

Regelrådet är ett särskilt beslutsorgan inom Tillväxtverket vars ledamöter utses av regeringen. Regelrådet ansvarar för sina egna beslut. Regelrådets uppgifter är att granska och yttra sig över kvaliteten på konsekvensutredningar till författningsförslag som kan få effekter av betydelse för företag.

Socialdepartementet

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

Regelrådets ställningstagande

Regelrådet finner att konsekvensutredningen uppfyller kraven i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Innehållet i förslaget

Förslagen i betänkandet avser ändring i följande lagar och förordningar:

Tandvårdslagen (1985:125), Lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd, Patientsäkerhetslagen (2010:659), Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), Förordning (1984:908) om vissa statsbidrag för sjukvård m.m., Förordning (2003:766) om behandling av personuppgifter inom socialförsäkringens administration, Förordning (2007:1206) med instruktion för Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, Förordning (2008:193) om statligt tandvårdsstöd, Förordning (2008:194) om tandhälsoregister hos Socialstyrelsen.

Ett förslag lämnas också om ny förordning om regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov.

Principer som förs in i tandvårdslagen:

Behovs-solidaritetsprincipen om att den som har det största behovet av tandvård ska ges företräde till tandvården respektive principen om att tandvården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Helt eller delvis offentligt finansierad tandvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet samt organiseras så att den kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl får tandvården koncentreras geografiskt. Privata vårdgivare ska, vid anmodan, samverka med regionen i dess planering och utveckling av tandvården. Tandvårdslagen ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Förslaget avser vidare ett förtydligande av vårdgivarens informationsansvar till patienten. Information ska också i vissa fall kunna lämnas till närstående. Informationen ska anpassas till mottagarens individuella förutsättningar. Vårdnadshavarens rätt till information när patienten är ett barn utökas.

Det är regionen och inte folktandvården som ska svara för fullständig tandvård till barn och unga vuxna och specialisttandvård för vuxna.

Det är regionfullmäktige som ska besluta om grunder för avgifter om barn och unga uteblir från tandvårdsbesök, liksom om avgifter för icke nödvändig tandvård som efterfrågas av patientgruppen. Regionen ska ansvara för tandvård för personer till och med det år då de fyller 19 år.

En individuell tandhälsoplan ska utgöra en del av det statliga tandvårdsstödet och erbjudas till alla patienter som omfattas av stödet. Tandhälsoplanen ska utgå ifrån en individuell riskbedömning som genom Försäkringskassans system genererar en risknivå. Riskbedömningen ska utgöra en grund för ersättning inom ramen för det statliga tandvårdsstödet för viss tandvård vid sidan av skyddet mot höga kostnader. Tandhälsoplanen ska vara löpande och omfatta tandvård i form av undersökning med riskbedömning samt viss förebyggande vård beroende på patientens behov. En fast åtgärdsbaserad ersättning ska lämnas till vårdgivare för undersökningar och förebyggande behandlingar som ingår i en tandhälsoplan. Patientavgiften för de åtgärder som ingår i tandhälsoplanen ska vara fast och uppgå till 200 kronor per besökstillfälle. Vid ikraftträdandet ska Allmänt tandvårdsbidrag (ATB) och Särskilt tandvårdsbidrag (STB) upphöra som ersättning i det statliga tandvårdsstödet. Nuvarande bestämmelser om undersökningsprotokoll tas bort och ersätts av bestämmelser om tandhälsoplan.

Vårdgivare ska lämna patientens tandhälsoplan och skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling till Försäkringskassan för publicering på e-tjänsten Mina Sidor tillsammans med övrig information från socialförsäkringsdatabasen om utförd tandvård, aktuell ersättningsnivå samt patientens ersättningsperiod. Kravet på när vårdgivare ska upprätta och lämna skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling tydliggörs. En skriftlig behandlingsplan ska lämnas när behandlingens kostnad, beräknad med utgångspunkt i referenspriser, för att utföra en behandling uppgår till ett belopp som minst motsvarar den övre beloppsgränsen i skyddet mot höga kostnader, vilket idag är 15 000 kronor.

Försäkringskassan får i uppgift att kontrollera att patienten erbjudits tandhälsoplan samt skriftlig behandlingsplan vid mer omfattande behandling.

Ett statligt selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård införs för personer med en långvarigt nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funktion som ger väsentligt försämrade förutsättningar att påverka munhälsan eller att genomgå tandvårdsbehandling. Den nedsatta funktionen kan hänföras till en allmänsjukdom, alternativt ett medfött eller förvärvat tillstånd. Vid ikraftträdandet ska nödvändig tandvård och tandvård för personer med en långvarig sjukdom eller funktionsnedsättning i regional regi upphöra.

Den ersättning som vårdgivaren får för utförd tandvård inom selektivt stöd ska vara fast per åtgärd och fastställs av Nämnden för statligt tandvårdsstöd. Det ska inte vara möjligt att ta ut ytterligare ersättning från patienten utöver en patientavgift per besök för behandling som ingår i selektivt stöd. Detta är ingen förändring jämfört vad som gäller idag inom särskilt tandvårdsstöd i regionernas regi.

Personer som kan ha rätt till långvarigt stöd för basal tandvård ska kunna identifieras av såväl tandvården som hälso- och sjukvården eller kommunala verksamheter. Berörda verksamheter ska ges tydliga roller inom sitt kompetensområde i processen inför prövning av en persons tillhörighet till stödet. Intygen föreslås hanteras digitalt mot Försäkringskassan.

Vårdgivaren inom tandvården ska, under vissa förutsättningar, erbjuda patienten att en prövning av selektivt stöd initieras. Försäkringskassan ges uppgiften att ta fram intygsblanketter samt samordna processen som mottagare av intygen och att därefter fatta ett beslut om patientens tillhörighet med intygen som grund. Socialstyrelsen ges uppgiften att ta fram kunskapsunderlag avseende i stödet ingående diagnosgrupper och hur nedsatt funktion bedöms. Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket (TLV) kan därefter, med kunskapsunderlaget som grund, närmare föreskriva om de patienter som ska omfattas.

Regelverket ska närmare anvisa vårdgivaren vilken behandling som kan utföras efter bedömning av patientens tillstånd och behov. Undantagsvis kan förhandsprövning för viss behandling behövas. It-systemet förutsätts validera så att selektivt stöd tillämpas för patienter som fått tillhörighet till stödet. TLV ges i uppdrag att föreskriva om tillämpliga tillstånd, kriterier för stödets varaktighet, övriga villkor, åtgärder för behandling samt beräkna fast ersättning per åtgärd.

Uppsökande verksamhet som omfattar att munhälsobedömning utförs på patienter som har tillhörighet till nödvändig tandvård upphör. Inom det selektiva stödet för basal tandvård bör Försäkringskassan särskilt kommunicera med personer där hälso- och sjukvården identifierat behovet av särskilt stöd, men där den kompletterande odontologiska bedömningen inte utförts. Regionens ansvar för munvårdsutbildning till omsorgspersonal inom kommunal verksamhet upphör.

Ett selektivt stöd för viss behandling under viss tid införs för personer med specifika odontologiska tillstånd som är medfödda eller förvärvade. Vid ikraftträdandet ska regionalt särskilt tandvårdsstöd för oralkirurgiska åtgärder, tandvård som ett led sjukdomsbehandling och utbyte av tandfyllningar i regional regi upphöra efter en övergångsperiod.

