmast före 2 kap. 4 § ska sättas närmast före 2 kap. 3 a §,

dels att det ska införas två nya paragrafer, 2 kap. 3 a och 4 b §§, av följande lydelse.

Nuvarande lydelse

Föreslagen lydelse

1 kap.

1 §¹

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 allmänt tandvårdsbidrag, särskilt tandvårdsbidrag och *generell eller förstärkt* tandvårdsersättning.

Regeringen kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om att statligt tandvårdsstöd även ska lämnas i form av kommutypstillägg till vårdgivaren.

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.

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. *vårdgivarens pris*: *det totala priset för den ersättningsberättigande åtgärden inklusive alla material och moment i behandlingen samt i förkommande fall även dentalt material och tandteknisk kostnad om detta ingår i åtgärden.*

3 a §

Tandvårdsersättning är antingen generell eller förstärkt.

Generell tandvårdsersättning får inte lämnas för sådana tandvårdsåtgärder som berättigar till förstärkt tandvårdsersättning.

4 §²

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 om ett år, lämnas *generell* 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 ersättningsperiod 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 b §

För ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder som har slutförts under de förutsättningar som fastställts enligt 6 § 3, lämnas en förstärkt tandvårdsersättning med en viss andel av kostnaden.

För de tandvårdsåtgärder som omfattas av förstärkt tandvårdsersättning får vårdgivarens pris inte överstiga referenspriset för respektive tandvårdsåtgärd.

² Senaste lydelse 2020:712.

Patientens kostnad får som högst uppgå till en viss andel av referenspriset för respektive ersättningsberättigande tandvårdsåtgärd. Om vårdgivarens pris för slutförd tandvårdsåtgärd är lägre än referenspriset för den aktuella patienten utgår patientens kostnad i stället från en viss andel av vårdgivarens pris.

6 §

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, meddelar föreskrifter om

1. vilket belopp som patientens sammanlagda tandvårdskostnader under ersättningsperioden ska överstiga för att tandvårdsersättning ska kunna lämnas,

2. med vilken andel av patientens sammanlagda kostnader överstigande beloppet enligt 1 som tandvårdsersättning ska lämnas, samt

3. referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder.

Regeringen kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddelas föreskrifter om

1. vilket belopp som patientens sammanlagda tandvårdskostnader under ersättningsperioden ska överstiga för att *generell* tandvårdsersättning enligt 4 § ska kunna lämnas,

3. *förutsättningar för berättigande till förstärkt tandvårdsersättning enligt 4 b § och med vilken andel av patientens kostnad som förstärkt tandvårdsersättning ska lämnas.*

Regeringen eller den myndighet som regeringen bestämmer kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddelas föreskrifter om referenspriser för ersättningsberättigande tandvårdsåtgärder.

3 kap.

1 §

För att en vårdgivare ska kunna få ersättning enligt denna lag ska vårdgivaren vara ansluten till Försäkringskassans elektroniska system för statligt tandvårdsstöd.

Den anslutna vårdgivaren är skyldig att ta emot patienter som omfattas av denna lag för ersättningsberättigande tandvård, om vårdgivaren inte saknar förutsättningar för detta. Den patient som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till vården.

Regeringen, eller den myndighet som regeringen bestämmer, får meddela föreskrifter om kraven för och upphörande av anslutning till det elektroniska systemet för statligt tandvårdsstöd. Bilaga 2

4 kap.

8 §³

För att vårdgivaren ska kunna få ersättning enligt denna lag, ska ansökan om ersättning ges in till Försäkringskassan inom två veckor från det att den tandvårdsåtgärd för vilken ersättning begärs har slutförts. Om det finns särskilda skäl, kan Försäkringskassan betala ut ersättning även om ansökan har kommit in för sent.

Regeringen får meddela föreskrifter om undantag från första stycket.

11 §

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. ansökan om samt beräkning och utbetalning av ersättning enligt denna lag,

2. abonnemangstandvård, samt

3. förhandsprövning.

Regeringen kan med stöd av 8 kap. 7 § regeringsformen meddela föreskrifter om vilka uppgifter som patienten får ha direktåtkomst till om sig själv hos Försäkringskassan.

1. Denna lag träder i kraft den 1 juli 2026.

2. För tandvårdsåtgärder som har påbörjats före ikraftträdandet men inte slutförts tillämpas de föreskrifter som gäller vid tidpunkten för slutförandet.

³ Senaste lydelse 2017:431.