Patienter som är 85 år och äldre ska omfattas av samma patientavgift som övriga patienter inom selektivt stöd.

Stödets målgrupp anges i författningen. Den närmare regleringen av vilka specifika tillstånd och behandlingar som ska omfattas ska utföras på föreskriftsnivå. Personer som kan omfattas av det selektiva tandvårdsstödet för viss behandling under viss tid ska kunna identifieras av såväl tandvård som hälso- och sjukvård. Vårdgivaren inom tandvården ska, under vissa förutsättningar, erbjuda patienten att en prövning till selektivt stöd initieras. Försäkringskassan ges uppgiften att besluta om patientens tillhörighet. Det ska vara möjligt att under vissa förutsättningar få en förnyad behandling vid nya behov inom samma tillstånd. För viss patientgrupp kan en undersökning hos specialist ingå i stödet innan Försäkringskassan utför en prövning om tillhörighet.

Regelverket ska närmare anvisa vilken behandling som kan utföras och vilka eventuella villkor som kan gälla för behandlingen. Detta i likhet med hur det generella statliga tandvårdsstödet är uppbyggt. För vissa behandlingar kan förhandsprövning krävas av detaljerat behandlingsförslag. TLV ges uppdraget att föreskriva om specifika tillstånd och behandlingar, när förhandsprövning ska utföras samt beräkna fast ersättning per åtgärd.

De behandlingar som kan ingå för att behandla ett visst tillstånd inom selektivt stöd för viss behandling under viss tid kommer att skilja sig åt beroende på vilket tillstånd som ska behandlas och dess svårighetsgrad. Vissa behandlingar kan vara så specifika att de inte i

förväg kan beskrivas i föreskrifter utan får i stället ersättas genom en tidsersättning. För samtliga fem huvudgrupper gäller att såväl utredning som behandling av tillståndet ska omfattas. Det bör finnas omgörningsregler om en behandling behöver utföras på nytt inom en viss tid.

Ett nytt regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården införs. De patienter som behöver tandvård som en del av en sjukvårdsbehandling ska omfattas av ett tandvårdsstöd inom regionernas regi. Detta gäller även patienter i behov av käkkirurgisk behandling som av patientsäkerhetsskäl kräver ett sjukhus medicinska eller tekniska resurser. Även de patienter vars medicinska sjukdom eller funktionsnedsättning medför att en sjukvårdsinsats krävs för att tandvårdsbehandling ska kunna utföras, ska få sjukvårdsinsatsen inom regionens stöd. För dessa patienter ges stöd för själva tandvårdsbehandlingen vanligen inom statligt tandvårdsstöd, antingen selektivt eller generellt stöd, beroende på patientens tillhörighet. Den behandling som utförs inom regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården omfattas av bestämmelserna om avgifter som avser öppen hälso- och sjukvård. Vid ikraftträdandet ska regelverket i tandvårdsförordningen för oralkirurgiska åtgärder, tandvård som ett led i sjukdomsbehandling, tandvård för extremt tandvårdsrädda personer och utbyte av tandfyllningar i regional regi upphöra. Regeringen föreslås föreskriva om de personer som omfattas av det regionala tandvårdsstödet.

Förslaget omfattar även regler om regionernas ansvar och beslutsbefogenheter. Regionfullmäktige ska besluta om grunder för den ersättning som ges för utförd tandvårdsbehandling inom stödet om inte annat överenskommes med vårdgivaren. Behandlingen ska omfattas av bestämmelser om avgifter som avser hälso- och sjukvårdens öppenvård. Regionerna förutsätts konkurransutsätta de delar av det regionala tandvårdsstödet som är möjliga att lämna till en annan aktör.

Skälen för Regelrådets ställningstagande

Bakgrund och syfte med förslaget

I betänkandet uppges att syftet med förslaget är att på ett konkret sätt styra utvecklingen mot ökad jämlikhet, resurseffektivitet och förutsägbarhet samt stimulera förebyggande och regelbundna tandvårdsbesök.

Regelrådet finner att förslagsställarens redovisning av förslagets bakgrund och syfte är godtagbar.

Alternativa lösningar och effekter av om ingen reglering kommer till stånd

I betänkandet anges att det är av vikt att det finns en dialog mellan regionen och privata utförare inför större förändringar i villkor och förutsättningar för att bedriva tandvård i regionen. En sådan samverkan kan, enligt utredaren, bidra till ett mer resurseffektivt tandvårdssystem där regionens sammantagna resurser tas tillvara och regionen kan anpassa sin egen verksamhet efter det totala behovet av tandvård. Samverkan ska endast avse frågor som rör regionens planering och utveckling av tandvården i regionen. Utredaren bedömer att båda parter har intresse av att samverka då privata vårdgivare kan få viktig information om och inflytande över kommande förändringar eller förslag till förändringar inom de regionfinansierade stöden. Regionen får inte i något avseende beslutanderätt över den tandvård

som de privata vårdgivarna bedriver. Regionen ska inte ha möjlighet att ställa kravet att en vårdgivare ska ta sig an viss tandvård. När det gäller överväganden om hur samverkan ska gå till uppges att ett mindre omfattande skriftligt remissförfarande eller en skriftlig förfrågan i visst avseende bör kunna hanteras av såväl små som stora vårdgivare. I vissa fall kan samverkan komma att behöva utvecklas genom direkt dialog i ett mötesforum, alternativt genom deltagande i en tillfällig eller permanent arbetsgrupp. Mindre vårdgivare som inte har möjlighet att avsätta tid och resurser för sådan samverkan ska kunna ha möjlighet till representantskap genom exempelvis Privattandläkarnas lokalavdelning.

Ytterligare exempel på redovisning av alternativa lösningar är förslaget om att det är regionen och inte folktandvården som ska ansvara för fullständig tandvård till barn och unga vuxna och specialisttandvård för vuxna. Det uppges att utredaren övervägt att överföra även dessa behandlingar till det statliga tandvårdsstödet. Bedömningen är dock att det skulle riskera att få till följd att alltmer tandvård skulle utföras via remiss från hälso- och sjukvården. Flera andra nackdelar redovisas. Ytterligare ett alternativ som övervägts är att låta denna tandvård omfattas helt av hälso- och sjukvården. En risk som utredaren lyfter är att ett sådant system skulle riskera att medföra att regioner kan tvingas att nedprioritera sådan tandvård vid knappa resurser. Vidare uppges att såväl tandvård till barn och unga vuxna som specialisttandvård bedrivs idag även av andra vårdgivare än folktandvården. Att i lagstiftningen peka ut regionens utförande och inte beställande funktion överensstämmer, enligt utredaren, inte med hur svensk tandvård ser ut och kan begränsa möjligheterna att skapa en väl fungerande, dynamisk och resurseffektiv tandvårdsmarknad.

Förslaget om införande av en individuell tandhälsoplan och riskprofil för alla vuxna personer 20 år och äldre medför bland annat att patientgruppen 20-23 år kommer att omfattas av det generella statliga tandvårdsstödet med tandhälsoplan och högkostnadsskydd. Tandhälsoplanen ska i högre grad än idag fördela befintliga resurser inom tandvårdssystemet efter patienters olika behov och samtidigt medge datainsamling för uppföljning, kunskapsutveckling och forskning. Utredaren föreslår att patientens kostnad för besök inom tandhälsoplanen ska vara 200 kronor, vilket bedöms vara en låg ekonomisk tröskel. Utredaren redovisar vilka överväganden som gjort när det gäller vem som ska kunna utföra tandhälsoplanens åtgärder. Det föreslås att åtgärder kan utföras av både tandläkare och tandhygienister. Behandlingsmomenten kan utföras på motsvarande sätt som tandvårdsteamerna normalt utför dessa behandlingar. Det är dock enligt utredaren svårt att förutsäga om den riskbedömningsmodell som Socialstyrelsen föreslås ges i uppdrag att utveckla kommer att kräva en tandläkares kompetens eller om bedömningen även kan utföras av en tandhygienist. Det kan därför behöva göras justeringar i författningsförslagen när Socialstyrelsen närmare fastställt vad som ska bedömas. Utredaren ser även att det i vissa regioner finns en brist på tandläkare och där tandhygienister tar ett stort ansvar för undersökningar. Det finns även rena tandhygienistmottagningar. Krav som förutsätter omfördelning av tandvårdsresurserna kan därmed få en påverkan på marknaden. Det finns samtidigt få skäl att friska personer regelmässigt ska ta tandläkartid i anspråk.

Redovisning finns därutöver av överväganden som gjort avseende vilka orala sjukdomar/ problem som ska omfattas av tandhälsoplanens riskbedömning och vilka behandlingar som ska ingå i tandhälsoplanen. Utredaren anser att en närmare avgränsning bör fastställas på myndighetsnivå. Det framgår av redovisningen att utredaren övervägt om de åtgärder som erbjuds inom ramen för tandhälsoplanen för patientens del ska omfattas av den fria

prissättningen eller ges till ett av staten reglerat pris. Utredaren redovisar två modeller för hur vårdgivaren kan ersättas. Den ena är en kapiteringsmodell där vårdgivaren ges en fast ersättning när tandhälsoplanen påbörjas för att erbjuda patienten de åtgärder som ingår i patientens tandhälsoplan under en bestämd tidsperiod. Det blir då en modell liknande den så kallade barnpengen för tandvård till barn och unga vuxna. När det gäller tandvård till barn och unga vuxna ger kapiteringen ett incitament för vårdgivaren att hålla patienten frisk, eftersom även exempelvis reparativa behandlingar ingår i åtagandet som följer med ersättningen. Med kapitering minskar också risken för övervård, eftersom flera behandlingar inte genererar större intäkter. Utredaren uppger att den föreslagna tandhälsoplanen emellertid skiljer sig från tandvård till barn och unga vuxna i flera väsentliga avseenden. De åtgärder som enligt utredaren bör ingå i planen begränsas till undersökningsåtgärder och vissa förebyggande åtgärder. Åtgärder inom en tandhälsoplan är även begränsade inom fastställda intervall beroende på patientens risk. För övriga åtgärder tillämpas det befintliga statliga tandvårdsstödet. Det innebär andra incitament än för tandvård till barn och unga vuxna. Dessutom bör, enligt utredaren, tandhälsoplanen vara individuell och vårdgivarneutral, i betydelsen att den följer med patienten och kan utföras av olika vårdgivare. Den bygger således inte på ett listningssystem, vilket, enligt utredaren, ytterligare talar mot en kapiteringsersättning. Ett annat alternativ är att utgå från det nuvarande systemet med åtgärdsbaserad ersättning. Det uppges vara en ersättningsmodell som tandvården är väl förtrogen med och som underlättar direkt kostnadskontroll. Vårdgivaren ersätts då endast för den eller de åtgärder som slutförs vid besökstillfället. En viktig skillnad mellan en åtgärd i det nuvarande statliga tandvårdsstödet och en åtgärd i tandhälsoplanen är dock, enligt utredaren, att patientpriset är reglerat. Det ska således enligt förslaget inte vara möjligt för vårdgivaren att sätta ett högre pris än den fastställda patientavgiften. I den meningen skulle en åtgärdsbaserad ersättning för åtgärder inom en tandhälsoplan mer likna ersättningen från regioner till tandvård inom de särskilda tandvårdsstöden. Incitamenten för vårdgivaren att vilja upprätta och fullfölja planen är dels att det ger en förutsägbar och säker intäkt över tid, dels att det kan möjliggöra intäkter för övriga åtgärder utanför planen. Den sammanvägda bedömningen och slutsatsen är att fördelarna med ett fast pris på åtgärder som omfattas av tandhälsoplan överväger, då det, enligt utredaren, skapas tydlighet och förutsägbarhet för patienterna, innebär en låg tröskel för regelbunden och förebyggande tandvård och stimulerar sannolikt vårdgivarna att i högre grad än idag konkurrera med pris och kvalitet på mer omfattande åtgärder som innebär högre kostnader för patienterna. Den låga prisspridningen på den typ av åtgärder som tandhälsoplanen omfattar samt det faktum att tandhälsoplansåtgärder endast kommer att omfatta mindre än en femtedel av den idag fria tandvårdsmarknaden, gör, enligt utredaren, att eventuella negativa konsekvenser på tandvårdsmarknaden som helhet kan accepteras för att uppnå ovan nämnda fördelar.

Det uppges vidare att ett av de tilläggsdirektiv utredningen fått avser framtagande av förslag till alternativa modeller för ett justerat statligt högkostnadsskydd. Fyra olika modeller inklusive kostnadsberäkningar redovisas samt en analys av för- och nackdelar med alternativen. Utredarens bedömning är att en förutsättning för att genom ett nytt eller justerat statligt högkostnadsskydd kunna stärka skyddet mot höga tandvårdskostnader, vilket enligt tilläggsdirektivet är syftet med förslaget, är att anslagsnivån för anslaget 1:4 Tandvårdsförmåner i statsbudgeten ökar. Utredaren har valt att inte ta ställning till vilket alternativ som är det mest ändamålsenliga för att uppnå syftet i direktivet. Inga författningsförslag lämnas således inte i denna del.

Regelrådet kan konstatera att förslagsställaren redovisar de överväganden som gjorts av alternativa lösningar och att redovisningen av effekter av om ingen reglering kommer tillstånd framgår indirekt av både bakgrunds- och uppdragsbeskrivningen.

Regelrådet kan vidare konstatera att det i betänkandet finns ett särskilt yttrande där en alternativ modell till prisreglering föreslås och som inte har beaktats i redovisningen. Förslaget avser införandet av ett individuellt tandvårdsbidrag som baserar sig på den framtagna tandhälsoplanen och som skulle administreras via Försäkringskassan. Regelrådet anser att det hade varit önskvärt om utredaren åtminstone hade kommenterat förslaget i betänkandet, då konsekvenserna av den föreslagna prisregleringen på tandvårdsföretagens möjlighet till intäkter sannolikt är betydande.

Regelrådet finner likväl att förslagsställarens redovisning av alternativa lösningar och effekter av om ingen reglering kommer till stånd är godtagbar.