Förteckning över remissinstanserna (SOU 2024:70)

Efter remiss har yttranden inkommit från Aqua Dental AB, Domstolsverket, Ekobrottsmyndigheten, Ekonomistyrningsverket, Enköpings kommun, Finspång kommun, Folkhälsomyndigheten, Forshaga kommun, Föreningen Svensk Dentalhandel, Försäkringskassan, Förvaltningsrätten i Linköping, Förvaltningsrätten i Umeå, Gävle kommun, Göteborgs kommun, Göteborgs universitet, Halmstad kommun, Härnösands kommun, Högskolan Kristianstad, Inspektionen för socialförsäkringen, Inspektionen för vård och omsorg, Integritetsskyddsmyndigheten, Kammarrätten i Stockholm, Karlskoga kommun, Karolinska Institutet, Konkursverket, Konsumentverket, Malmö kommun, Malmö universitet, Migrationsverket, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Nyköpings kommun, Pensionärernas riksorganisation, Praktikertjänst AB, Privattandläkarna, Regelrådet, Region Blekinge, Region Dalarna, Region Halland, Region Jämtland Härjedalen, Region Jönköpings län, Region Kalmar län, Region Kronoberg, Region Norrbotten, Region Skåne, Region Stockholm, Region Sörmland, Region Uppsala, Region Värmland, Region Västerbotten, Region Västernorrland, Region Örebro län, Region Östergötland, Riksförbundet PensionärsGemenskap, Röda Korset, Simrishamn kommun, Skellefteå kommun, SKPF Pensionärerna, Socialstyrelsen, SPF Seniorerna, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, Strålsäkerhetsmyndigheten, Svensk Förening för Cariologi, Svensk förening för oral protetik, Svenska Endodontiföreningen, Svensk Förening för Parodontologi och Implantologi, Svenska Pedodontiföreningen, Sveriges Folk tandvårdsförening, Sveriges Kommuner och Regioner, Sveriges Tandhygienistförening, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandteknikerförbund, Södertälje kommun, Tandläkare – Egen Verksamhet, Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket, Tjänstetandläkarna, Umeå universitet, Västra Götalandsregionen och Växjö kommun.

Följande remissinstanser har inte svarat eller angett att de avstår från att lämna synpunkter: Borgholms kommun, Eksjö kommun, Emmaboda kommun, Föreningen Sveriges Socialchefer, Gislaveds kommun, Karlshamns kommun, Leksands kommun, Norrköpings kommun, Oskarshamns kommun, Perstorps kommun, Piteå kommun, Region Gotland, Region Gävleborg, Region Västmanland, Riksdagens Ombudsmän, Riksrevisionen, Salems kommun, Stadsmissionen, Stiftelsen Högskolan i Jönköping, Strängnäs kommun, Svenljunga kommun, Svensk förening för bettfysiologi, Svensk Förening för Odontologisk Radiologi, Svensk förening för Orofacial Medicin, Svensk Försäkring, Svensk Käkkirurgisk Förening, Svensk samhällsodontologisk förening, Svenska Ortodontiföreningen, Svenska Tandsköterskeförbundet, Sveriges Konsumenter, Sveriges Privata Specialisttandläkare, Tandhälsöförbundet, Vårdföretagarna, Västerås kommun och Östersunds kommun.

Därutöver har yttranden inkommit från ablux AB, Apodent Karlstad AB, Arneryd Dentistry AB, Björk Tandhälsa AB, Block Störmer AB, Bordbar Dental AB, Catio Specialisttandläkarna, Citytandläkarna i Lund, Citytandvården Kristianstad AB, Colosseum Smile AB, Dentalum Operations

AB, Dentiritz AB, Etica AB, Folktandvården Gävle, Folktandvården Skåne, Folktandvården Stockholm, Inlandets Tandklinik AB, Ivonne Grants Tandläkare AB, Karin Hjalmarsson AB, Kungsbrotandläkarna, Landsorganisationen, Levident AB, Lundatand AB, Läkare i Världen, Mjuka Händer AB, My Smile AB, Målaregatans Tandvård AB, Närtandvården Tyringe och Vittsjö, Oral Care, SDK Tandvård AB, Småföretagarnas Riksförbund, Sobona, Specialisttandvården Region Jämtland Härjedalen, Studerandeföreningen Sveriges Tandläkarförbund, Svenskt Kvalitetsregister för Karies och Parodontit, T4 ConfiDent, Tandfokus, Tandläkare Johan Östman AB, Tandläkarna Novalund, Tullingetandläkarna, Vasa Viktoria Tandvård, West Odont AB, Äldre-tandvårdscentra. Därtill har ett gemensamt remissvar från Privat-tandläkarna, Studerandeföreningen Sveriges Tandläkarförbund, Svenska Tandsköterskeförbundet, Sveriges Tandhygienistförening, Sveriges Tandläkarförbund, Sveriges Tandteknikerförbund, Tandläkare – Egen Verksamhet och Tjänstetandläkarna inkommit.

Därutöver har 13 enskilda personer inkommit med yttranden.