Förslagets överensstämmelse med EU-rätten

I konsekvensutredningen uppges att Europaparlamentets och rådets direktiv 2011/24/EU om tillämpningen av patienträttigheter vid gränsöverskridande hälso- och sjukvård, även omfattar tandvård och att hälso- och sjukvård även ingår i den bredare ramen av tjänster av allmänt intresse (direktivets skäl). Det uppges att enligt direktivet ska en medlemsstat se till att de kostnader som uppstått för en försäkrad person som mottagit gränsöverskridande hälso- och sjukvård ersätts, om vården i fråga hör till de förmåner som den försäkrade personen skulle haft rätt till i försäkringsmedlemsstaten. Medlemsstaternas ansvar för att fastställa socialförsäkringsförmåner som avser hälso- och sjukvård samt organisera och tillhandahålla hälso- och sjukvård och socialförsäkringsförmåner respekteras. Det uppges att Patientrörlighetsdirektivet implementeras i Sverige genom lagen (2013:513) om ersättning för kostnader till följd av vård i ett annat land inom Europeiska ekonomiska samarbetsområdet (ersättningslagen). Tandvård som berättigar till stöd enligt lagen (2008:145) om statligt tandvårdsstöd ska, om den utförs i ett annat land inom ESS, ersättas till ett belopp som motsvarar vad Försäkringskassan skulle ha betalat ut om tandvården tillhandahållits i Sverige. Vad gäller sådan tandvård som idag utförs inom regionernas särskilda tandvårdsstöd i enlighet med tandvårdsförordningen (1998:1338) ska, enligt utredaren, ersättningen bestämmas till ett belopp som motsvarar den vårdkostnad som skulle ha uppkommit om vården hade tillhandahållits i Sverige, efter avdrag för patientavgift. Kostnaderna för vården kan bestämmas med utgångspunkt i folktandvårdens prislista. I förarbetena till ersättningslagen lyfts att de svenska vårdförmånerna har vissa begränsningar. En sådan är hemregionens rätt att ställa krav på förhandsprövning innan behandlingen påbörjas inom regionernas särskilda tandvårdsstöd i enlighet med 10 § tandvårdsförordningen. I förhandsprövningen avgörs patientens behov och i så fall lämplig åtgärd. Förhandsprövningen är en förutsättning för att tandvården ska bekostas av regionen. Av artikel 7.7 i direktivet följer att en medlemsstat får kräva att regler som gäller nationellt för att få vård och ersättning även ska gälla vid gränsöverskridande vård. Detta framgår även av 5 § ersättningslagen genom punkt 3. Utredaren lämnar i detta betänkande förslag om att införa ett särskilt myndighetsbeslut om

– vilken tandhälsoplan som en person behöver baserat på patientens risk att utveckla oralt sjukdomstillstånd, eller för progression av befintligt oralt sjukdomstillstånd,

– tillhörighet till ett selektivt tandvårdsstöd för personer med särskilda behov.

Utredaren bedömer att förslagen inte begränsar möjligheten till att få ersättning för gränsöverskridande tandvård. Detta då besluten är en förutsättning för att fastställa vilket tandvårdsstöd som en person är berättigad till på nationell nivå. Beslutet är transparent då bedömningen grundas i nationell lagstiftnings objektiva och icke diskriminerande kriterier och beslutet är möjligt att överpröva förvaltningsrättsligt. En tillämpning av behovs- och solidaritetsprincipen på det sätt utredaren föreslår tar hänsyn till allmänintresset av en god folkhälsa där samhällsliga resurser läggs där de förutsätts göra mest nytta. Den som har ett större behov ges möjlighet till mer subventionerat tandvårdsstöd än den med ett mindre behov. Härigenom begränsas även samhällets totala kostnader för tandvård. För att Försäkringskassan ska kunna fatta beslut om tandhälsoplan krävs att en vårdgivare som är ansluten till det statliga tandvårdsstödet gör en bedömning av vissa riskkriterier som därefter skickas via It-systemet till Försäkringskassan som underlag till ett automatiserat beslut. När det gäller beslut om tillhörighet till förslaget statligt selektivt tandvårdsstöd bidrar hälso- och sjukvården, alternativt kommunal omsorgsverksamhet, med intyg avseende funktionsnedsättning alternativt stora omvårdnadsbehov hos personen. Även tandvården bidrar med bedömning av förutsättningar att bibehålla tandhälsa och utföra tandvård. Med dessa intyg som grund fattar Försäkringskassan ett beslut om tillhörighet. När beslutet är fattat av Försäkringskassan avseende tandhälsoplan eller selektivt tandvårdsstöd kan personen likväl få den behandling som behövs utomlands enligt samma regelverk som en person som utför sin tandvård i Sverige. Om en person väljer att inte ansöka om ett beslut om tandhälsoplan, eller för den del selektivt tandvårdsstöd, tillämpas det generella statliga tandvårdsstödet för personen. Detta gäller vare sig behandling sker i landet eller i annan medlemsstat. En försäkrad person som ansöker om ersättning för kostnader för gränsöverskridande tandvård behöver således uppfylla samma villkor och kriterier för att få ersättning samt samma administrativa formaliteter som krävs om tandvården i stället ges på en nationell mottagning. Därför gör utredaren bedömningen att förslagen uppfyller ställda krav och principer i enlighet med såväl ersättningslagen som patientrörlighetsdirektivet.

Regelrådet kan konstatera att förslagsställarens redovisning är noggrann och tydlig och finner ingen anledning att ifrågasätta förslagsställarens bedömning varför redovisningen av förslagets överensstämmelse med EU-rätten är godtagbar.

Särskild hänsyn till tidpunkt för ikraftträdande och behov av speciella informationsinsatser

I betänkandet anges att lagändringarna om den etiska plattformen för tandvården med behovs-, solidaritetsprincipen, människovärdesprincipen samt kostnadseffektivitetsprincipen, att tandvården ska stå i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, tydliggörande av vårdgivarens informationsansvar mot patienten, regler om folktandvårdens organisering, regionens ansvar samt om vårdgivares samverkan med regionen ska träda i kraft den 1 januari 2023. Lagändringarna om införande av tandhälsoplaner, sänkt åldersgräns för barn- och ungdomstandvård, införande av ett statligt selektivt tandvårdsstöd kompletterat av ett regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården ska träda i kraft den 15 januari 2026. Utredaren uppger att de förslag i tandvårdslagen (1985:125) som ska medföra att tandvårdssystemet uppfattas som mer förutsägbarhet samt göra tandvårdssystemet mer resurseffektivt och jämlikt bör införas så snart som det bedöms vara

praktiskt genomförbart. Vidare bedöms förslaget om tandhälsoplaner inom statligt tandvårdsstöd för vuxna behöva en längre period av förberedelse. Utredaren bedömer att tidplanen fram till 2026 är knapp, men likväl möjlig att realisera. Det uppges att utredaren har valt att förlägga återförandet av den tidigare gällande åldersgränsen för barn- och ungdomstandvård till dess att tandhälsoplanerna införs inom det statliga tandvårdsstödet. Tandhälsoplanen medför att tandvårdsbehovet hos de unga patienterna mellan 20 och 23 år tillgodoses genom fortsatt förebyggande tandvård inom ett för individen anpassat intervall till en låg kostnad. För övrig tandvård kompletteras tandhälsoplanen med högkostnadsskyddet inom det statliga tandvårdsstödet såsom för övriga vuxna. Förslaget om selektivt tandvårdsstöd inom det statliga tandvårdsstödet och ett nytt kompletterande regionalt tandvårdsstöd i samverkan med hälso- och sjukvården för vuxna med särskilda behov behöver, enligt utredaren, en längre period av förberedelse. Utredaren bedömer att det kommer att ta fem år för att ta fram kunskapsunderlag, It-stöd och föreskrifter. Valet av datum för ikraftträdande, den 15 januari, uppges vara valt då överenskommelse tidigare utförts mellan regionerna, Sveriges folktandvårdsförening, Privattandläkarna, Försäkringskassan, tandvårdens journalleverantörer och TLV om att detta datum föredras framför den 1 januari vid omfattande regelförändringar som kräver programmering i såväl journalsystemen som hos Försäkringskassan.

Regelrådet saknar redovisning av huruvida det föreligger behov av speciella informationsinsatser till berörda företag.

Regelrådet finner därför att förslagsställarens redovisning av särskild hänsyn till tidpunkt för ikraftträdande är godtagbar men att redovisningen av behov av speciella informationsinsatser är bristfällig.

Berörda företag utifrån antal, storlek och bransch

I betänkandet uppges att svensk tandvård bedrivs av offentliga eller privata utförare på en konkurrensutsatt marknad och att tandvårdsmarknaden traditionellt har dominerats av tre typer av tandvårdsleverantörer: folktandvården, Praktikertjänst och fristående tandläkarpraktiker. Det uppges vidare att Folktandvården är regionernas utförare av tandvård och finns i samtliga regioner och att den vanligen bedrivs i förvaltningsform. År 2019 bedrev, enligt utredaren, fem regioner folktandvård i bolagsform. Folktandvårdens andel av tandvårdsmarknaden uppges vara cirka 30 procent mätt i vårdgivarpriser. Resterande 70 procent av tandvårdsmarknaden täcks av privata aktörer. Statistik från Försäkringskassan visar att 49 procent av landets yrkesverksamma tandläkare och tandhygienister var anställda av folktandvården och 51 procent av en privat vårdgivare år 2019.

Det uppges att omkring en halv procent av all tandvård i det statliga tandvårdsstödet utförs av högskolor och andra tandvårdsaktörer, bland annat kriminaltandvården.

Det uppges att de privata tandvårdsföretagen består av ett stort antal mindre bolag och ett fåtal medelstora företag. Av de privata mottagningarna hade 53 procent år 2019 endast en behandlare. 90 procent av de privata mottagningarna hade 3 eller färre behandlare, vilket kan jämföras med 15 procent av folktandvårdens mottagningar. Folktandvårdsmottagningarna hade i regel mellan 5 och 15 behandlande tandläkare och tandhygienister, och de enskilt största mottagningarna hade omkring 30 behandlare. En tredjedel av folktandsvårds-

mottagningarna hade fler än 10 behandlare. Endast 1 procent av de privatdrivna mottagningarna var av samma storlek. Den största privata aktören i branschen är, enligt utredaren, Praktikertjänst som är ett producentkooperativ delägt av tandläkarna som samtidigt är verksamhetsansvariga för sina kliniker. Det uppges att Praktikertjänst har en andel på cirka 30 procent av den privata tandvårdsmarknaden. Vidare att under senare år har flera nya aktörer etablerats i de större städerna vilka, framför allt genom förvärv av privatkliniker och mindre bolag, har tagit marknadsandelar från de traditionella aktörerna. Som helhet har detta, enligt utredaren, lett till en ökad konkurrens på tandvårdsmarknaden om personal och patienter. Bland de mindre företagen syns ett ökat samarbete, exempelvis samlokalisering för att dela på lokal, utrustning eller administration, men även möjligheten av ett mer varierat utbud och ett gemensamt ansikte utåt mot patienterna.

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

Det uppges att tandvården generellt upplever en brist på personal. Samtidigt finns det, enligt utredaren, fler behandlare i tandvården per invånare idag än för exempelvis tio år sedan. Tandvården utmärker sig också som en bransch där en stor andel arbetar inom yrket. Drygt 80 procent av landets sysselsatta personer med en tandvårdsutbildning är kliniskt verksamma. Även om antalet tandläkare är flest i de tre storstadsregionerna Stockholm, Västra Götaland och Skåne, finns inte något tydligt mönster av lägre antal behandlare per invånare i glesbygdsregionerna. Det uppges att tandläkarkåren blir allt äldre – och samtidigt allt yngre. Unga mindre erfarna tandläkare producerar i snitt 10–25 procent mindre tandvård än äldre mer erfarna, vilket betyder att för varje tandläkare som går i pension behövs mer än en nyexaminerad tandläkare för att bibehålla tandvårdens kapacitet. En behandlare tar i snitt emot färre besök idag än för 10 år sedan. Utredaren uppger att en konsekvens av detta är att, trots att det ojusterade utbudet av arbetskraft har ökat de senaste åren, motsvaras inte detta av en ötkad, eller ens bibehållen, kapacitet i tandvården. Tandvården uppges vara en kvinnodominerad bransch. Hälften av landets legitimerade behandlare arbetar privat och hälften offentligt. Folktandvårdens patienter är yngre än de privata vårdgivarnas patienter. Privata vårdgivare utför fler omfattande behandlingar, vilket delvis förklaras av att de har fler äldre patienter än folktandvården.

Regelrådet kan konstatera att redovisningen är detaljerad och ger en tydlig bild av branschen och dess förutsättningar.

Regelrådet finner därmed att förslagsställarens redovisning av berörda företag utifrån antal, storlek och bransch är godtagbar.

Påverkan på berörda företags kostnader, tidsåtgång och verksamhet

I konsekvensutredningen anges att de kostnadsberäkningar som utredaren har gjort bygger på olika statistikkällor. Simuleringar av regelförändringar samt befolkningens konsumtion av tandvård i det statliga tandvårdsstödet har gjorts baserat på SCB:s simuleringmodell FASIT som används för att beräkna effekterna av förändringar i skatte-, avgifts- och transfereringssystemen för individer och hushåll. Historiska data om utgifter i tandvården har hämtats från Försäkringskassans officiella statistik. Data om besök i tandvården har hämtats från Socialstyrelsens tandhälsoregister. Uppgifter om antal patienter och kostnader inom regionernas särskilda tandvårdsstöd till vuxna har hämtats från både SKR:s uppföljningsrapporter och tandhälsoregistret. SKaPa¹ är källan för de beräkningar och antaganden som utredaren gör om befolkningens risk för tandsjukdom och fördelning av riskgrupperna grön, gul och röd.

Administrativa kostnader

I betänkandet uppges att det finns flera skäl till att föreslå sänkt åldersgräns för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna. Tandhälsan för gruppen 20 till 23 år bedöms ha förbättrats under de senaste 20 åren och betraktas idag som god. Samtidigt uppges utredaren att denna grupp konsumerar tandvård mer än vad som är odontologiskt motiverat och att detta tar betydande resurser i anspråk inom folktandvården. Tandvårdsmarknaden uppges som helhet ha blivit mer uppdelad de senaste åren och folktandvården har idag 86 procent av patienterna inom tandvården för barn och unga vuxna, vilket lett till undanträngningseffekter och prioriteringsproblematik. Utredaren bedömer att en sänkt åldersgräns för avgiftsfri tandvård kan förbättra folktandvårdens förutsättningar att, i en tid av knappa personella resurser, klara sitt lagreglerade uppdrag och åtagande. Förslaget uppges därutöver medföra mindre administrativa kostnader för att upprätthålla en kontinuerlig kontakt med en rörlig patientgrupp, där cirka 10 procent studerar i annat län än där man är folkbokförd. Utredaren bedömer att systemet med listning inte är anpassat för en geografiskt rörlig patientgrupp och att förutsättningarna för att bibehålla god munhälsa inte ska försvåras av komplicerade regler för hur ersättning ska betalas över regiongränser. Utredaren uppges att risken att de unga vuxna av ekonomiska skäl kommer att avstå tandvård när de själva får betala för den föreligger, men att den samtidigt kan motverkas av förslaget med tandhälsoplan.

I konsekvensutredningen uppges att förslaget om riskbedömning i samband med tandhälsoplanen, initialt kan innebära viss ökad administrativ börda. Till övervägande del uppskattas riskbedömningen kräva uppgifter som vårdgivaren redan har en skyldighet att journalföra enligt patientdatalagen. Därtill kommer skriftlig information om patientens tandhälsa och egenvård i patientens tandhälsoplan, uppgifter som redan idag ska noteras i patientens undersökningsprotokoll. Utredarens bedömning är att förslagen kommer att innebära vissa ökade initiala kostnader för administration och implementering, men att det nya systemet på sikt kommer att vara kostnadseffektivt och underlätta i den kliniska verksamheten. Vidare uppges att vårdgivarnas förutsättningar att införa nya rutiner för undersökning och dokumentation av patienterna varierar stort. Det uppges därför vara viktigt att riskbedömningssystemet är utformat så att det inte medför någon betungande

¹ Svenskt kvalitetsregister för karies och parodontit.

administration utöver de krav som redan gäller idag enligt bland annat patientdatalagen, att det införs successivt över tid samt att det finns ett väl utvecklat utbildnings- och implementeringsstöd. Systemet ska vara fullt digitaliserat och automatiserat så att uppgifter kan lagras i realtid och parallellt med att den kliniska undersökningen genomförs. Det uppges att värden för olika kriterier i riskbedömningen ska dokumenteras och automatiskt rapporteras av vårdgivare till Försäkringskassans it-system. Data ska därutöver kopplas till Socialstyrelsens tandhälsoregister. En farhåga som diskuterats är att behandlare avsiktligt skulle överdiagnostisera sina patienter därför att högre risk innebär fler subventionerade besök och därigenom ökade intäkter. Utredaren anser att möjligheten att systematiskt missbruka eller manipulera ett riskbedömningssystem minskar i takt med den ökade tillämpningen av digital teknik. Därtill finns goda möjligheter för Försäkringskassan att identifiera avvikande mönster hos enskilda behandlare. Detta görs, enligt utredaren, idag när det gäller avvikelser på åtgärdsnivå och skulle vara möjligt att göra när det gäller ett framtida riskbedömningssystem.

När det gäller det selektiva tandvårdsstödet kommer det, enligt utredaren, att finnas ett enhetligt gränssnitt mellan det generella och det selektiva tandvårdsstödet. Detta antas få konsekvenser för vårdgivare på flera sätt. För vårdgivare som har patienter boende ifrån flera regioner kommer förslaget att innebära en förenklad hantering detta då ett nationellt regelverk gäller för samtliga patienter till skillnad från de regionala tillämpningar och variationer i anvisningar som finns inom dagens särskilda tandvårdsstöd. Det uppges att i dagsläget rapporterar vårdgivarna in uppgifter till respektive region, och att totalt sju olika it-system används för att administrera patienter inom de särskilda stöden. Med ett statligt selektivt stöd kommer inrapporteringen av uppgifter om utförd tandvård i stället ske automatiserat och digitalt till Försäkringskassan i samma it-system och enligt samma tillvägagångssätt som för det generella statliga tandvårdsstödet. Eftersom vårdgivarna är anslutna till myndighetens it-system, kan validering ske av de inrapporterade uppgifterna och vårdgivarna får även vägledning genom klart definierade tillstånd som i sin tur anger ersättningsberättigade behandlingar att välja bland. Det innebär, enligt utredaren, även färre förhandsprövningar av detaljerade behandlingsförslag. Vårdgivarna kommer att behöva elektroniskt fylla i och till Försäkringskassan skicka iväg en bedömning av patientens tandvårdsbehov. Själva bedömningen görs, enligt utredaren, redan idag som en del i undersökningen av patienten. Sammantaget gör utredaren bedömningen att dessa faktorer kommer att medföra en minskad administrativ börda.

Vidare uppges att tandvården även kommer att kunna identifiera och påbörja en prövning om tillhörighet för patienter som har behov av ett selektivt tandvårdsstöd för basal tandvård under lång tid. Detta bedöms vara efterfrågat av tandvården, då behandlaren inom tandvården vanligen är den som ser att patienten fått stora svårigheter att utföra sin munhygien eller svårigheter att genomföra tandvårdsbesöket. Specialisttandläkare som får patienter på remiss med behov av selektivt stöd för viss behandling under viss tid, kommer att kunna skicka in underlag för prövning om tillhörighet även när remissen kommit från tandvården. Detta kommer att underlätta hanteringen för tandvården, då man slipper att såsom idag förklara varför inte tillståndet är avgörande utan att remissen måste komma från sjukvården. Samtidigt föreslås att tandvården under vissa förutsättningar kommer att ha en skyldighet att erbjuda att en prövning av tillhörighet till selektivt stöd initieras.

Regelrådet kan konstatera att förslagsställaren gör bedömningen att införandet av tandvårdsplan och kraven på riskbedömningar kommer att innebära vissa ökade initiala kostnader för administration och implementering. Vidare uppges att vårdgivarnas förutsättningar att införa nya rutiner för undersökning och dokumentation av patienterna varierar stort. Regelrådet anser att förslagsställaren, mot bakgrund av den bedömningen, borde ha redovisat vilka uppgifter, utöver de som redan rapporteras idag, som med förslaget om tandvårdsplan och riskbedömning ska rapporteras. Regelrådet anser därutöver att förslagsställaren borde ha redovisat beräkningar av de administrativa kostnaderna som uppstår till följd av införandet av de nya kraven kopplat till tandvårdsplanen och riskbedömningar och därtill gjort en bedömning av de små företagens möjligheter att efterleva kraven jämfört med de större så som exempelvis Folk tandvårdens tandvård.

Regelrådet finner därför att förslagsställarens redovisning av förslagets administrativa kostnader är bristfällig.

Andra kostnader och verksamhet

I betänkandet uppges att förslaget om individuell tandhälsoplan får effekter för hur vårdgivarna får ersättning för den tandvård som utförs. Med dagens regelverk ersätts samtliga vårdgivare som är anslutna till det statliga tandvårdsstödet dels genom statens subvention till patienten (ATB, STB, högkostnadsskydd), dels genom att patienten betalar en andel av kostnaden. Totalt sett täcker dagens statliga subvention 36 procent av tandvårdskostnaderna i det generella statliga stödet och patienterna bekostar själva resterande 64 procent. Utredaren uppger att beräkningar visar att de föreslagna förändringarna i det generella statliga tandvårdsstödet inte på helheten ändrar förhållandet mellan patientens kostnad och statlig subvention, detta eftersom den ökade subventionen inom tandhälsoplanen jämfört med ATB och STB motverkas av lägre utbetalningar inom högkostnadsskyddet. Reformen om tandhälsoplan bygger på fast ersättning till vårdgivaren för sådana undersökningar och förebyggande behandlingar som ingår i planen samt en fast patientavgift på 200 kronor. Intervall för åtgärder och tandvårdsbesök bestäms utifrån en riskbedömning. En konsekvens av detta blir att statliga subventionen i högre utsträckning styrs av fasta revisionsintervall och vårdgivare styrs av de fasta priser som är beslutade för de åtgärder som ingår. Förslaget innebär därmed en prisreglering av en del av företagets marknad. Hur reformen i allmänhet och prisregleringen i synnerhet påverkar företagets lönsamhet och förutsättningar i övrigt, beror på dess inverkan på exempelvis besöksmönster och patientflöden. Det uppges att även om en prisreglering kan påverka företagets lönsamhet negativt av dessa åtgärder, innebär tandhälsoplanerna också en möjlighet att erbjuda en undersökning till låg kostnad och därmed kunna knyta patienter till sig och även erbjuda annan tandvård än den som ingår i tandhälsoplanen. Enligt utredarens bedömning kommer sannolikt fler patienter att besöka tandvården när undersökningar och viss förebyggande tandvård subventioneras i högre utsträckning än idag, något som medför fler patienter för vårdgivarna. Därutöver ges sannolikt förbättrade möjligheter för vårdgivare att få betalt för att informera och instruera patienten, något som enligt utredarens uppfattning inte sker i tillräcklig utsträckning idag och där vårdgivarens priser understiger referenspris. Utredaren uppger att statistik över prisavvikelse i tandvården visar att de priser som vårdgivarna idag tar för sådana åtgärder som föreslås ingå i tandhälsoplan ligger mellan 5 och 10 procent över TLV:s referenspriser. Enligt utredarens beräkningar, motsvarar omsättningen för sådana undersökningar och förebyggande behandlingar som ingår i

tandhälsoplanen cirka 15 procent av den fria tandvårdsmarknaden, en andel som därmed blir prisreglerad vid reformens ikraftträdande.

Utredarens kostnadsberäkningar utgår från att det ska erbjudas tre typer av undersöknings-åtgärder samt en förebyggande åtgärd. Åtgärderna ska erbjudas med olika intervall beroende på risk och frekvensen varierar mellan 36 månader mellan basundersökningar för yngre och medelålders friska patienter till 4 månader mellan förebyggande åtgärder och undersökning för patienter med störst risk. Undersökningsåtgärderna har i beräkningen ersatts med mellan 660 och 1 400 kronor beroende på typ och förebyggande mellanbesök med 550 kronor. Utredaren uppger att det i ett prisreglerat system blir särskilt viktigt att ersättningen till vårdgivaren på ett korrekt sätt återspeglar de faktiska genomsnittliga kostnaden och ger kostnadstäckning, inklusive viss investerings- och utvecklingsmarginal. Möjlighet bör, enligt utredaren även finnas att utföra undersökningar mellan revisionsintervallen inom skyddet mot höga kostnader som sådant behov uppkommer. Utredaren uppger att den slutliga omfattningen av tandhälsoplanerna, dess åtgärder och prissättningen bör fastställas av berörda myndigheter inom ramen för ett utvecklingsarbete.

Ytterligare en konsekvens för vårdgivarna, såväl offentliga som privata, är att förslaget om tandhälsoplan även kommer att omfatta personer mellan 20–23 år. Förslaget innebär, enligt utredaren, en återgång till en fri marknad och åtgärdbaserad ersättning för tandvård till patientgruppen 20–23 år. Bedömningen är att förslaget därför gör det mer attraktivt för vårdgivare att ha unga vuxna patienter jämfört med idag. Utredaren uppger att beräkningar visar att förslaget om tandhälsoplan sammantaget väntas innebära en lägre tandvårdskonsumtion för personer 20–23 år än idag när de ges avgiftsfri tandvård. Utredaren uppskattar att omsättningen för tandvården inom tandhälsoplanerna till personer 20–23 år kommer att vara mellan 0,45 och 0,49 miljarder kronor år 2023, vilket motsvarar en ökning av den fria tandvårdsmarknaden på cirka 2 procent. Givet ett liknande besöksmönster i tandvården som för patienter 24–29 år, antas ungefär två tredjedelar av tandvården utföras offentliga vårdgivare och resterande tredjedel av privata vårdgivare. Utredaren spår att patientunderlaget på den del av tandvårdsmarknaden där fri prissättning råder ökar med nästan 500 000 personer, vilket motsvarar en ökning på 6 procent. Detta är en förändring som utredaren bedömer bör påverka de små tandvårdsföretagen positivt.

Utredaren föreslår att utförd tandvård inom det statliga selektiva tandvårdsstödet ersätts med fasta priser till vårdgivaren. Detta är i likhet med den modell som tillämpas idag där folktandvårdens priser i regionen tillämpas, om man inte kommit överens om annan prissättning. Enligt uppgift har inte någon region en sådan överenskommelse för närvarande. Utredaren ser inte att en hög subvention kan kombineras med fri prissättning där stödets huvudman står för mellanskillnaden mellan patientavgift och vårdgivarens pris för åtgärden som utförs.

Vidare uppges att det även fortsättningsvis ska vara möjligt för vårdgivare att erbjuda tandvård genom avtal om abonnemangstandvård. Ett sådant avtal blir, enligt utredaren, ett komplement till tandhälsoplanen. Nuvarande reglering om vad tandvård inom abonnemangsavtalet får omfatta lämnas, enligt utredaren, i princip oförändrat. Idag har vårdgivare som erbjuder abonnemangstandvård intäkter av avgiften som patienten betalar samt av ATB. När ATB försvinner kommer vårdgivare som erbjuder abonnemangstandvård, utöver intäkt av abonnemangsavgifter, även ha intäkter av fast åtgärdsersättning för slutförda

åtgärder i enlighet med patientens tandhälsoplan efter avdrag för tandhälsoplanens patientavgift per besök. Utredarens bedömning är att reformen kommer att innebära lägre intäkter av friska patienter med långa revisionsintervall och högre intäkter av patienter med större tandvårdsbehov för vårdgivare som erbjuder abonnemangstandvård.

Utredaren gör därutöver bedömningen att de föreslagna förändringarna inte kommer att medföra ökade kostnader för högskolor och andra tandvårdsaktörer.

Regelrådet kan konstatera att det finns viss kvalitativ redovisning av förslagets konsekvenser för vårdföretagen. Regelrådet anser likväl att det hade förbättrat konsekvensutredningens kvalitet om förslagsställaren, i sitt resonemang om prisregleringens konsekvenser, hade jämfört dessa med konsekvenser av ett införande av ett individuellt tandvårdsbidrag i enlighet med det förslag som lämnas i det särskilda yttrandet i betänkandet. Detta då prisregleringens konsekvenser sannolikt påverkar tandvårdsföretagens möjlighet till intäkter på ett betydande sätt.

Regelrådet finner likväl att förslagsställarens redovisning av andra kostnader och påverkan på företagens verksamhet är godtagbar.

Påverkan på konkurrensförhållandena för berörda företag

I betänkandet uppges att en sänkt åldersgräns för avgiftsfri tandvård till barn och unga vuxna till 19 år kan förbättra folktandvårdens förutsättningar att klara sitt lagreglerade uppdrag och åtagande. En större del av tandvårdsmarknaden blir konkurrensutsatt jämfört med idag, vilket, enligt utredaren, skapar incitament för privata vårdgivare att ta ett större ansvar för tandvård till gruppen unga vuxna 20–23 år. Bedömningen är att Folktandvården får större möjligheter att fördela resurser till andra delar av sin verksamhet, såsom allmäntandvård till vuxna, vilket skulle förbättra konkurrensen på tandvårdsmarknaden som helhet. Av flera olika skäl, såsom ersättningssystemets konstruktion, omfattande administration vid upphandling och avtal samt patienttillgång, är folktandvården den främsta aktören inom tandvård till barn och unga vuxna, medan de privata vårdgivarna är större inom den vuxentandvård som finansieras genom det statliga tandvårdsstödet. Utredaren anser att finansieringsansvaret för tandvården som ges till en patientgrupp på cirka 460 000 individer till regionen har inneburit ett inte obetydligt ingrepp i den konkurrensutsatta tandvårdsmarknaden och förstärkt tudelningen av marknaden. En sänkt åldersgräns skulle enligt utredarens bedömning bidra till att motverka denna tudelning av tandvårdsmarknaden och öka dynamiken genom att en relativt stor patientgrupp överförs från en prisreglerad till en konkurrensutsatt del av tandvårdsmarknaden.

Det uppges vidare att offentliga vårdgivare på det hela taget utför färre kostsamma och komplicerade åtgärder än privata vårdgivare, bland annat på grund av att offentliga vårdgivare har en större marknadsandel bland yngre vuxna patienter och de privata vårdgivarna en större marknadsandel bland äldre vuxna patienter. Genom tandhälsoplanen anpassas, enligt utredaren, revisionsintervallet efter patientens risk för tandsjukdom och sjukdomsprogression. Detta bör, enligt utredaren, i stort generera tandhälsoplaner med färre besök för yngre vuxna patienter och planer med fler besök för äldre vuxna patienter än idag. En potentiell dynamisk effekt av införandet av tandhälsoplan är därför en förhållandevis lägre intäkt "per patient" för offentliga vårdgivare än idag, och högre intäkt per patient än idag för privata vårdgivare.

Utredaren har utgått från antagandet om att marknadsförhållandet mellan offentliga och privata vårdgivare inte påverkas av förslagen om förändringar i det generella statliga tandvårdsstödet. Det anges att även om förslaget leder till en högre efterfrågan på tandvård, är utbudet av tandvårdspersonal på dagens tandvårdsmarknad begränsat och en vårdgivare kan heller inte enkelt skala upp produktionen, då detta kan kräva investeringar i materiel och förändrad organisation, ökade lokal- och hyreskostnader med mera. Dock bedöms förslaget om sänkt åldersgräns för avgiftsfri tandvård till 19 år kunna ha viss påverkan på marknadsförhållandet på så sätt att en del av folktandvårdens resurser, som idag är låsta till tandvården till barn och unga vuxna, frigörs och i stället kan användas till allmäntandvården för vuxna. Vidare anges att en trolig effekt av en utökning av den fria tandvårdsmarknaden också är att fler unga vuxna går till privata vårdgivare. Även i fallet med förslaget om att staten istället för regionerna ska få ansvar för det selektiva stödet kan, enligt utredaren, medföra att privata vårdgivare kommer att utföra tandvård till patienter med särskilda behov. Utredarens sammantagna bedömning är därför att förslagen kan leda till en mer jämn fördelning av tandvårdsmarknaden mellan offentliga och privata vårdgivare än vad som är fallet idag.

Det uppges därutöver att det alternativ (4) som tagits fram i enlighet med utredningens tilläggsdirektiv men där utredaren inte utformat författningsförslag bygger på en modell som liknar utredarens förslag om tandhälsoplan, det vill säga att priset regleras till 200 kronor per besök. Därmed kan en utveckling som leder till prisökningar snarare än kostnadslättnader för patienterna undvikas. Det uppges att den tandvård som i utredarens beräkningsexempel skulle subventioneras utgör dock en stor del av dagens tandvårdsproduktion, vilket skulle innebära en mycket långtgående prisreglering av tandvårdsmarknaden. Detta skulle, enligt utredaren, sannolikt påverka tandvårdsmarknaden negativt genom högre priser på icke prisreglerade åtgärder. Bedömningen är att det sannolikt också skulle försämra de marknadsmässiga villkoren för att bedriva tandvård i sådan omfattning att det skulle kunna leda till ett minskat utbud av vårdgivare. Utredaren uppger att det således innebär en svår utmaning att konstruera systemet så att de ökade subventionerna inte leder till betydande prisökningar och samtidigt bibehålla den nuvarande tandvårdsmarknadens positiva värden som valfrihet, patientnöjdhet och mångfald av privata och offentliga aktörer.

Regelrådet finner att förslagsställarens redovisning av förslagets påverkan på konkurrensförhållandena för berörda företag är godtagbar.

Regleringens påverkan på företagen i andra avseenden

I konsekvensutredningen uppges att utredarens förslag om att en region ska organisera folktandvården så att vården kan ges nära befolkningen samt att vården får koncentreras geografiskt om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, innebär styrande principer för var och hur tandvård ska ges. Utredaren gör bedömningen att tandvården, i högre grad än vad som sker idag, behöver anpassa sin verksamhet till olika patientgruppers skiftande behov. Vissa patientgruppers behov kan behöva mötas med mobila kliniker, tandvård i hemmet och andra koncept där tandvård ges nära patienten, medan andra patientgrupper som har förutsättningar för detta kan behöva resa längre för planerade tandvårdsbesök. Om konsekvensen av ökad tillämpning av den föreslagna principen blir färre folktandvårdskliniker, kan detta påverka sysselsättning och service i framför allt glesbefolkade kommuner. Bedömning är dock att det främst handlar om viss koncentration av verksamheten inom ett

län, inte mellan län eller delar av landet. Det är i dessa fall en koncentration föranledd av brist på framför allt personella resurser. Övriga förslag som syftar till ökad behovsstyrning och resurseffektivitet bör, enligt utredaren, sammantaget kunna motverka över- respektive underetablering och förbättra förutsättningarna för en jämnare fördelning av tandvårdens resurser över landet. Utredaren anser att mot den bakgrunden bör konsekvenserna för sysselsättning och service i olika delar av landet inte blir negativa.

Regelrådet finner att förslagsställarens redovisning av regleringens påverkan på företagen i andra avseenden är godtagbar.

Särskilda hänsyn till små företag vid reglernas utformning

Regelrådet kan konstatera att det saknas redovisning av om det funnits anledning till att ta särskild hänsyn till de mindre företagen. Samtidigt kan Regelrådet konstatera att merparten av de privata vårdgivarna är mycket små företag. Regelrådet vill här understryka vikten av att alltid redovisa dessa förhållanden även i de fall det inte har ansetts finnas någon anledning eller möjlighet att ta sådan hänsyn.

Regelrådet finner därför att förslagsställarens redovisning av särskild hänsyn till små företag vid reglernas utformning är bristfällig.

Sammantagen bedömning

Regelrådet kan konstatera att förslagsställarens redovisning kan anses godtagbar i alla avseenden utom när det gäller redovisning av särskilda informationsinsatser, hänsyn till små företag samt redovisningen av förslaget administrativa kostnader. Regelrådet anser att den bristande redovisningen av förslaget administrativa kostnader är allvarlig, men att den vid en sammantagen bedömning likväl inte påverkar konsekvensutredningens kvalitet på ett avgörande sätt.

Regelrådet finner därför att konsekvensutredningen uppfyller kraven i 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

Stöd till regelgivare i konsekvensutredningsarbetet finns i [Tillväxtverkets handledning för konsekvensutredning](#).

Regelrådet

Regelrådet behandlade ärendet vid sammanträde den 1 september 2021.

I beslutet deltog: Claes Norberg, ordförande, Cecilia Gunne, Hans Peter Larsson och Lennart Renbjer.

Ärendet föredrogs av: Annika LeBlanc.



Claes Norberg
Ordförande



Annika LeBlanc
Föredragande